

VI Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada

"El Trato institucional a la infancia.
Respuestas en el Siglo XXI"



PROGRAMA



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

COMUNICACIONES



AMAIM

POSTERS



FAPMI

PONENCIAS

Auditorio y Centro de Congresos. Región de Murcia
25, 26 y 27 de Abril de 2002

INDICE DE COMUNICACIONES

2. El proceso de adopción para la familia biológica..

Jesús Rodríguez López, Remedios Movilla Fidalgo, David Pereiro Peláez, Andrés Hernández Mouriño.

3. La creación de servicios post-adopción.

Ana Rosser, Inés González y Conrado Moya.

4. Reconstruyendo la identidad de menores en acogimiento familiar. La utilización de los cuentos.

Javier Jesús Mugica Flores.

5. Valoración de casos de infancia de especial protección. Análisis de una etapa.

Gloria Morón Luzuriaga, Isabel Martín Pérez de Nanclares, Merche Landa Ceballos, Nieves Toquero Cuesta.

6. Programa para la prevención y la erradicación de la mendicidad infantil.

7. Programa de capacitación de padres jóvenes

8. El acogimiento residencial.

Luis Ballester Brage. Joseph Lluís Oliver Torelló.

9. “El papel del acogimiento residencial en los procesos de calidad de atención a la infancia maltratada en la comunidad de Madrid”.

Fernando Monterrubio Rodríguez, Javier Morales Lapuerta, Ángel Moreno Díaz.

11. La evolución del vínculo de menores acogidos con su familia natural: el papel de las visitas supervisadas.

Javier Jesús Mugica Flores.

12. Abuso sexual infantil: Manual de formación de profesionales.

17. “La atención educativa-terapéutica en un centro de acogimiento residencial: resumen de una experiencia”

Maite Irastorza Justel, Begoña Fernández Ferrer, Miguel Angel Olano González, Rebeca López Villa, Ana Cristina Gordillo Nuñez, Ricardo González Vázquez, Juan Miguel Achutegui Hernández, Nahia Bareño Peinado.

19. Integración de servicios en los sistemas de protección a la infancia maltratada en países de la Unión Europea.

Agustín Bueno, Conrado Moya y Ana Roser

21. Detección del Maltrato Infantil en Aragón.

Juan David Gómez Quintero y Joaquina Lahoz Gallo

22. Efecto del potencial para el maltrato físico infantil de los sujetos. Las señales de dolor de una víctima y la provocación previa por parte de la víctima sobre los niveles de agresión.

Pérez Albeniz, A. Y De Pau, J.

23. Registro de casos detectados de maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J.

25. Abuso sexual y bulimia.

J. García Pérez ¹, J Lirio Casero ¹, C. Salcedo Carrasco ², G Morande Lavin ³.

27. “La violencia en los estilos de resolución de conflictos familiares”

M^a Lidia Platas Ferreiro.

28. “Los jóvenes y la violencia de género”.

Carlos Morenilla Jiménez

29. El aislamiento social de los padres y la gravedad y el riesgo de maltrato infantil en una muestra de familias derivadas a un programa de intervención familiar.

Emilio Mas Banacloig, Luisa M^a Ortega Toledo y Elena Martínez Belda

30 .La existencia de depresión y falta de habilidades en la resolución de problemas en los padres en familias con problemas de maltrato infantil.

Luisa M^a Ortega Toledo, Emilio Mas Banacloig y Elena Martínez Belda

31. Menores maltratados y menores maltratadores.

Casimiro Bodelón Sánchez

32. Percepción del nivel de adaptación psicosocial en niños. Escolarizados de 10 a 16 años evaluados como víctimas y agresores.

Carmen Orte, Carmen Touza, Luis Ballester, Patricia Ferrá.

33. El modelo de negligencia infantil: una explicación de la teoría de la Empatía.

María Guibert y Joaquín De Paúl.

34. “ Formación del profesorado en materia de protección a la infancia en al comunidad de Madrid”.

Asesores del departamento de apoyo escolar para la protección de la infancia.

35. “Aprendo a cuidarme”: un programa de sensibilización en el ámbito escolar contra el maltrato infantil.

Sergio Palacio Martín, Teresa Fontangordo Alonso y Amaia Bravo Arteaga

36. Proyecto TRUKE. Informe de la visita-estudio a los Servicios de Acogimiento Familiar de Berlín – Alemania.

INDICE DE COMUNICACIONES POSTER

1.La escuela en el hospital.

JF. Coserria Sánchez, A. López Andrades , F. García González, P. Melara Ramos, A. Delis Martín, MC Blanco Ruiz, I. Gómez de Terreros.

2. Proyecto mundo de estrellas.

JF. Coserria Sánchez, A. López Andrades , F. García González, M. Merchante Sánchez, M. Díaz Rodríguez, JM. Ortigosa, I. Gómez de Terreros.

3. Malos tratos en el ámbito sanitario.

J. García Pérez*; J. Lirio Casero*; G. Morande Lavín**; C. Salcedo Carrasco***; J.A. Díaz Huertas****

4. Detección de niños con riesgo social en nuestro hospital durante 2001 y su evolución posterior.

Coserria Sánchez, JF (*); Reina González, AM (*); Camacho Lovillo, MS (*); Jiménez Girón, AV (**); Gayán Guardiola, M (**); López Andrades, A (**); Gómez de Terreros, I (*)

5. Servicio de orientación para familias adoptivas (S.O.F.A.)

Inés González Tejado, Ana Roser Limiñana y Emilio Victoria Muñoz.

6. Modelo preventivo de actuación en situaciones de riesgo social en la infancia desde el marco educativo aplicable a todos los niveles y ciclos.

Ana Gil Lavado.

INDICE DE PONENCIAS

2. Presentación del plan de acción contra la explotación sexual comercial de la infancia y la adolescencia.

8. Alternativas de intervención con menores ofensores sexuales.

Victoria Noguerol.

9. Experiencias de prevención del maltrato infantil en el ámbito local.

Susana Tomás Asensi. Purificación Sánchez Jara.

10. El buen trato en el ámbito hospitalario.

Juan Casado Flores.

22. El buen trato a través de la red.

Francisco de la Flor Terrero.

26. Violencia escolar / Violencia extraescolar.

Fuensanta Cerezo. Cristina del Barrio.

27. Evaluación de las víctimas infantiles del terrorismo en España

Alicia Morales Rodríguez

INSTRUCCIONES DE USO

PODRA NAVEGAR POR LA APLICACIÓN A TRAVÉS DE LOS ICONOS O BIEN CON LAS TECLAS *RePag/AvPag* y FLECHAS *arriba/debajo* de SU TECLADO

SI DESEA VISUALIZAR LA TESIS EN MODO “ACROBAT READER” PRESIONE LA TECLA “*ESC*” DE SU TECLADO Y PARA VOLVER A LA VISTA PANTALLA COMPLETA PRESIONE “*Ctrl + L*”.

PARA IMPRIMIR UNA O VARIAS PAGINAS PRESIONE “*ESC*” Y EL ICONO “*IMPRESORA*” DEL MENU SUPERIOR

PARA SALIR PULSE EL ICONO “*Salir*” DEL MENU PRINCIPAL



EL JEFE DE LA CASA DE
S. M. EL REY

al.
442/01

S.A.R. el Príncipe de Asturias, accediendo a la petición que tan amablemente le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DE HONOR

del **"VI CONGRESO ESTATAL SOBRE INFANCIA MALTRATADA"**, que se celebrará en Murcia del 25 al 27 de abril de 2002.

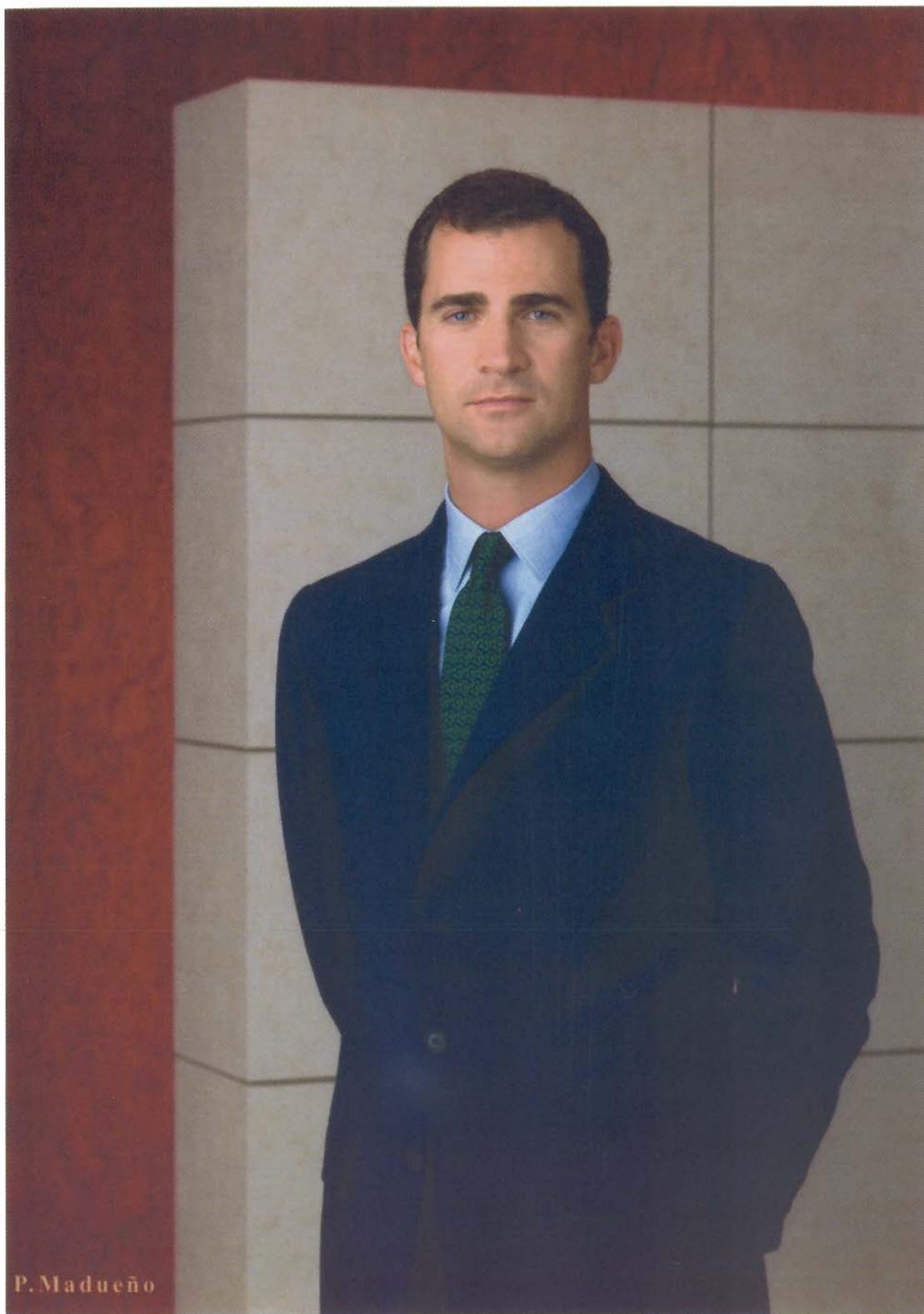
Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 27 de noviembre de 2001

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,

SEÑORA PRESIDENTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL CONGRESO.

MURCIA



P. Madueño

Comité de Honor

PRESIDENTE

S.A.R. el Príncipe de Asturias
D. Felipe de Borbón y Grecia

Excmo. Sr. D. Ramón Luis Valcarcel Siso
Presidente de la CARM

Excmo Sr. D. Juan Carlos Aparicio Pérez
Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales

Ilmo. Sr. D. Miguel Ángel Cámara Botía
Alcalde-Presidente del Excmo. Ayuntamiento de Murcia

Excma. Sra. D^a. Lourdes Méndez Monasterio
Consejera de Trabajo y Política social de la CARM

Excmo. Sr. D. Francisco Marqués Fernández
Consejero de Sanidad y Consumo de la CARM

Excmo. Y Magnífico Sr. D. José Ballesta Germán
Rector de la Universidad de Murcia

D. Jesús García Pérez
Presidente de la Federación de Asociaciones para la
Prevención del Maltrato Infantil.

Presidenta del Congreso

María José Partera González

Comité Organizador

Eloisa Pérez Hidalgo
Encarna Díaz García
Filomena López Román
Genma Pons Salvador
Jesús García Pérez
Jesé A. Díaz Huertas
Jesefa García Cano
Jesé Jesús Sánchez Marín
Juana M^a López Díaz
Mónica San Martín Villanueva

Comité Científico

Aurelio Luna Maldonado
Carmen Puyó Marín
Concepción López Soler
Encarna M^a Sánchez Espinosa
Enrique Echeburua Fernández
Fuensanta Cerezo Ramírez
Jordi Pou Fernández
Judith Serra Pallas
M^a José Partera González
Pastora Mompean Franco

Jueves 25 abril

- 8:30 a 09:30 **ENTREGA DOCUMENTACIÓN.**
- 09:30 a 10:00 **SALA B**
Inauguración.
- 10:00 a 11:00 **SALA B**
Sesión Plenaria 1: Observatorio de la Infancia.
Teresa Mogín Barquín.
Directora General de Acción Social Menor y Familia. MTAS.
- 11:00 a 11:30 *Pausa-Café.*
- 11:30 a 13:00 **SALA B**
Coordina: Jesús García Pérez.
Simposio: Plan de acción contra la explotación sexual de menores.
Alfonso Marina Hernando. MTS. Subdirector General de Infancia y Familia.
- Simposio: Recursos en salud mental para la infancia y la Adolescencia, respuesta al maltrato.*
Concepción López Soler. AEPCP.
Julio César Martín Sánchez. Asociación Española de Neuropsiquiatría
- Simposio: La victimización secundaria.*
Judith Serra Pallas. Abogada. ACIM.
- 13:00 a 14:30 **SALA B**
Mesa Redonda: Respuestas institucionales al maltrato infantil en el contexto estatal-regional-local.
Modera: Mercedes Navarro Carrió.
René Solís Ovando. MTAS.
Jose A. Díaz Huertas. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Comunida de Madrid.
Mª Carmen Pelegrín García. Concejala de Bienestar Social y de Promoción de Igualdad del Ayto de Murcia.
- SALA 3**
TALLER 4: Violencia doméstica y mediación. Hacia una solución integrada del maltrato Intrafamiliar.
Blanca Estrella Ruiz. Presidenta Asociación Clara Campoamor de Euskadi.
- SALA 4**
Comunicaciones Orales:
Modera: Pastora Mompean Franco.
- *El acogimiento familiar como medida de protección a menores, sustitutiva de la institucionalización. (Mª E. Martín Piñero, E. Lucas Blanco.)*
- *El proceso de adopción para la familia biológica. (A. Hernández Mouriño, R. Movilla Fidalgo).*
- *La creación de servicios post-adopción ante las nuevas demandas de las familias adoptivas. (A. Rosser Limiñana, I. González Tejado).*
- *Reconstruyendo la identidad de menores en acogimiento familiar. La utilización de los cuentos. (J. Múgica, A. Rodríguez).*
- *Valoraciones de casos de influencia de especial protección. (G. Morón Luzuriaga, I. Martín Pérez).*
- *Programa para la prevención y la erradicación de la mendicidad infantil. (M.A. García Cárdenas).*
- *Programa para la capacitación de padres jóvenes. (A.Mª. Martín Muñoz, E. Caro Mancilla).*

16:30 a 17:30

SALA B

Coordina: Juana López Calero.

Simposio: Repercusión en la Infancia de la violencia de género.

Milagro Rodríguez Marín. Comisión Investigación Malostratos..

Simposio: Alternativas de intervención con menores ofensores.

Víctoria Noguerol. Psicóloga Clínica.

Simposio: Experiencia de prevención en maltrato infantil en ámbito local..

Susana Tomás Asensi. Purificación Sánchez Jara.

Secretaría Sectorial de Acción Social Menor y Familia. Murcia.

SALA 3

Comunicaciones Orales:

Modera: Carmen Puyó Marín.

- *El acogimiento residencial: una propuesta evaluativa mediante el análisis de trayectorias de vida.* (L. Ballester Brage, J.L. Oliver Torelló).
- *El papel del acogimiento residencial en los procesos de calidad de atención a la infancia maltratada.* (J. Morales Lapuerta, F. Monterrubio Rodríguez).
- *Transformación de la atención residencial desde la aplicación de iniciativas de mejora: del gueto a la integración.* (A. Moreno Díaz).
- *La evolución del vínculo de menores acogidos con su familia natural: el papel de las visitas supervisadas.* (J. Múgica, A. Rodríguez).

SALA 4

Comunicaciones Orales:

Modera: Fina García Cano.

- *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales.* (P. Horno Goicoechea, A. Santos Nández).
- *Presentación del programa EICAS.* (E. M^a. Sánchez Espinosa, C. Gallardo Martín).
- *Estudio sobre alteraciones psicológicas en infancia maltratada.* (J.C. Hódar Pérez, I. Gómez Becerra).
- *Adaptación y validación en España del Child Sexual Behavior Inventory y del Trauma Symptom Checklist For Children.* (J. De Paúl, I. Arruabarrena).
- *Programa de prevención de malos tratos y abusos sexuales a menores y solidaridad de las familias mediante el acogimiento familiar.* (M^a E. Martín Piñero, E. Luces Blanco).

17:30 a 19:00

SALA B

Mesa Redonda El buen trato en el ámbito hospitalario.

Modera: **José Antonio Díaz Huertas**

Fina García Cano. Enfermera. AMAIM.

M^a Jesús Martínez López, José Robles García. Secretaría Sectorial de Acción Social Menor y Familia. Murcia.

Juan Casado Flores. Jefe de Servicio U.C.I. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

SALA 3

TALLER 3: Evaluación e investigación de casos de Abuso Sexual.

Carmen Gallardo Martín.

Raquel Raposo Ojeda.

Purificación Reyes Neira.

Encarna Sánchez Espinosa.

EICAS. ADIMA. Sevilla.

SALA 4

TALLER 5: Preparación al menor víctima, en el proceso judicial.

Pastora Mompeán Franco. Mercedes Álvarez González.

Secretaría Sectorial de Acción Social Menor y Familia.

19:30

Acto de Bienvenida.

Viernes 26 abril

- 09:00 a 10:00 **SALA B**
Sesión Plenaria 2: Las Políticas de infancia en la U.E. y el Movimiento Mundial impulsado por Naciones Unidas.
Francisco González Bueno. Presidente UNICEF España.
- 10:00 a 11:30 **SALA B**
Mesa Redonda: Necesidades del nuevo mapa pluricultural en la infancia.
Moderadora: Antonia María Palomo Fernández.
Jesús García Pérez. Presidente FAPMI.
Carlos Giménez. Universidad Autónoma de Madrid.
Juan Navarro. Jefe de Servicio Atención a la Diversidad. Murcia.
- Mesa Redonda: La infancia y los nuevos modelos familiares
Moderadora: Josefa García Serrano.
Rosario Artamendi Franco. Asociación Meninos. Oviedo.
Ana Rosser Limiñana. D.T. Bienestar Social Alicante.
- SALA 3**
TALLER 1 – Terapia para menores ofensores
Raúl Cenea de Garibay.
Psicólogo clínico. Servicio de asistencia psicológica para la violencia familiar y sexual.
País vasco.
- SALA 4**
TALLER 6 – Educación para educadores en Maltrato Infantil.
Jesús Fuertes Zurita.
Director Técnico de Ordenación de Servicios Sociales y Protección a la Infancia de Valladolid.
- 11:30 a 12:00 *Pausa-Café.*
- 12:00 a 14:00 **SALA B**
Mesa Redonda: Respuestas sanitarias ante el abuso y el maltrato infantil.
Moderadora: Carlos Alberola Gómez-Escolar
Jordi Pou Fernández. Profesor de Pediatría Universidad de Barcelona. Coordinador de la Unidad de Abusos a Menores.
José Arimay Mansó. Presidente Asociación de Forenses de Cataluña.
Josep Tomás i Vilaltella. Profesor U.A. de Barcelona. Psiquiatra Jefe de la Unidad Infanto-Juvenil H.U. Valle de Hebrón.
- Mesa Redonda: Situación actual del acogimiento residencial en la infancia maltratada.
Moderadora: José Antonio Parra Ortega.
Amaya Bravo Arteaga. Universidad de Oviedo.
Jorge Fernández del Valle. Universidad de Oviedo.
Jesús Fuertes Zurita. Director Técnico de Ordenación de Servicios Sociales y Protección a la Infancia de Valladolid.
- SALA 3**
TALLER 2 – Terapia para menores víctimas de Abuso Sexual.
Cristina Guerricochevarría Estanga. Psicología clínica. Servicio de asistencia psicológica para la violencia familiar y sexual. País Vasco.
- SALA 4**
Coordina: Concepción López Soler.
Simposio: El maltrato infantil a través de la Red.
Antonio López. U.I.T.I. Policía Judicial. Madrid.
- Simposio: El buen trato a través de la Red.
Francisco de la Flor Terrero. Sevilla.
- 16:30 a 17:00 **SALA B**
Sesión Plenaria 3: Respuesta al maltrato infantil desde las Asociaciones.
Jesús García Pérez. Presidente FAPMI.
- 17:00 a 18:00 **SALA B**

Sábado 27 abril

10:00 a 11:30

SALA B

SESIÓN PLENARIA

Coordina: *María José Partera.*

E.C.P.A.T. Explotación sexual comercial de la infancia.

Ana M^a Sebastián Enriquez.

Pediatra. Presidena ACIM. Miembro de la Junta Directiva del Consorcio. ECPAT España.

Terrorismo e Infancia:

Alicia Morales Rodríguez. *Asociación Víctimas del Terrorismo.*

Huellas del maltrato: Exposición presentada por:

Ana Isabel Sanz. *Psicóloga Clínica. APIM.*

SALA 3

Comunicaciones orales:

Modera: Fuensanta Cerezo Ramirez.

- *La violencia en los estilos de resolución de conflictos familiares. (M^a L. Platas Ferreiro).*
- *Los jóvenes y la violencia de género. (C. Morenilla Jiménez).*
- *El aislamiento social de los padres y la gravedad y el riesgo de maltrato infantil en una muestra de familias . (E. Mas Banacloig, L. M^a Ortega Toledo).*
- *La existencia de la depresión y falta de habilidades en la resolución de problemas en los padres en familias derivadas a un programa de intervención familiar. (L. M^a Ortega Toledo, E. Mas Banacloig).*
- *Menores maltratados y menores maltratadores. (C. Bodelon Sánchez).*

11:30 a 12:00

Pausa-Café.

12:00 a 13:30

SALA B

La verdad Inocente:

Documental sobre la tragedia de los niños afganos.

Manu Leguineche.

Presentado por Roberto Martín. TVM.

SALA 3

Comunicaciones orales:

Modera: José Jesus Sánchez Marín.

- *Percepción del nivel de adaptación psicosocial en niños escolarizados de 10 a 16 años evaluados como víctimas y agresores. (C. Orte, C. Touza).*
- *El modelo de negligencia infantil: una explicación de la teoría de la Empatía. (M. Guibert Espel, J. de Paúl Ochotorena)*
- *Formación del profesorado en materia de protección a la infancia en la comunidad de Madrid. (V. Fresnillo Poza).*
- *Aprendo a cuidarme: un programa de sensibilización en el ámbito escolar contra el maltrato infantil. (S. Palacio Martín, T. Fontangordo Alonso).*
- *Proyecto TRUKE. Informe de la Visita Estudio a los servicios de acogimiento familiar de Berlín – Alemania. (A. Madinabeitia San Vicente, J. Jesús Múgica).*

13:30

Clausura del Congreso y entrega de Certificados.

Mesa Redonda: Respuesta institucional de la L.O. de la responsabilidad penal de los menores.

Modera: Miguel López Bachero

Ascensión Martín Sánchez. Jueza de Menores. Murcia.

Manuel Dolz Lago. Fiscal de Menores T.S.

Estebán Gándara Trueba. Inspector Jefe C.G.P.J. Madrid.

17:00 a 18:00

SALA 3

Asamblea General de la FAPMI.

18:00 a 18:30

Pausa-Café.

18:30 a 20:30

SALA B

Mesa Redonda: La respuesta judicial ante el menor víctima del maltrato.

Modera: Roberto Martín Serrano

Judith Serra Pallas. ACIM. Barcelona.

Esther Jiménez Salinas. Juez. Barcelona.

Jordi Janet. Diputado C.I.U.

Mesa Redonda: Violencia escolar/Violencia extraescolar.

Modera: José Jesús Sánchez Marín

Celia Ruiz. Universidad de Murcia.

Cristina del Barrio. Universidad Autónoma de Madrid.

Fuensanta Cerezo. Universidad de Murcia.

Ángel R. Calvo. MEC-Murcia.

SALA 3

Comunicaciones orales

Modera: Rosario Artamendi Franco.

- *La atención educativa-terapéutica en un centro de acogimiento residencial: resumen de una experiencia.* (M. Irastorza Justel, B. Fernández Ferrer).

- *Un modelo de intervención psicológica especializada con menores en acogimiento residencial y sus familias.* (E. Martínez Belda, L. M^a Ortega Toledo).

- *Integración de servicios en los sistemas de protección a la infancia maltratada en países de la Unión Europea.* (A. Bueno Bueno, C. Moya Mira).

- *Proyecto europeo "adecuación de los recursos a las necesidades".* (I. Arruabarrena, J. de Paul).

SALA 4

Comunicaciones orales:

Modera: J. Esteban Gómez.

- *Detección del maltrato infantil en Aragón.* (J. D. Gómez Quintero, J. La hoz Gallo).

- *Efecto del potencial para el maltrato físico infantil de los sujetos. Las señales de dolor de una víctima y la provocación previa por parte de la víctima sobre los niveles de agresión.* (A. Pérez de Albéniz, J. de Paúl Ochotorena).

- *Registro de casos detectados de maltrato infantil en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid.* (J.A. Díaz Huertas, J. Casado Flores).

- *Malnutrición como signo de maltrato y negligencia en población inmigrante.* (J. García Pérez).

- *Abuso sexual y bulimia.* (J. García Pérez, J. Lirio Casero).

- *Programa de atención de enfermería al maltrato infantil de la Comunidad de Madrid.*

(J. Esteban Gómez, J. A. Díaz Huertas).

22:00

Cena.

Organiza



AMAIM

Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada
C/. Puerta Nueva, 22, entr1º. P-5 • 30008 MURCIA - Spain
Tlf./Fax: +34 968 201187 • e-mail: amaim@ono.com



Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil
C/. Delicias, 8 entreplanta • 28045 MADRID
Tlf.: +34 91 4682662 • Fax: +34 91 5277626
e-mail: FAPMI90@teleline.es

Web del Congreso

www.infancia-maltratada.com

Colaboradores



**MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES**



Región de Murcia
Consejería de
Trabajo y Política Social



AYUNTAMIENTO DE MURCIA



Región de Murcia
Consejería de Presidencia
Secretaría Sectorial de la Mujer
y de la Juventud

VI Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada

"El Trato institucional a la infancia.
Respuestas en el Siglo XXI"

A large, faded, sepia-toned image of a young child's face and upper body, looking slightly to the side. The image is positioned on the left side of the slide, behind the text.

COMUNICACIONES

EL PROCESO DE ADOPCIÓN PARA LA FAMILIA BIOLÓGICA

Jesús Rodríguez López (Psicólogo y director del Programa)

Remedios Movilla Fidalgo (Psicóloga)

David Pereiro Peláez (Educador Familiar)

Andrés Hernández Mouriño (Trabajador Social)

PROGRAMA DE INTEGRACIÓN FAMILIAR DE LA FUNDACIÓN “MENIÑOS”

1. INTRODUCCIÓN

El **Programa de Integración Familiar** surge en Vigo, en el año 1992, en el marco de un Convenio entre el “Colectivo Galego do Menor” –asociación de Centros de Menores de iniciativa social, que lleva más de veinte años trabajando con la infancia en abandono de Galicia- y la Xunta de Galicia (en la actualidad, mediante la Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude), extendiéndose a las restantes provincias gallegas en el 94 –también bajo el patrocinio del Ministerio de Asuntos Sociales-. Lo que empezó siendo un programa experimental de investigación e intervención sobre el maltrato infantil, acabó consolidándose y se integró en la red de servicios de protección a la infancia de Galicia. En 1999, su gestión es asumida por “Meniños”, a propuesta del “Colectivo Galego do Menor”.

“Meniños” es una Fundación sin ánimo de lucro que trabaja a favor de los **derechos de la infancia en abandono y maltrato**, con la finalidad de buscar que cada niña y niño pueda crecer en un ambiente familiar que le proporcione seguridad y afecto. Nació en Galicia en 1996, promovida por el “Colectivo Galego do Menor”. En la actualidad, cuenta con delegaciones en todas las provincias gallegas, Madrid, Asturias, y representantes en Perú y Ecuador.

Desarrolla su trabajo en **cuatro áreas**: *cooperación* –mediante proyectos con ONG,s en países de América Latina-; *sensibilización* – campañas divulgativas-; *acogimiento y adopción* – programas de acogimiento y adopción a menores con características especiales, y adopción internacional-; e *integración familiar*.

Este Programa cuenta con dos *áreas de intervención*: **reinserción familiar**, centrada en facilitar el retorno al domicilio familiar de los niños y niñas internadas en centros de protección como consecuencia de alguna situación de maltrato; y **prevención de internamientos**, con la finalidad de intervenir en situaciones familiares de crisis o riesgo, evitando el internamiento de los niños y niñas.

El Convenio establece que **cada equipo provincial** trabaja con una población de **25 familias**, con expediente abierto en Menores, que se encuentren en alguna de las dos situaciones anteriores. Una familia dada de baja en el Programa es suplida por otra.

2. ALGUNOS DATOS SIGNIFICATIVOS

FAMILIAS DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN FAMILIAR

Familias del Programa de Integración Familiar (Altas hasta el 31/03/02)

Numero total de familias	96	Familias con Propuestas de Adopción	27
Número total de niños	247	Niños con Propuestas de Adopción	65

FAMILIAS CON PROPUESTA DE ADOPCIÓN

	Número de Familias	Número de niños
Reinserción	26	62
Prevención	1	3

Características del núcleo de convivencia al inicio de la intervención

NÚCLEO FAMILIAR DE REFERENCIA

Monoparental	5	Una sola de varón
Pareja	20	Una pareja en prisión
Familia extensa	1	Abuela de referencia

NÚCLEO DE CONVIVENCIA

Pareja de hecho	19
Matrimonio	2
Separado	3
Viudo	1
Soltero	2

TIEMPO DE CONVIVENCIA (De las 21 que viven en pareja)

De 1 a 5 años	8
De 6 a 10 años	11
Más de 10 años	2

HABITAT

Rural	5
Semiurbano	2
Urbano	20

CONTACTO CON SERVICIOS

Servicios Sociales	27	La totalidad
Servicios Sanitarios	9	

HABILIDADES PARENTALES PRESENTES LOS CUIDADORES

Cuidado físico	12
Cuidado afectivo	4
Pautas educativas	3
Resolución de conflictos	1
Organización doméstica	6
Apoyo escolar	1
Supervisión del Tiempo Libre	6

NIVEL FORMATIVO

	Cuidador	Cuidadora
Sin estudios	6	12
Estudios primarios	15	12
Estudios medios	0	2
Estudios superiores	0	0

SITUACIÓN LABORAL

	Cuidador	Cuidadora
Inactivo con ingresos	6	6
Inactivo sin ingresos	6	15
Activo sin contrato	3	4
Activo con contrato	6	1

CARACTERÍSTICA PSICOSOCIALES AL INICIO DE LA INTERVENCIÓN

	Cuidador	Cuidadora
Conflicto conyugal	10	11
Conflicto con la familia extensa	5	11
Aislamiento social	3	5
Conflicto paterno-filial	3	4
Historia de maltrato	3	10
Institucionalización	2	4
Problemas de salud física	4	3
Capacidad intelectual limitada	2	7
Diagnóstico psiquiátrico	1	1
Problemas emocionales	3	13
Abuso de alcohol	6	9
Abuso de otras drogas	5	3
Conductas antisociales	9	5
Conductas marginales	13	13

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Falta de motivación y colaboración para el cambio	18
Falta o carencia de habilidades parentales de cuidado	18
Horarios incompatibles con la atención a los niños	2
Problemas de vivienda	14
Desorganización de la economía doméstica	24

FACTORES DE PROTECCIÓN ASOCIADOS

Relación afectiva positiva	12
Estabilidad de la vivienda	12
Motivación para el cambio	4
Colaboración de la familia extensa	2
Trabajo estable	1
Apoyos sociales	6

Características específicas de los niños

MOTIVO DE INGRESO

Maltrato físico	10
Maltrato emocional	3
Abandono emocional	0
Abuso sexual	0
Alto riesgo	6
Abandono físico o negligencia	46

PROBLEMÁTICA ASOCIADAS

Alteraciones psíquicas	12
Alteraciones física	5

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS NIÑOS CON PROPUESTA DE ADOPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN FAMILIAR

En familia adoptiva	26
Continúan en Atención Residencial	13
En Atención Residencial después de proceso fallido de adopción	7
Pendiente de acoplamiento - próximos a salir con familia adoptiva	7
Mayores de edad, independientes	4
Pendientes de valoración	2
Regresaron con su familia biológica	6

Fte.: Expdtes. Familiares del Programa de Integración Familiar - A Coruña. Elaboración propia. 2002.

3. VALORACIÓN DE LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN EN EL PROCESO DE ADOPCIÓN PARA LA FAMILIA BIOLÓGICA

Uno de los cambios fundamentales en las políticas de protección de la infancia ha sido el cuestionamiento de la conveniencia de separar a los menores en situación de riesgo de su entorno familiar, recogiendo en todas las legislaciones la priorización de la permanencia en su familia, siempre que sea posible. Sin embargo, la práctica demuestra que no siempre es posible esta alternativa, existiendo un número importante de niños y niñas para los que la solución más adecuada será su integración en una familia acogedora o adoptiva. Concretamente, de las 74 familias en las que finalizó en proceso de trabajo de nuestro Programa en la provincia de A Coruña, desde el año 1994, 27 terminaron con una propuesta en este sentido (36,48%), lo que da una idea de las dificultades que entraña esta intervención.

Estos resultados generan distintas reflexiones a los profesionales y responsables del Programa, siendo una de las más importantes la relativa a la situación en la que quedan al final de este proceso tanto los niños y niñas, como sus padres, madres y/ o cuidadores.

Si bien la integración de los niños niñas en una familia acogedora o adoptiva es una solución positiva, que les proporciona de una manera estable un ambiente de seguridad y afecto, el camino hasta esta puede ser largo, difícil, y con numerosos efectos secundarios no deseados.

Para los niños, es importante que la privación de los vínculos con su familia biológica sean inmediatamente cubiertos por otros que den respuesta a sus necesidades. En este sentido, compartimos la valoración de que la mejor alternativa suele ser una familia acogedora o adoptiva, aunque hay circunstancias particulares que pueden hacer viable, e incluso aconsejable, otra medida diferente (permanencia en centros con preparación para la independencia de los adolescentes, por ejemplo). Lamentablemente, la no adecuación del perfil de los menores susceptibles de ser adoptados a las demandas de las familias solicitantes, provocan que muchos de ellos prolonguen excesivamente este camino: En nuestro caso, su media de edad rondaba los 7,1 años; muchos de ellos, además, sufrieron abandono o negligencia física por parte de sus padres o cuidadores -un 70,77% de los casos-. Si bien no existe una evaluación exhaustiva de las repercusiones que esto tiene para los niños y niñas, es fácil intuir que se está lesionando uno de los derechos más valorados por ellos mismos: el derecho a una familia.¹

En nuestra experiencia concreta, tal y como podemos observar en las tablas, tan sólo el 40% de los niños y niñas (26 de un total de 65) con una propuesta de adopción, se encuentran en la actualidad integrados en una familia. De los demás, 13 permanecen en centro, sin perspectivas de salida a corto plazo (20%); 7 retornaron al centro tras fracasar su integración en la familia adoptiva (10,77%); igual número de niños están próximos a iniciar el proceso de integración; 4, cumplieron la mayoría de edad durante el proceso (6,15%); 2 niños están pendientes de valoración (3,07%). Por último, debemos resaltar el hecho de que, tras varios años de incertidumbres, 6 niños (9,23%) retornaron con su familia biológica, por diversos motivos.

¹ ENRÉDATE N° 4 (2002). UNICEF, pp. 4-5. El más votado, con el 23%, es el derecho a una familia, seguido, con el 14%, del derecho de protección contra los abusos y la salud.

4. INTERROGANTES Y RETOS DE FUTURO

El proceso de adaptación a las nuevas familias, o el acompañamiento profesional que se hace en el mismo, son otros de los interrogantes y retos a la hora de encarar estas decisiones. El hecho de que estos procesos sean realizados, habitualmente, por distintos servicios y profesionales es un elemento más que puede dificultarlo, aumentando innecesariamente, a veces, el número de profesionales diferentes que entran en relación con los niños y niñas.

Siendo todos estos aspectos de enorme importancia, creemos que el más importante se refiere al contexto y consecuencias del corte definitivo de la relación entre los niños y niñas y sus padres y madres, tanto para unos como para los otros. Para completar esta valoración, queremos aportar las principales dudas que nos genera, así como los retos de futuro que tenemos por delante:

- Las familias con las que trabajamos tienen, habitualmente, una procedencia muy determinada: nivel socio-económico y cultural bajo, con múltiples problemas y escasos recursos para solucionarlos.

En la muestra anteriormente expuesta, podemos apreciar un perfil caracterizado por: un *nivel formativo bajo* (el 28,75% de los cuidadores y el 46,15% de las cuidadoras no tienen estudios; el 71,43% de los cuidadores y el 46,15% de las cuidadoras, tienen estudios primarios; tan sólo el 7,7% de las cuidadoras tienen estudios medios); *situación laboral precaria* (el 28,6% de los cuidadores y el 57,7% de las cuidadoras no tienen ingresos; tan sólo el 28,6% de los cuidadores y el 3,85% de las cuidadoras tienen contrato de trabajo); y múltiples *problemáticas psico-sociales asociadas* (el 18,84% de los cuidadores y el 13,13% de las cuidadoras presentaban conductas marginales; el 13,13% de las cuidadoras, problemas emocionales, frente a un 4,34 de los varones cuidadores; el 14,49% de los cuidadores y el 11,11% de las cuidadoras estaban inmersos en conflictos conyugales serios; en el caso de las mujeres, igual porcentaje de ellas mantenían conflictos con la familia extensa, frente a un 7,24% de los hombres; el 10,10% de las mujeres tenía antecedentes de maltrato en su infancia, frente a un 4,34% de los hombres; en cuanto al abuso de alcohol u otras sustancias adictivas, el 12,12% de las cuidadoras y el 15,94% de los cuidadores tenían problemas con el mismo).

Ante estas situaciones, que deberían ser un reto para la sociedad, en general, y para el sistema de bienestar y protección social, en particular, con el objetivo de sumar esfuerzos que permitieran superarlas positivamente: ¿Qué respuesta estamos dando desde los servicios sociales y de protección de menores? ¿Qué respuesta podemos dar a la acusación que se nos hace de convertirnos, en muchas ocasiones, en una parte más de un sistema represivo, que priva a estas familias de sus hijos, y de no proporcionarles el apoyo necesario para superar su situación carencial?

Una conclusión a la que nos lleva la experiencia concreta de nuestro trabajo tiene que ver con que, sin cuestionar en absoluto el legítimo, fundamental y prioritario ejercicio de la defensa de los derechos de los niños a crecer en un ambiente familiar que les proporcione seguridad y afecto, vale la pena que se compatibilice, en la medida de lo posible, con el derecho a que ese ambiente familiar lo obtengan en su propia familia. Así mismo, debemos

tener un especial cuidado en que las medidas de protección que se tomen –provisionales o definitivas-, no lesionen en fondo y forma los derechos de las personas adultas –padres y madres de estos niños-, más teniendo en cuenta que atraviesan por situaciones carenciales.

- En el futuro de estos niños será importante saber que sus padres, que tenían dificultades para atenderlos correctamente, recibieron todos los apoyos posibles para superar sus problemas, aunque el resultado final no fuera satisfactorio. Es importante que perciban que la decisión de separarlos de ellos no se debió, pues, a que no son merecedores de cariño, o a que la sociedad en la que viven no pudo, supo o quiso ayudar a su familia a salir adelante. Pensamos, además, que un elemento que facilitaría la integración del niño en la familia adoptiva sería el hecho de que este supiera que, aunque él iniciara ese proceso, al mismo tiempo estarían ayudando a sus padres a mejorar su situación.
- Esto último sería especialmente importante teniendo en cuenta la cantidad de niños y niñas que, con un largo historial de protección de menores –internamientos en centros, acogimientos y adopciones fracasadas, internamientos por reforma...-, tienen posteriormente hijos e hijas con los que se toman medidas de protección. La experiencia que tengan de la actuación y resolución en su propia situación marcará, en gran medida, su respuesta y, por lo tanto, el resultado de dichas medidas. Hacemos de nuevo hincapié en los datos ofrecidos con anterioridad: un 60% de los niños y niñas con propuesta de adopción desde nuestro Programa no se integraron en una familia adoptiva.
- De igual manera, muchas de las familias a las que se les retiran los niños con propuesta de adopción, tienen posteriormente otros hijos. En ocasiones, la nueva maternidad/paternidad será positiva, sin que se reproduzca la situación anterior, pero es también posible que no sea así, siendo necesaria una intervención de protección. De nuevo, la experiencia con la que los servicios se relacionaron con ellos, en todos los momentos (antes, durante, y después de la retirada), condicionará su actitud presente: con anterioridad a la entrada en nuestro Programa, la totalidad de las familias mantuvieron contactos previos con los servicios sociales, y un tercio, con servicios sanitarios especializados (problemáticas de salud física o psíquica que afectaban directamente a la crianza de los niños). Normalmente, una experiencia negativa propiciará actitudes defensivas, de enfrentamiento, o de evitación; en suma, actitudes poco adecuadas para una resolución positiva de la nueva situación. Es importante aquí tener muy presente que los contextos de la intervención condicionan los contenidos de la misma, debiendo los servicios adecuarse a las funciones específicas que les son encomendadas. Así, un servicio de valoración no tiene por que buscar un cambio en las familias, y del mismo modo, uno de intervención debe evitar realizar juicios valorativos sobre las mismas.
- En la decisión final de separar a los niños de su familia, el foco de atención prioritario son, como no podría ser de otra manera, los primeros; en ocasiones, esto puede hacerse de una manera en la que no se tiene demasiado en cuenta a estos padres y su situación. En la mayoría de los casos, creemos que no los percibimos como personas con problemas, enfrentadas a una situación muy dolorosa y traumática y, por consiguiente, merecedoras de ayuda; más bien, tendemos a connotarlos de una manera muy negativa: maltratadores, agresivos, de los que hay que defenderse, y a los que hay que sacar de encima lo antes posible. ¿Deberíamos facilitar un apoyo a la familia, en este momento, desde los servicios de protección de Menores o desde los servicios sociales, en general?

También nuestra práctica cotidiana nos lleva a la conclusión de percibir la necesidad de prestar apoyo profesional a los padres a los que se les retira definitivamente la patria potestad de sus hijos para integrarlos en una familia adoptiva. Esta reivindicación tiene una doble vertiente: en tanto que derecho básico para personas en una situación de grave daño emocional; y en tanto medida preventiva para facilitar el proceso de integración de los niños en la nueva familia, buscando que los padres biológicos no canalicen sus frustraciones entorpeciendo el mismo.

Estas medidas servirían, además, para contribuir a una mejor preparación de los niños y niñas ante su futura integración en la familia adoptiva. Así mismo, la intervención, con un enfoque claramente desculpabilizador hacia los padres, debería tener continuidad en el contexto anterior, aun manteniendo las dudas de si es posible o no que sea prestado por el propio servicio que realiza la propuesta.

- Aunque la ley no contempla como tal la figura de las “adopciones abiertas” -en las que los niños, una vez integrados en la familia adoptiva, mantengan contactos con sus padres biológicos-, si se realizan en la práctica, con acogimientos familiares que se prolongan indefinidamente. Sin embargo, hacerlo así tiene un riesgo fundamental: tergiversa la figura del acogimiento familiar, pensada y prevista para otros supuestos, con carácter temporal; de esta manera, se transmite a todas las partes implicadas (niños, familia biológica, familia acogedora), una clara connotación de PROVISIONALIDAD, y por lo tanto, de inseguridad e inestabilidad –en lo que se refiere a la permanencia definitiva del niño en la familia acogedora-, generando expectativas que pueden no ser cubiertas.

Una última reflexión que queremos aportar, pensando concretamente en alguno de los niños y familias con los que hemos trabajado, consiste en la necesidad de establecer dos figuras legales claramente diferenciadas: el acogimiento familiar, con carácter temporal –lo más definido posible-, y la adopción abierta, con carácter definitivo. Ambas figuras compatibilizarían, cuando fuera posible, la crianza de los niños en un ambiente familiar, y al mismo tiempo, evitarían la ruptura traumática que los vínculos afectivos positivos con sus padres. Por supuesto, serían figuras a ser utilizadas en aquellos casos en los que fuera pertinente y positivo mantener estos contactos, y no en la generalidad de los mismos.

LA CREACION DE SERVICIOS POST-ADOPCION.

Ana Rosser, Inés González y Conrado Moya.

Dirección territorial de Bienestar Social de Alicante.

INTRODUCCION:

En los últimos tiempos hemos sido testigos de una consolidación, en España, de los Programas de Adopción. Este avance vino de la mano, como marco legal de referencia, de la Ley orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor que señala el procedimiento a seguir 1) en la toma de decisiones sobre el menor y su familia de origen ante situaciones de desprotección, diferenciando distintas actuaciones por parte de la entidad pública según este se encuentre en situación de riesgo o de desamparo y distintas modalidades de acogimiento familiar en aquellos casos en que se considere que el recurso más adecuado es una alternativa familiar, distinta según su finalidad y duración y 2) en la selección de las familias candidatas a la adopción. Como condición previa para el desarrollo de este marco legal se contaba con una amplia experiencia acumulada desde la puesta en marcha de la ley 11/1987 y con los estudios que se han ido realizando dentro y fuera del país y que han permitido conformar un modelo técnico de intervención que se inicia, tanto con los menores susceptibles de ser adoptados como con las familias candidatas a la adopción, desde mucho antes de que se inicie la convivencia y que suele concluir con el Auto Judicial de la adopción.

Sin embargo, no se han desarrollado todavía de una forma sistemática, en los Servicios de Adopción, programas para atender aspectos de gran importancia en la evolución de estos menores y sus familias y que se manifiestan tiempo después, incluso cuando los expedientes han sido ya archivados en estos Servicios, y que, de no ser abordados adecuadamente, podrían derivar, en ocasiones, en el fracaso del proceso adoptivo..

OBJETIVO:

El aumento de demandas de familias adoptivas, de los propios menores o de personas allegadas, sobre cuestiones estrechamente relacionadas con la adopción podría deberse, por una parte, al desarrollo cada vez más fuerte de movimientos que reclaman el derecho a conocer los propios orígenes y que ha ido sensibilizando a la población sobre estas cuestiones que antes se mantenían ocultas. Además, aquellos menores que fueron adoptados a partir de la entrada en vigor de la Ley 21/87 están

alcanzando la adolescencia y la edad adulta, etapas en las que se recrudece la inquietud por conocer los motivos de su adopción y las circunstancias que llevaron a los progenitores a proceder de esta manera. Las propias dificultades inherentes al proceso de vinculación afectiva entre el menor y su nueva familia y en la adaptación de todos a las nuevas exigencias provocan, igualmente, crisis en el proceso adoptivo que requieren de intervención para orientar a las familias y a los menores, evitando un posible fracaso en la adopción. Todo ello provoca la necesidad de implementar Servicios y Programas que traten de dar respuesta a estas situaciones por profesionales especializados en el ámbito de la adopción.

POBLACION Y METODO.

El presente trabajo 1) aborda las fases seguidas tanto en el trabajo con los menores susceptibles de ser adoptados como con las familias candidatas a la adopción, hasta que se inicia la asignación de una familia a un menor en particular, así como del seguimiento del proceso hasta la resolución judicial de adopción, 2) analiza las problemáticas que concentran la mayor parte de la demanda actual de orientación post-adopción en la Sección de Familia y Adopciones de la Dirección Territorial de Bienestar Social de Alicante y 3) plantea una propuesta de intervención desde estos Servicios.

RECONSTRUYENDO LA IDENTIDAD DE LOS MENORES EN ACOGIMIENTO FAMILIAR : LA UTILIZACION DE CUENTOS

Comunicación para el VI Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada, jueves 25 de Abril del 2002.

Presentada por Javier Jesús Mugica Flores, psicólogo y colaborador del Equipo de Promoción del Acogimiento Familiar (EPAF), del Servicio de Infancia de la Diputación Foral de Bizkaia gestionado por Agintzari, S.Coop. de Iniciativa Social

Agintzari es una empresa cooperativa de iniciativa social que presta servicios en el ámbito de la infancia, juventud y familia en situación o riesgo de exclusión social. En la actualidad, gestiona en Bizkaia más de veinte Equipos de Intervención Socioeducativa con Menores y Familias adscritos a los Servicios Sociales de Base, así como diferentes Servicios de Intervención Psicosocial en programas de Acogimiento Familiar y de atención al Abuso Sexual Intrafamiliar, ubicados en el ámbito de los Servicios Sociales Especializados.

El Equipo de Promoción del Acogimiento Familiar (EPAF) es un equipo dependiente del Servicio de Infancia de la Diputación Foral de Bizkaia y su misión es el desarrollo de acciones de promoción del acogimiento familiar en familia ajena en el territorio de Bizkaia. Es un equipo multidisciplinar de nueve profesionales que tiene asignadas tareas de intervención y apoyo al niño, niña o adolescente acogido, su familia y los acogedores. Entre sus funciones, incluye el desarrollo de acciones de promoción del acogimiento en la comunidad.

Finalizamos esta presentación del EPAF, enumerando la prestación de servicios que realiza este equipo :

- Información, captación, selección, valoración y formación de familias acogedoras.
- Apoyo técnico a los niños, niñas y adolescentes durante todo el proceso de acogimiento familiar. Interviene en las fases de preparación, acoplamiento, acogimiento, cese y reunificación familiar.
- Apoyo técnico, orientación y seguimiento a los acogedores.
- Promoción de grupos de acogedores para el intercambio de experiencias, el apoyo mutuo y la formación continua
- Intervención socioeducativa con las familias biológicas para facilitar la reunificación y el mantenimiento de los vínculos y relaciones con sus familiares.
- Visitas supervisadas entre el niño y su familia de origen.
- Atención en situaciones de crisis y urgencias durante 24 horas los 365 días del año.
- Psicoterapia infantil y familiar para los niños, niñas y adolescentes y sus familias de origen.

Contenidos de la comunicación

La finalidad de esta comunicación es compartir una buena práctica desarrollada por los profesionales del EPAF. Concretamente, presentaremos la técnica de elaboración de cuentos para niños y niñas con medida de acogimiento familiar.

Los contenidos de la comunicación son los siguientes:

- Principios de actuación que sustentan la técnica
- La elaboración de la historia personal del niño separado de la familia
- Objetivos del cuento para el niño acogido

- Características y manejo del relato
- Pasos para elaborar un cuento
- Resultados observados

Principios de actuación que sustentan la técnica

En muchas ocasiones, constatamos que los niños en acogimiento familiar, no entienden por qué, ni para qué se les separa de su familia. Observamos que permanecen anclados, atascados en momentos emocionales que les dificultan dejarse cuidar y establecer un vínculo con la familia de acogida.

A menudo los profesionales tememos hablar con ellos de su historia vital, de la situación de su familia con claridad y transparencia. Pensamos, que por ser pequeños no se enteran, y aplazamos el explicarles las cosas para cuando sean mayores. No es extraño que dediquemos más energías a ocultar “supuestos secretos”, a tapar y a dulcificar realidades difíciles que a clarificarlas y a preservar a los niños de malas informaciones, mentiras piadosas o mensajes crueles.

Su biografía son retazos desordenados, con enormes vacíos que el niño rellena con fantasías, temores y penas. Con demasiada frecuencia su historia esta desperdigada, traspapelada, dispersa en un conjunto de sucesos inconexos, incoherentes y confusos. Comprobamos que no entienden por qué tienen que ir con otra familia si ya tienen la suya. Su experiencia de separación les hace temer un nuevo abandono si admiten la propuesta de ser acogidos por otra familia.

Para acompañarles en el proceso de acogimiento y apoyarles en la comprensión de su propia experiencia vital, utilizamos los cuentos elaborados individualizadamente para niños de entre 3 a 10 años.

Usamos títeres, muñecos, juguetes, dibujos y cualquier objeto que nos permita comprobar que el niño comprende, lo que se comunica a través de los cuentos es tan impactante y resulta tan reparador, que no suelen perder detalle.

La elaboración de la historia personal del niño separado de su familia

Los niños separados de su entorno familiar necesitan poder hablar de algo tan importante como su experiencia de abandono, su separación, los sentimientos y emociones que tienen, han tenido o pueden tener.

No hablarle de su familia, no rescatar los elementos positivos que le unen y vinculan a los suyos, no autorizarle a hablar de algo que le preocupa en silencio, no rebuscar aquellos elementos de su vida, de su familia, que le pueden ayudar a reparar un pasado difícil, es algo que tiene consecuencias nocivas para el niño y para el proceso de intervención.

No elaborar con ellos sus vivencias dolorosas facilita que los niños sufran miedo al abandono, inseguridad, ansiedad, tristeza, rabia, incredulidad, desconfianza, amnesia inducida, preocupación y temor por los suyos...

Los niños desarrollan terribles conflictos de lealtad que les impiden dejarse cuidar por sus familias de acogida, o por terceras personas. No admiten su autoridad, desconfían de ellos, les culpan de la separación.

En este contexto de insatisfacción se desarrollan comportamientos difíciles, bloqueos para nuevos aprendizajes, conflictos de relación que ni acogedores ni niños acogidos pueden gestionar y que poco a poco, van minando el ambiente de acogida familiar que se le quiere proporcionar al niño separado de su ambiente.

Como decíamos, todo niño separado de su entorno familiar lo es por los conflictos y vivencias de desamparo que se producen en su familia y entorno cercano. La separación es una vivencia dolorosa y por tanto, todo niño separado de su entorno es un niño dañado y doliente. Hay partes dolorosas que tiene que conocer, comprender elaborar y digerir para vivir y desarrollarse sanamente.

La autoestima y la identidad personal de los niños separados de su entorno, depende en buena medida de cómo elaboren los elementos de su biografía. Para superar y afrontar las dificultades hay que conocer. Las cosas tienen que tener un significado, un sentido, una explicación y una coherencia. Es evidente que lo que no se conoce, no se puede entender, ni se puede explicar, ni elaborar, ni superar. Los niños separados de su entorno familiar necesitan saber, necesitan ubicarse y además tienen derecho a una información fundamental para poder tener un mínimo de control sobre su vida.

Hace falta además un formato accesible para los niños, un instrumento que le permita elaborar sucesos y emociones. El cuento puede ser un instrumento específico que le ayude a integrar partes esenciales de su vida con un lenguaje simbólico y desde una distancia emocional apropiada.

A los niños les gustan los cuentos por su contenido simbólico. Les acerca a personajes, situaciones y sentimientos con los que pueden identificarse y manejar sin temor ni riesgos, desde una distancia óptima. Les ayuda a comprender situaciones vitales, a obtener respuestas y explicaciones adecuadas a su capacidad de comprender y de asumir las cosas de la vida.

Objetivos del cuento para el niño acogido

Como decíamos, la técnica consiste en elaborar cuentos personalizados para cada niño reproduciendo en el mismo aspectos fundamentales de su historia personal y familiar. Su finalidad es que pueda comprender y conocer información sobre sí mismo, su familia y sus acogedores.

Los cuentos que elaboramos, persiguen entre otros los siguientes objetivos:

Facilitar al niño un contacto asequible con su historia personal, tanto desde el punto de vista cognitivo como emocional.

Aproximar al niño acogido a su realidad para que pueda abordarla acompañado y protegido, ya sea por los técnicos referentes como por los acogedores.

Desactivar los errores de interpretación del niño respecto a su situación, las inexactitudes, los vacíos y las “mentiras piadosas”.

Preservar su autoestima e identidad rescatando elementos positivos y desculpabilizándole de la situación de separación.

Crear un espacio de diálogo de carácter simbólico sobre cuestiones referidas a su situación, sus emociones, sus relaciones de pertenencia, sus vínculos,...

Características y mensajes incluidos en el cuento

El cuento tiene que estar construido con elementos veraces, creíbles y coherentes con la situación del niño y de su contexto familiar y social.

Tiene que ser lo más completo posible en los aspectos que incumban al niño, tanto en hechos como en personas. Tiene que resultar entendible y adecuado a su forma y capacidad de pensamiento. Adecuado a su madurez. En su lenguaje. Lo mas sencillo y simple posible, que aborde el tema que se quiere trabajar con las florituras y los simbolismos suficientes, pero sin exagerar.

Debe poder generar diálogo con el niño. El cuento es un instrumento para ayudarlo, autorizarle y posibilitarle el hablar de su situación y de las cosas que le preocupan. Darles a entender claramente que los adultos no nos vamos a sorprender, ni a asustar de las cosas que le han pasado. Hay que generar confianza para tratar los temas difíciles.

Debe poder generar una historia “oficiosa”, socialmente aceptable, que no le suponga conflictos, que el niño pueda utilizar cuando considere oportuno y útil para aclarar a terceros su situación, su relación con la familia de acogida y los vínculos con los suyos.

Los mensajes que el cuento tiene que transmitir de modo simbólico a través del narrador y de los personajes, son entre otros:

El niño quiere y es querido por los suyos, aunque se porte mal o haga cosas incorrectas.

El niño no es responsable de la separación. Esta se debe a los errores, dificultades y problemas de los adultos. A veces, como todos los niños hace cosas incorrectas, pero no por ello merece ser maltratado o abandonado.

El niño no puede ocuparse de resolver los problemas de sus padres: es justo al revés los padres deben cuidar y proteger a sus hijos.

Hay que explicarles qué es el acogimiento familiar. Por qué, para qué está con la familia de acogida. Cual es la autoridad de los acogedores respecto al niño.

Hay que transmitir qué va a pasar con su familia, informarle de que contactos va a tener durante el acogimiento, hacerle saber que tiene derecho a seguir queriéndoles.

Pasos para elaborar un cuento para niños acogidos

Los pasos para elaborar un cuento para un niño en acogimiento familiar son:

1. Investigar y conocer la historia del niño, los sucesos relevantes que tienen que ver con su situación de separación. Consultar informes y profesionales de referencia.
2. Traducir los términos en función de la edad para que puedan ser entendidos por el niño.
3. Elaborar el texto, contrastarlo con las personas referentes (acogedores, familiares del niño, otros profesionales,...). Corregirlo y añadirle sugerencias.
4. Contarle al niño acogido el cuento, reiteradamente. No basta con una vez. Hay que hacerlo muchas veces, como se hace habitualmente con los cuentos.
5. Estar atentos a las reacciones y comentarios del niño. Incorporar a la narración nuevos elementos que la situación de acogimiento familiar y el niño vayan añadiendo. El cuento de esta manera quedará enriquecido y pasará a la "tradición oral" del niño.

Una vez elaborado el cuento una forma de comprobar la validez del mismo y su adecuación consiste en obtener la ratificación de los diferentes protagonistas de la situación entre los que tenemos :

- El propio niño
- La familia del niño
- Los acogedores y su entorno cercano
- Los técnicos que intervengan en el proceso

Si el cuento es apropiado y todas estas partes lo confirman, será una buena herramienta para ayudarles a todos a hablar de algo que no es fácil.

Los administradores más idóneos del cuento son los acogedores y la forma más adecuada de gestionar el cuento es la siguiente:

Con el niño a solas, sin forzar la situación. Hay que tener cuidado porque para el niño puede ser impactante. Se pueden necesitar varios días para completar su narración si se ve que el niño necesita tiempo.

Buscar el momento más adecuado y de máxima atención por parte del niño. La noche, antes de dormir es un buen momento, aunque si hay reacciones emocionales del niño será preciso acompañarle hasta que se duerma o se quede tranquilo.

Hay que observar los gestos, movimientos y comentarios que el niño hace para estudiar sus reacciones, adecuar la narración y obtener nuevos elementos a tener en cuenta.

Es preciso contestar las preguntas que el niño hace, sus dudas, sus peticiones de explicación. Si no se tienen respuestas explicarle al niño que se va a pensar y reflexionar sobre sus demandas y que otro día se le contestará.

Resultados obtenidos de cara a los niños y acogedores

A lo largo de los años que llevamos construyendo estos cuentos hemos constatado lo siguiente :

Los niños pueden elaborar su propia biografía y la historia de su familia de forma más positiva para su autoestima, identidad y sentido de pertenencia.

Los niños sufren menos conflictos de lealtad y aprenden a confiar en la familia de acogida, en los suyos y en los técnicos.

Se tranquilizan, se dejan cuidar; normalizan y asimilan algo más su situación y condición. Sienten que tienen permiso para hablar de experiencias difíciles y empiezan a expresar o a dar indicios de otras vivencias y sentimientos.

Los acogedores aprenden a sobrellevar la historia del niño, comprenden mejor la situación del niño y de su familia y se responsabilizan de hablar con el niño de su situación particular y específica, de sus necesidades como niños acogidos que pertenecen a dos mundos simultáneos.

Nota: Quienes tras la lectura de esta comunicación deseen más información se pueden poner en contacto con el autor o los miembros del EPAF a través de los siguientes teléfonos : 94 447 92 42, 94 447 69 62 o en la dirección electrónica: javiermugica@agintzari.com



TITULO: VALORACIÓN DE CASOS DE INFANCIA DE ESPECIAL PROTECCIÓN. ANÁLISIS DE UNA ETAPA.

AUTORA: GLORIA MORÓN LUZURIAGA, ISABEL MARTÍN PÉREZ DE NANCLARES, MERCHE LANDA CEBALLOS, NIEVES TOQUERO CUESTA.

ENTIDAD: IPACE PSICOLOGÍA APLICADA S.L.

SOPORTE ICONOGRÁFICO TRANSPARENCIAS Y/O POWER POINT



MARCO DE ENCUADRE

IPACE PSICOLOGIA APLICADA SL es una de las empresas adjudicatarias que participa en el programa de "**VALORACION DE CASOS DE INFANCIA DE ESPECIAL PROTECCIÓN**" dependiente del Servicio de Infancia y Familia del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz,

El departamento de Bienestar Social forma parte del área de Intervención Social del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, quien a través del Servicio de Infancia y Familia desarrolla el programa de **IDENTIFICACIÓN DE FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO**, dirigido a *conocer, valorar e intervenir con familias y menores que, atravesando situaciones de crisis, ven afectado el sistema de protección, crianza y educación de sus hij@s en diferente grado, lo que implica la intervención de los servicios públicos a fin de valorar dicha situación y tomar las medidas necesarias de apoyo y/o sustitución.*

Dado el volumen de casos existentes, desde el del Servicio de Infancia y Familia se plantea la contratación de varios **equipos profesionales especializados** para la valoración de casos de infancia de especial protección. Es aquí donde IPACE comienza a trabajar en el año 1997. Dentro del equipo de profesionales que componen IPACE PSICOLOGIA APLICADA SL, las técnicas que valoran cada caso componen **un equipo interdisciplinar**



compuesto por una coordinadora y dos equipos de trabajo, formados por una psicóloga y una trabajadora social.

El objetivo general del programa es ***el estudio del impacto sobre el desarrollo de los/as menores de las situaciones de riesgo o desprotección.*** Para lo cual se realiza la valoración de las características y alcance de la crisis familiar y los recursos susceptibles de mejorar el funcionamiento familiar, que permitan a la unidad familiar continuar unida.

Se realiza en un primer momento una **investigación preliminar** con el fin de garantizar la seguridad del niño@ o tomar las medidas administrativas urgentes que lo garanticen. Para pasar posteriormente a una **valoración psicosocial** que establece un diagnóstico, una hipótesis pronóstica y un plan de intervención.

Dentro del programa de **VALORACIÓN DE CASOS DE INFANCIA DE ESPECIAL PROTECCIÓN** se atiende a familias con menores de 0 a 18 años, que han sido notificadas al ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, ante una posible situación de riesgo o desprotección en alguno de los/as menores que forman parte del núcleo familiar. El ámbito de actuación se circunscribe a la población de Vitoria-Gasteiz.

Se establece **UN PROCESO DE TRABAJO** que consta de las siguientes fases:

- ✓ **Detección de la familia con posible situación de desprotección a través de cualquiera de los agentes de la comunidad.**



- ✓ **Notificación de la situación familiar al Servicio Municipal de Infancia y Familia.**
- ✓ **Derivación del caso por parte del Servicio Municipal de Infancia y Familia al equipo conveniado de IPACE.**
- ✓ **Presentación del equipo de valoración de IPACE PSICOLOGIA APLICADA SL a la familia objeto de valoración.**
- ✓ **Recogida de datos (directos e indirectos), valoración y análisis de la situación familiar, desde el equipo de trabajo de IPACE.**
- ✓ **Establecimiento de un plan de intervención que incluye propuestas de actuación con la unidad familiar.**
- ✓ **Presentación del informe de valoración al Servicio Municipal de Infancia y Familia.**
- ✓ **Valoración del informe en la Comisión Técnica del Servicio de Infancia y Familia del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.**
- ✓ **Devolución, por parte del Equipo de Valoración de IPACE y de los técnicos municipales del Servicio de Infancia y Familia, a la familia de la información y conclusiones recogidas en dicho informe, para su aceptación y puesta en marcha del plan de intervención.**

Desde IPACE PSICOLOGIA APLICADA SL para la realización de dicha valoración se **RECOGE INFORMACIÓN** relativa a los siguientes aspectos:

- **Datos de identificación de la familia**
- **Estructura, composición e historia familiar**
- **Contexto socio-económico-cultural de la familia**
- **Características y funcionamiento individual de los padres**
- **Historia personal y salud física y psicológica de los padres**
- **Características y funcionamiento individual de los/as niños/as**
- **Salud física, psicológica y evolución escolar de los/as niños/as**
- **Organización doméstica y relaciones familiares y/o sociales**

Para la recogida de esta información se realizan distintos contactos con todos los miembros de la unidad familiar, se realiza visita al domicilio, se establecen entrevistas con otros profesionales que han tenido o tienen contacto con la familia. Se utilizan para todo ello distintas técnicas e instrumentos entre otros:



- Entrevistas semiestructuradas
- Cuestionarios e instrumentos psicométricos: personalidad, inteligencia, habilidades sociales, TRF...
- Pruebas proyectivas
- Juego dirigido y juego libre
- Visita al domicilio familiar habitual.
- Contactos con otras fuentes de información directa o indirecta: familia extensa, centros escolares, servicios médicos, asociaciones...
- Documentación e informes sociales aportados por los diferentes agentes de la comunidad.

ESTUDIO

En el presente **estudio** se analizan las características de las familias que han sido derivadas desde el Servicio de Infancia y Familia a IPACE Psicología Aplicada SL para desarrollar el proceso de valoración **desde el mes de octubre 1997 hasta el mes septiembre de 2001**. El estudio parte del análisis **DE 108 EXPEDIENTES DE FAMILIAS** valoradas a lo largo de cuatro años.

Se plantea como **objetivos**

- Conocer las características principales de las familias atendidas en IPACE, así como analizar la evolución de las mismas a lo largo del tiempo.
- Detectar y analizar aquellas situaciones de desprotección que se dan más habitualmente en las familias.
- Estudiar las características del proceso de valoración desarrollado desde IPACE para mejorar o modificar aquellos aspectos que lo precisen.



RESULTADOS - CONCLUSIONES

■ La **derivación de unidades familiares** desde el Servicio Municipal de Infancia y Familia a IPACE PSICOLOGIA APLICADA SL, presenta una **evolución variable** en cuanto al número de casos analizados durante los cuatro años que abarca el estudio.

* En los primeros años se observa una **progresión** en la derivación de familias, produciéndose un **descenso significativo** en el último año 2001 hasta el mes de septiembre –un 15,7%-. (*un 20,4% en 1998; un 26,8% en 1999 y un 35,2% en el 2000*).

* El número de familias derivadas varia a lo largo de los distintos trimestres, siendo **mayor en el primero y en el último**.

■ Con relación al **grado de antigüedad** de las familias en los Servicios Sociales Municipales, en torno al 60% de las familias tienen expediente abierto hace **más de seis años**, o bien, en el otro extremo, familias cuya detección es muy cercana en el tiempo, **menos de un año** con un 31,7% de familias.

■ **Domicilio de las unidades familiares** analizadas se encuentra en zonas habitualmente consideradas de riesgo en el municipio. Situando como referencia el Centro Cívico donde se ubican los Servicios Sociales de la zona nos encontramos con que el 66% de las familias son notificadas desde: **El Campillo 18% , Iparralde 16%, Arriaga 14% y Europa 14%**. Mientras que las zonas de donde existe menor derivación se sitúan en: Ariznabarra y Arana.

■ **El tipo de unidad familiar** que componen los distintos miembros de las familias analizadas son preferentemente **familias nucleares y**



monoparentales en un porcentaje idéntico del 38%; y las familias del tipo **familia extensa** que representan un 20% de los casos analizados.

- ▲ El **número medio de miembros** en cada unidad familiar **es de 4** (en el 64% de los casos). En general constituidas por 2 adultos y dos menores.
- ▲ Desde el año 1997 hasta el 2001 se observa **un descenso** importante en el número de miembros que componen las familias, llegando a cifrarse actualmente en 3,3 miembros.
- ▲ Dentro de las **familias de tipo nuclear** el número de miembros promedio es 4,5 –mínimo tres y máximo siete-. Observamos que en el 57% de éstas, existe algún menor en la franja de edad **adolescente**, con edades entre los 12 a 16 años.
- ▲ Se observa una progresión **ascendente** en el tiempo del tipo de **familia monoparental**. Dentro de estas familias el adulto significativo, es una figura **femenina** en un 80%.
- ▲ Dentro de las clasificadas como "**familia extensa**", en el 68% las figuras de referencia son abuelos. En la mayoría de éstas, es la **abuela**, quien ejerce las funciones parentales.
- ▲ El tipo unidad de **familia reconstituida** tan solo representa un 4% del total analizado. (Familia reconstituida: una pareja que se une, aportando o no, cada miembro de esta, hij@s de relaciones anteriores).



■ El grueso total de **población atendida** desde el año 1997 hasta el 2001, asciende a **431 personas**, de los cuales **192 son menores** de 18 años y **239 ejercen como figuras de referencia** para los primeros, en su mayoría figuras parentales -madre o padre-.

■ En relación con el **GRUPO DE MENORES** en posible situación de desprotección analizados señalar que:

- ▼ **Un 86%** de los/as niños/as valoradas han nacido en el **municipio** de Vitoria-Gasteiz.
- ▼ El porcentaje de **chicos (52%) y chicas (48%)** se encuentra igualado, no encontrando por tanto diferencias significativas en relación al **sexo**.
- ▼ Durante los años 1999 y 2000 se analiza **mayor número** de niños/as en situación de desprotección, representando el 62% del total de menores los analizados.
- ▼ La **edad** de los menores en riesgo de desprotección analizados **va en aumento a lo largo de estos años**. Constatamos que **siete de cada diez menores valorados** se sitúan en una **franja de edad de 4 a 16 años**, que corresponde con escolarización obligatoria.
 - En relación a **los/as niños/as menores de tres años** se observa una tendencia constante en los años 1997 a 2000 y se registra un gran descenso a lo largo del último año. Conviven en unidades familiares de tipo familia extensa (37%) y/o nuclear (28%).



- El número **de menores con edades entre los 4 y los 11 años** se mantiene estable en los distintos años representando un 35% del total de menores valorados. Conviven en unidades familiares tipo nuclear (30%) o familia extensa (28%).
- Los menores con edades comprendidas entre **los 12 y 16 años** representan **el 37% del total**. Observándose un incremento significativo desde año 2000, llegando a representar el 43% de los menores atendidos ese año. Conviven en unidades familiares tipo nuclear (41%) o monoparental (36%)..

■ En relación al **GRUPO DE ADULTOS** de las unidades familiares analizadas

- ▼ La **mayoría de los adultos** de las unidades familiares analizadas se sitúan entre los **25 y los 35 años** (un 34%).
- ▼ Por término medio las madres tienen **su primer hijo a los 24 años**. Tan solo el 10% de las mujeres valoradas tuvieron su primer hijo siendo menores de edad.
- ▼ **Un 16%** de los adultos es **originario de otros países**, mayoritariamente de origen **marroquí**. Las familias con procedencia extranjera suponen **un 2%** de las analizadas cada año.
- ▼ El **estado civil** de las figuras parentales se distribuye en **casados 37%, separados 35% y solteros 14%**, por este orden.



- ▼ El **nivel de ocupación laboral** es más alto en la figura **masculina** representando **un 86%**. Normalmente son empleos por cuenta ajena.
 - ▼ Señalar que **un 69%** de las familias analizadas **no son perceptoras de ayudas económicas** en el momento de realizar la valoración.
 - ▼ En cuanto **al nivel de formación** de las figuras parentales, un **57% de las madres y el 46% de los padres carecen de estudios**, presentando, en general, un nivel cultural bajo.
- Entre las situaciones de desprotección detectadas podemos destacar que la mayor parte de las familias analizadas son **MULTIPROBLEMÁTICAS** presentando **varias situaciones de desprotección** asociadas:
- ▼ **ABANDONO FÍSICO O NEGLIGENCIA**, en se detecta en un **67%** de las familias analizadas. Está presente en todas sus áreas en un 43% de las familias, centrándose a nivel escolar y de supervisión y vigilancia como los aspectos más comunes. En general son familias nucleares con adolescentes a su cargo (en un 65%).
 - ▼ Con relación al **MALTRATO FÍSICO** se detecta e **un 19 %** de las familias valoradas. El tipo de unidad familiar es nuclear (55%) o monoparentales (25%). En el grupo de familias con adolescentes a su cargo aparece constatado en el 75% de los casos analizados, así como en familias donde se encuentran niñ@s/as con edades de 4 a 11 años se refleja en el 50% de los casos.
 - ▼ **LAS CARENCIAS AFECTIVAS** se recogen en **un 41 %** de las familias analizadas. Su detección se encuadra mayormente en



unidades familiares del tipo nuclear (36%) o monoparental (39%).

Las edades de los menores que las sufren se encuentran: entre los adolescentes (64%), entre los 4 y los 11 años (59%), presentándose en uno de cada cuatro menores con edad inferior a los cuatro años.

- ▼ El **MALTRATO EMOCIONAL** se detectada **en el 10 %** de las unidades familiares analizadas, tiene mayor incidencia en familias de tipo nuclear (64%) y con hijos adolescentes de 12 a 16 años (82%).
- ▼ En las familias en las que se valora la existencia de **ABUSO SEXUAL** constituyen **el 9%** del total. En general son familias de tipo nuclear, el menor diana es chica (80%), entre los 2 y 14 años (en un 50% el niño/a tiene menos de 8 años)
- ▼ **INCAPACIDAD PARA CONTROLAR Y ESTIMULAR LA CONDUCTA DEL MENOR,** se concluye sobre **un 58%** de las familias analizadas. Se encuentra presente en un alto porcentaje (40%) de las familias de tipo monoparentales y/o nucleares La edad de los menores que conviven en estas familias se sitúa entre los 4 a 16 años.

■ El **TIEMPO MEDIO** de duración del proceso de valoración realizado desde IPACE PSICOLOGIA APLICADA SL se sitúa en torno a los **cuatro meses de trabajo en el 52% de las familias.** Tenemos que añadir dos meses más hasta poder exponer las conclusiones y propuestas a la familia.



- ▼ Transcurre un máximo de **13 días para establecer el primer contacto** con los miembros de la unidad familiar. En algunos casos se realiza el mismo día de la presentación..
 - ▼ Con **un 6% de las familias derivadas** desde el Servicio de Infancia y Familia a IPACE, no se ha podido llegar a establecer **ningún contacto** directo con sus miembros.
 - ▼ El **promedio de entrevistas** mantenidas durante el proceso de valoración alcanza el número medio de **14 con el grupo de los adultos y 10 en el grupo de los menores.**
 - ▼ En el 77% de los casos se ha conocido el **domicilio** de las familias.
 - ▼ Tanto en el grupo de adultos como de menores se han utilizado **pruebas psicológicas** que sirven para ajustar y objetivar la información obtenida por observación directa.
 - ▼ Dentro del análisis de los núcleos familiares se han **realizado una media de cuatro** contactos con diferentes **fuentes indirectas** de información.
- Entre los **RECURSOS PROPUESTOS** para paliar las situaciones familiares de desprotección nos encontramos con recursos dirigidos
- ▼ **AL CONJUNTO DE LA FAMILIA**, destacando la Terapia de Familia o el Servicio de Apoyo Educativo, además del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD-educativo).
 - ▼ **PARA LOS ADULTOS** alternativas de formación personal, social y/o laboral y atención desde la psicoterapia individual.



- ▼ **PARA LOS MENORES** distinguiendo:
 - ▼ Aquellos que **mantiene**n al menor en el núcleo familiar: Destacan Centro de día y Atención psicoterapéutica individualizada.
 - ▼ Aquellos que **separan** al menor de la unidad familiar: Destacan ACOGIMIENTO RESIDENCIAL (Hogares Municipales) y Acogimiento en Familia Extensa.
- Con relación a los **tipos de informes** presentados por los equipos de valoración de IPACE PSICOLOGIA APLICADA SL, **el 15 %** son informes realizados desde la información que se obtiene por **fuentes indirectas**, no se mantienen contactos directos con los miembros de la unidad familiar.

PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y LA ERRADICACIÓN
DE LA MENDICIDAD INFANTIL
INTRODUCCIÓN

La mendicidad Infantil es un síntoma de desprotección, un indicativo de una situación de riesgo social y familiar, que además presenta una forma pública y marcadamente conocida por los ciudadanos sin que esto los movilice hacia la denuncia o el intento de evitarlo.

Según el art. 232 del Código Penal, la utilización de menores para ejercer la mendicidad, incluso encubierta puede ser castigado con penas de seis meses a un año, y en caso de tráfico de menores para estos fines, o utilización de la violencia o administración de sustancias perjudiciales, la pena puede ascender hasta cuatro años.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

FINALIDAD: Prevenir las situaciones de marginación, que provocan la utilización de menores con ánimo lucrativo, evitar la reiteración de estas conductas entre las familias que se han dedicado a la mendicidad con utilización de los menores de forma habitual.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Concienciación a los que la practican de la situación de ilegalidad y de su responsabilidad penal.
2. Disminuir las situaciones de riesgo social que acompañan a estas prácticas.
3. Sensibilizar a la población en general de su responsabilidad en romper el círculo vicioso de utilización de menores para obtener ganancias lucrativas.

DESTINATARIOS

Menores mendigos, y sus familias de origen, así como vendedores ambulantes o transeúntes acompañados de menores.

METODOLOGIA

La intervención ha de programarse desde tres ámbitos.

-policial. -institucional (servicios sociales). -población en general.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El Programa se ha desarrollado durante cuatro años consecutivos en la ciudad de Jerez, durante todo el año la coordinación entre policía y servicios sociales ha sido fundamental para los resultados y especialmente en los ciclos festivos que era cuando mas población infantil era utilizada para la mendicidad. Cada año se han aportado elementos nuevos al programa y lo mas novedoso es la incorporación de **mediadores sociales gitanos** para la intervención directa con las familias. Actualmente se ha conseguido disminuir en un 90% la mendicidad infantil, en una comunidad donde la concurrencia de esta práctica era casi diaria y bastante alarmante.

Otra conclusión importante es que el conocimiento y la interiorización de la ley disminuye la frecuencia de presentarse la situación problema.

PROGRAMA DE CAPACITACION DE PADRES JOVENES

INTRODUCCION:

Este programa se desarrolla en el marco del PROGRAMA DE INFANCIA Y FAMILIA de los Servicios Sociales Municipales de Jerez.

Desde la intervención con familias cuyos hijos padecen una situación de riesgo y/o maltrato detectamos cómo los hijos mayores de estas familias se emancipaban de manera precoz, constituyendo su propio núcleo familiar sin apenas haber alcanzado un mínimo de autonomía personal, y con unos escasos, y a veces inexistentes modelos de maternaje y paternaje que garantizaran que sus hijos fueran a recibir un trato adecuado. Desarrollamos este programa con el objetivo de dotar de habilidades de crianza a adolescentes y jóvenes provenientes de familias multiproblemáticas desde al menos tres generaciones.

OBJETIVOS:

- 1.-Fortalecimiento de la pareja parental.
- 2.-Abordaje de la complejidad del acontecimiento de la maternidad y paternidad, a través de la presentación de modelos adecuados de crianza y cuidados básicos.
- 3.-Construcción de sus mapas de realidad que permitan su vivencia como padres/madres eficaces y competentes.

METODOLOGIA Y MATERIAL:

El tipo de intervención es grupal, psico-educativa y vivencial, para lo que se diseñaron y elaboraron materiales específicos por los técnicos del Equipo de Infancia y Familia, entre otros el panel de necesidades básicas que consiste en un puzzle gigante con episodios de la vida del bebé que da pie a los contenidos sobre cuidados, alimentación, higiene, etc.

CONCLUSIONES:

Las diferentes revisiones y ajustes del programa lo han consolidado como un recurso adecuado no sólo para las familias del perfil que definimos al principio sino también para los casos de maltrato prenatal cuando se da síndrome de abstinencia en el recién nacido a sustancias tóxicas, el incluir este programa dentro del contrato técnico de intervención con los padres está favoreciendo el proceso de tratamiento y aumentando la posibilidad de reincorporación familiar de los menores.

EL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL: UNA PROPUESTA EVALUATIVA MEDIANTE
EL ANÁLISIS DE TRAYECTORIAS DE VIDA.

LUIS BALLESTER BRAGE. Profesor del Departamento de Ciencias de la
Educación de la Universidad de las Islas Baleares.

JOSEP LLUIS OLIVER TORELLÓ. Profesor del Departamento de Ciencias de la
Educación de la la Universidad de las Islas Baleares.

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. UNIVERSIDAD DE LAS
ISLAS BALEARES. Carretera Palma-Valldemossa, Km.7,5. Palma de Mallorca.

Tif.:971172455

670321970

VI CONGRESO ESTATAL DE INFANCIA MALTRATADA. MURCIA ABRIL DE 2002.

COMUNICACIÓN ORAL:

"EL PAPEL DEL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN LOS PROCESOS DE CALIDAD DE ATENCIÓN A LA INFANCIA MALTRATADA EN LA COMUNIDAD DE MADRID".

INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA.

CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES

COMUNIDAD DE MADRID

AUTORES : FERNANDO MONTEERRUBIO RODRIGUEZ

JAVIER MORALES LAPUERTA

ÁNGEL MORENO DÍAZ

(DIRECTORES DE LAS RESIDENCIAS INFANTILES DE DISTRITO DE "ALCORCÓN", "PARLA" Y "LAS ACACIAS".)

CORREO ELECTRÓNICO:

irfema@inicia.es

jabisgo@wanadoo.es

angelmo59@wanadoo.es

1.- LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN RESIDENCIAL.

La reconversión de la atención residencial y su programación futura pasa por mantener una cultura que busca la mejora continua de la calidad, que se propone el trabajar en serio por conseguirla y concretarla.

El establecimiento de prácticas de calidad o estándares, es un requisito para el desarrollo de planes de mejora de la calidad (sobre todo en ausencia de un modelo de gestión de calidad total) por parte de las instituciones y administraciones responsables de la atención a la Infancia y la Adolescencia protegida..

La promoción de la buena práctica se realiza a través del establecimiento de estándares convertidos en referencias de comportamiento de los individuos e instituciones que atienden a los niños y adolescentes.

No se puede perder de vista la unidad de la acción protectora. Los estándares y criterios de calidad se deben crear y definir desde la detección, la notificación, la toma de decisiones, etc. es decir a lo largo de todo el proceso de intervención.

Una vez que se viene trabajando en RED, primeramente debemos analizar el funcionamiento de nuestro servicio o institución, explicando y comunicando lo que hacemos y como lo hacemos.

El abordaje de la desprotección infantil es un tema muy complejo. Son muchas las Instituciones intervinientes, muchos profesionales y muchas disciplinas implicadas.

Una organización es eficaz cuando sistemáticamente alcanza los objetivos que se le asignan. Esta afirmación, aplicada al complicado Sistema de protección infantil, hace imprescindible la fijación de unas consideraciones estándares de prestación de servicios, para la definición de los objetivos y el conocimiento del proceso de producción del servicio.

Para mejorar la calidad de atención es esencial disponer de especificaciones del proceso (planificación, intervención, evaluación), lo más claras posibles, que indiquen las pautas de actuación más efectivas. Necesariamente esto tiene que ser consensuado entre las instituciones y profesionales intervinientes.

2.- LEGISLACIÓN VIGENTE EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

En 1992 el Gobierno de la Comunidad de Madrid adoptó varias decisiones que han tenido una importante repercusión en la atención a la infancia en esta región y que suponen un paso adelante para la concreción del planteamiento **globalizado** que venía dirigiendo las acciones tanto de promoción como de protección de las niñas y los niños en esta Autonomía.

Esta pretensión responde al objetivo de unificar la gestión de los recursos destinados a la prevención y atención del riesgo social infantil en el seno de la Administración de la Comunidad Autónoma de Madrid, además del convencimiento de que la política desinstitucionalizadora pasaba por la coordinación de los servicios sociales y educativos, comunitarios.

Tiene por objeto promover la atención integral a la Infancia, mediante la **coordinación de actuaciones sectoriales**, el impulso de recursos y programas de intervención destinados al bienestar social infantil y **al apoyo a la familia como núcleo**

básico de socialización de los niños.

- La Ley 6/1995, de 28 de Marzo, de garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid pretende establecer en la Comunidad de Madrid un marco normativo general que fije garantías.

- La Ley 2/1.996 de 24 de junio, de creación del Organismo Autónomo Instituto madrileño del Menor y la Familia: atribuye al Instituto personalidad jurídica, siendo conveniente desde el punto de vista de la coordinación de las actuaciones de las distintas instancias que intervienen en el campo de la atención a los menores y a la familia.

Esta ley, implica en el Consejo de Administración del Instituto, a los responsables de: Servicios Sociales, Salud, Mujer, Educación y Juventud.

- El Decreto 88/1998, de 21 de mayo por el que se aprueba el Estatuto de las residencias de Atención a la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid.

- La ley 18/99 de 29 de Abril, reguladora de los Consejos de Atención a la infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.

Los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid, pretenden constituirse como un espacio que facilite el intercambio entre las Administraciones Públicas, estatal, autonómica y local, implicadas en el bienestar de los menores, a la vez que contribuyan a la participación de la iniciativa social para que inspire y enriquezca la actuación desarrollada desde los poderes públicos.

Este espacio debe procurar la eficiencia de los distintos Servicios, la calidad en la atención a menores y familias, así como el desarrollo de instrumentos de intervención y de procedimientos y sistemas de información de común aplicación en la Comunidad de Madrid.

Recoge tres niveles territoriales de coordinación: Consejo de la Comunidad de Madrid, Consejos de Área y Consejos Locales.

En los Consejos locales, se establece en funcionamiento de dos nuevos órganos colegiados:

- • La Comisión de Participación de la Infancia y la Adolescencia: que se constituye como un foro de debate, encuentro y propuesta de los niños, niñas y adolescentes, de los barrios, las ciudades y los pueblos de la región, con el objeto de articular el conocimiento directo sobre los intereses y las necesidades de los menores.
- • La Comisión de Apoyo Familiar: para el estudio de las situaciones de riesgo social y protección a las que se añaden las situaciones de conflicto social de los jóvenes, utilizando para sus funciones un instrumento técnico, el Proyecto de Apoyo Familiar, mediante el cual establecer una adecuada evaluación y objetivos de intervención con menores y familia. Contando con la participación de diferentes Servicios e Instituciones, de manera permanente: Profesionales de Los Servicios Sociales generales y especializados, de salud, de Educación, de la Residencia Infantil del distrito o donde este el menor residiendo, de Salud mental y del Instituto madrileño del menor y la Familia.

3.- PRACTICA DEL PROYECTO UNICO DE INTERVENCION

1. El protagonismo de la familia en el Proyecto Único de Intervención (P.U.I.). El Equipo Interdisciplinar tiene como reto impulsar la participación y colaboración de los padres en el Proyecto de trabajo, ya que el destinatario de dicho Proyecto es la propia FAMILIA.

2. La implicación de la familia en el Proyecto Único de Intervención. Un segundo reto para el Equipo Interdisciplinar lo constituye la activación de la implicación de los padres en el Proyecto. Para ello, el Equipo debe considerar las siguientes condiciones.

3. Especificidad del Proyecto Único de Intervención. El acompañamiento social, considerado desde la perspectiva del P.U.I., es sinónimo de futuro, al tiempo que sitúa a la familia en "movimiento" (acción, protagonismo, potencialidades / vulnerabilidad) en una progresión -a veces muy costosa, dolorosa- pero posible.. No existe un "recorrido estándar" que pueda ser aplicable a todas las familias; cada familia tiene su propia historia, y su propio devenir; no el que a nosotros -profesionales- nos gustaría (familia ideal), sino el que pueda lograr cada familia

Nuestro "objeto" de trabajo debe ser situado desde una perspectiva ecosistémica, global, que tome en cuenta las interacciones entre las distintas dimensiones que conforman la vida (afectiva, intelectual, relacional, social, familiar, cultural, formativa, laboral,...)

4. Significación del Proyecto. Siguiendo a DANANCIER (1999), podemos afirmar que la ausencia de proyecto en la práctica socioeducativa pone de manifiesto ciertas características de la intervención, como son: a) Una percepción negativa o peyorativa del sujeto (familia): "Ya nada se puede hacer"; b) Un "exterior" vivido de manera amenazante, por lo que se corre el riesgo de totalizar la relación y caer en la endogamia (lo bueno pertenece al "adentro"; lo malo, está "afuera") ;c) La presencia de profesionales parapetados tras su rol /estatuto, de manera compartimentada. d)* Un sentimiento de propiedad, por parte de cada profesional interviniente, de alguna parte del "objeto": ¿Quiénes sois vosotros para ocuparos de la familia?; "El chico nos pertenece a nosotros";... ;e) Un cierto maltrato institucional que se evidencia en forma de desacuerdo permanente ("no tenemos tiempo para reunirnos"; "tenemos mucho trabajo en el despacho"; "estamos saturados"; "no sirve da nada coordinarnos"; "ya no se puede hacer nada; no perdamos el tiempo"*;...) entre los operadores sociales.

Podríamos pensar, muy al contrario, como resultado de la acción interdisciplinar resultante de la necesidad sentida por los distintos intervinientes, en encontrar una dirección de trabajo convergente que oriente un único proyecto de trabajo:

- ○ **PROYECTO:** porque es algo vivo, dinámico, que avanza y retrocede; que se paraliza en ocasiones porque es una respuesta a una necesidad: "queremos vivir juntos porque formamos una familia"
- ○ **UNICO:** el mismo -articulado por el Equipo Interdisciplinar-, para el chico y su familia, que dé unidad, que dé sentido a la estructura familiar, en el que cada miembro del sistema familiar se vea representado, integrado, incluido, significado en interacción.
- ○ **INTERVENCION:** porque hay muchas cosas que hacer: pensar, analizar, revisar, diagnosticar, pronosticar, definir objetivos, poner en marcha acciones, repartir tareas y responsabilidades, evaluar, reformular, formación,...

5. Carácter del proyecto. Desde esta perspectiva, el Proyecto así planteado lo podemos definir como un estilo de intervención interdisciplinar caracterizado por: a) el desarrollo de un trabajo coordinado, eficaz, que sirva a la familia (padres e hijos); b) la participación de

distintos profesionales que hace necesaria la cooperación, complementariedad y corresponsabilidad, respecto a: 1/ realización del diagnóstico / pronóstico de recuperabilidad familiar.;2/ concreción de la finalidad de la intervención ¿para qué se guarda y/o tutela?;3/ definición de objetivos y concreción de acciones;4/ evaluación del proceso y de sus resultados; 5/un enfoque interdisciplinar, para asegurar: a) un objetivo común de trabajo; b) lograr la reunificación familiar en el menor tiempo posible.; 6/el consenso sobre las acciones a llevar a cabo;7/la asunción de la responsabilidad respecto al desarrollo de las acciones;8/la toma de decisiones compartida

6. Definición del Proyecto Único de Intervención

El Proyecto Único de Intervención es la referencia consensuada para la intervención y el elemento legitimador de los profesionales que participan en su elaboración, seguimiento y evaluación.

7. Señas de identidad del P.U.I. a) referencia para el trabajo socio educativo con la familia; b) legitimación de los profesionales que intervienen ;c) modelo (pedagogía y metodología de proyectos) de intervención de prevención secundaria, porque se define el Acogimiento Residencial como un servicio socioeducativo especializado, integrado en el sistema (RED) de atención a la infancia y la familia de su correspondiente distrito, evitando considerar dicho servicio como la respuesta última y de ruptura con el entorno sociofamiliar; d)cooperación, complementariedad y corresponsabilidad, como estrategias de intervención. La acción profesional no es suficiente si es monosectorial; ningún profesional, por capacitado que esté, puede resolver por si solo la complejidad que plantea hoy en día la protección de la infancia.; e) interdisciplinariedad, entendida como el trabajo en equipo que integra los distintos discursos de los diferentes profesionales de la red, desde la autonomía de cada uno de ellos, basada en su saber específico y en beneficio de la eficacia y coherencia de la intervención; f) criterios, metodología y lenguaje común consensuado.

8. Beneficios de la práctica del P.U.I.

La práctica del P.U.I.. aporta diversos beneficios para el niño y adolescente, la familia y los profesionales que revierten en el logro de la finalidad de la intervención. 1/ Para el niño/a y adolescente :justifica y da sentido a su estancia en la Residencia; evidencia que el educador no es el sustituto parental; entendido como mediación socioeducativa, introduce "un tercero" que regula la relación.

Para los padres, da sentido a la medida de protección y al ingreso en la Residencia; evita la confusión en los padres al establecer los referentes de la intervención; garantiza la coherencia de los mensajes que reciben desde los distintos equipos y servicios; mejora la calidad de atención hacia los padres; incrementa la eficacia de la intervención.

Para el Equipo Interdisciplinar :Se consigue una visión globalizada del caso, enriqueciéndose su comprensión; se evita la manipulación de los Servicios y Equipos por parte de los padres; se posibilita la acción consensuada; se evita el solapamiento y dispersión de las acciones; hay un mayor sentimiento de eficacia personal; significación como espacio de apoyo y aprendizaje; rebaja el nivel de ansiedad y ofrece mayor seguridad.

9. El Proyecto Único de Intervención como regulador de las relaciones: equipo interdisciplinar-familia.

La práctica del P.U.I. exige cambios en las prácticas socioeducativas, tales como:

a) preguntarse por la finalidad de la medida de protección; b) cuestionar los procedimientos de preguntarse por el trabajo previo realizado con la familia y cómo se le informa de la medida de protección para sus hijos; d) preguntarse por la manera cómo el director del proyecto de acogimiento residencial comunica al equipo educativo el nuevo proyecto y la manera cómo se asigna educador referencial de dicho proyecto; e) preparar a grupo de chicos / as para la nueva acogida (anticipación); f) preguntare cómo vamos a organizarnos para observar a la familia; g) trabajar el proceso de adhesión de la familia al proyecto. (periodo de observación); h) investigar sobre los aspectos de la asunción de la parentalidad; i) formular hipótesis de trabajo; j) revisar el diagnostico vincular del caso; k) revisar el pronóstico de recuperabilidad de las responsabilidades parentales; l) emitir un juicio lo más ajustado posible

10. Articulación del Proyecto Único de Intervención

La metodología de trabajo definida por el P.U.I. en el contexto del acogimiento residencial, impacta directamente sobre distintas realidades (educativas, administrativas, políticas) con una clara función de cuestionamiento permanente del Sistema de Protección Infantil. Estas realidades son:

10.1. Sistema de Protección Infantil del territorio /distrito, potenciando su identidad y desarrollo mediante la coordinación interinstitucional, el fomento de la participación, sensibilización y formación de los profesionales, la promoción de los derechos de la ciudadanía, la activación de la prevención, la detección precoz de la dificultad social y el desarrollo de protocolos de intervención.

10.2. Concepto de acogimiento residencial, con el objetivo de revisarlo, en evitación del desarraigo y despersonalización del menor, tomando como marco referencial los Principios básicos recogidos en las Leyes y Normativas existentes y con la puesta en marcha y desarrollo de Planes de Acción que basan su desarrollo en un modelo de atención social a la infancia y adolescencia, apoyado por parámetros como: descentralización, diversificación y coordinación de los servicios y recursos; optimización de las respuestas a las distintas necesidades detectadas y la normalización en la utilización regular de los servicios y recursos públicos por el conjunto de los ciudadanos.

10.3. Estilo de trabajo en el contexto del acogimiento residencial, provocando su redefinición, mediante la concreción de la finalidad de la medida de protección, la actuación inmediata cuando se detecta un problema en el entorno sociofamiliar (prevención secundaria) asumiendo -por los equipos y servicios correspondientes- la intervención inmediata, así como el reconocimiento de los procesos necesarios: evaluación inicial (diagnostico y pronóstico), diseños de intervención, seguimiento y evaluación.

10.4. Práctica de la toma de decisiones consensuada, logrando su incorporación en el contexto de la interdisciplinariedad y corresponsabilidad, configurando espacios de confrontación entre los distintos discursos profesionales para poder definirlos; estableciendo criterios respecto al grado de aceptación del proyecto de trabajo por parte de la familia y la capacidad del entorno (profesional) para asumir dicho proyecto; formulando entre los profesionales la necesidad del debate /consenso, buscando el mínimo acuerdo posible en una construcción progresiva para evitar la aceptación pasiva del proyecto de trabajo y poder modificar el clima de trabajo creando un lugar de reconocimiento recíproco entre los profesionales para hacer posible la corresponsabilidad. Todo esto, materializando lugares para el intercambio, para la circulación de la información, creando una historia común que les vincule y aceptando la complejidad de la realidad (no hay posibilidad de un consenso total)

10.5. Trayectos del Proyecto, impulsando el reconocimiento de los procesos para que la familia pueda alcanzar una mejor comprensión de su realidad (capacidades y vulnerabilidades) con el objeto de que vaya haciéndose cada vez un poco más competente. El reconocimiento de los trayectos da significado a la necesidad de la acción y favorece la intervención inmediata sobre los distanciamientos posibilitando controlar a tiempo sus efectos obturadores y, al mismo tiempo, permite tolerar las improvisaciones frente a la tiranía del proyecto y apropiarse de sus posibles efectos positivos.

10.6. Prácticas del educador / a, buscando su adecuación a la formulación de las necesidades de la familia, mediante la incorporación de dinámicas de cambio en los planteamientos del trabajo socioeducativo, concretando los encuadres del trabajo: a)Encuadre psicoeducativo, que orienta la

práctica hacia la relación educativa; b) Encuadre sociocomunitario, que la orienta hacia el exterior y exige la conexión con la Red Comunitaria.

10.7. Servicio de acogimiento residencial en el entorno, garantizando su integración en el entorno político, social, educativo,... Se da en el entorno un espacio físico ocupado por la institución de protección a la infancia y adolescencia, que no pasa inadvertido entre los vecinos, los profesionales, los políticos,... Además, la institución de protección forma parte del ecosistema, articulándose con los distintos sistemas y subsistemas¹. La consideración del factor de integración del servicio de acogimiento residencial en el entorno, se relaciona con la idea de organizador institucional, al abrir la posibilidad de hacer estallar la institución (abordaje de la endogamia institucional) para facilitar el juego de intercambios dentro - fuera. Desde esta perspectiva, hay que preguntarse por el lugar que ocupa la institución en referencia a los distintos niveles de la prevención, así como por los límites del proyecto socioeducativo.

10.8. Acción socioeducativa residencial (A.S.R.) que se incardina en el subsistema de la acción educativa general, junto a otros: Educación, Salud, Servicios Sociales, Ocio y Tiempo Libre, Justicia y está en interacción estrecha con los demás sistemas que concurren en el desarrollo del ser humano y de su entorno. Se desarrolla en un medio educativo especializado (protección social a la infancia y adolescencia), que gravita en torno a un eje central formado por: los sujetos y los agentes de la educación (padres y educadores profesionales), en un espacio definido por el Proyecto Socio Educativo (objetivos, medios para la relación y sistema de evaluación)

10.9. Implicación de la Familia, optimizando los mecanismos para su activación. Por lo general, la estructura familiar en estos casos, se caracteriza por tensiones que superan el umbral de tolerancia de sus miembros, siendo situaciones prolongadas excesivamente en el tiempo (familias transgeneracionales). Como sistema, la familia ha tenido, en un momento de su historia, necesidad de mantener los comportamientos problemáticos de uno o varios de sus miembros para mantener cierto equilibrio (precario). Desde el punto de vista sistémico, el comportamiento desviado sería, de alguna manera, necesario para el equilibrio del sistema familiar. Pero, a fuerza de permanecer el problema en la familia, el niño /adolescente acaba por tener problemas.

Si los Educadores favorecen las interacciones apropiadas en la familia (entre los padres y el chico /a o entre el chico /a y sus padres) a semejanza de las que los propios Educadores establecen en los lugares de intervención, la acción educativa tendría más oportunidades de ser eficaz para la consecución de sus objetivos

11. Estrategias para la activación de la implicación de los padres en el proyecto. No se puede sustituir a los Padres y menos en: a) obturar el sentimiento de pertenencia a la familia; b) negar la continuidad de la actuación paterna /materna; c) impedir la permanencia del cuidado y vinculación paterno-filial; d) No podemos competir con los Padres; somos profesionales y nuestro lugar es otro distinto al de ser-padres (Contexto de Colaboración Educadores<---->Padres en el acompañamiento del chico /a). De igual manera, se debe garantizar el reconocimiento de la dignidad a través del favorecimiento de la actuación de los Padres-Hijos, en el contexto de Colaboración.

Debe esperarse que los Padres se conviertan en miembros cada vez más presentes y activos en la vida de sus hijos, recuperando para ellos los espacios de la relación, más allá de la información Educador-Padres-Chico /a. Se puede preguntar a los Padres... ¿e cuánto tiempo disponen a la semana para hacer cosas con su hijo? ¿Qué cosas podrían hacer con sus hijos? ¿Qué cosas podrían enseñar a hacer a sus hijos? ¿Qué cosas se les da hacer bien?; ¿Para qué podríamos contar con ustedes?;... Todo esto con la conveniente precaución y tomando en cuenta la situación personal (salud mental, modos de interacción,...) de los padres, para evitar posibles situaciones de tensión y conflicto.

12. Ventajas de la implicación de la Familia. a) Permite la observación /evaluación de la interacción padres \leftrightarrow hijos; b) Se facilita la coordinación de esfuerzos dentro de una misma institución; c) Aumenta la probabilidad de la reunificación familiar; d) Se reducen

los sentimientos de abandono en el niño /a.

13. Algunas dificultades para el desarrollo de la implicación de los padres. a) Puede sentirse alterada la organización y funcionamiento de la Residencia con la presencia de los padres. Por este motivo, debe pensarse en individualizar y dosificar su actuación; b) la introducción de esta tarea en la dinámica del trabajo del educador puede suponer complejizar la intervención educativa. Para evitarlo, se debe pensar en: 1/priorizar las prácticas (¿dónde ponemos el peso de la intervención?); 2/ formación del Educador en trabajo con familia;3/apoyo profesional externo (supervisión)

Los padres pueden sentir culpa, vergüenza o ira con relación a las circunstancias que hayan motivado la medida. Esta evidencia puede traer como respuesta por parte de los padres agresividad hacia la institución: a) violentando la acción educativa; b) mostrando actitudes abandonicas hacia sus hijos. Puede ocurrir que los Padres eludan el nivel de implicación -consensuado y negociado- necesario. Para ello, desde el inicio debe plantearse a los padres lo que esperamos con relación a su implicación ya que la medida tomada debe entenderse como complementaria y no sustitutiva de sus responsabilidades. El trabajo del educador con la Familia no debe circunscribirse a la "educación familiar" tomando como contenido la comprensión del caso (argumentación desde lo cognitivo). Se trata de establecer un Contexto de Colaboración a través del cual los Padres puedan enriquecer la calidad de la interacción con su hijo /a, poniéndose en situación Educador ↔ Padres con relación al acompañamiento educativo del chico /a. La actitud del educador ante los Padres puede ser contradictoria: por una parte, el Educador se identifica con el chico /a y culpabiliza a los Padres; por otra, se identifica con los Padres adoptando el punto de vista que tienen sobre el chico. ¿Qué puede hacer el educador? Debe poder tomar en cuenta este riesgo para poder maniobrar adecuadamente sus propias percepciones. Y, además, debe poder evitar la identificación para situarse en el plano de la empatía: mirar al otro con sus propios ojos.

14. Construcción, seguimiento y evaluación del Proyecto Socioeducativo Familiar.

La concreción del Proyecto Único de Intervención supone la existencia de varios procesos que permitan su construcción, seguimiento y evaluación.:

14.1. Establecimiento del diagnóstico del caso. Para ello, el Equipo tratará de: revisar conjunta /interdisciplinariamente las intervenciones realizadas por los diferentes equipo y servicios hasta ese momento; definir claramente los motivos de la medida; definir qué tipo de condiciones (personales, de salud, laborales, de vivienda, psicológicas,...) tendría que lograr la familia; Analizar las posibilidades de implicación afectiva de los padres; definir las posibilidades de responsabilización y colaboración de los padres: capacidad mental, presencia física, compatibilidad horaria, asunción de gastos,...establecer el grado de confianza de los padres respecto al Equipo; concretar las posibilidades de intervención que el Equipo considera: plazos, recursos necesarios, prioridades, disponibilidad de los padres, disponibilidad de los profesionales,...;establecer las condiciones posibles y suficientes que garantice la adecuada reunificación familiar; orientar los cambios /ajustes mínimos necesarios en la Familia.

También hay que tener en cuenta al niño y al adolescente en esta fase: Visión que tiene el chico /a sobre los motivos de la medida de protección; revisar su historia personal: cuidados y daños; relaciones con los hermanos; modelos de identificación social;...;concretar los apoyos familiares con los que cuenta dentro o fuera de los padres; analizar sus expectativas de futuro: personales, familiares, formativas, trabajo,...; valorar la capacidad para expresarse sobre las personas y los propios pensamientos, sentimientos,...;valorar el grado de autoconocimiento: ¿qué sabe el chico /a sobre sí mismo?; concretar cuál su disposición de esfuerzo respecto a la motivación ; grado de confianza en el Educador /Equipo

14.2. Establecimiento del pronóstico de recuperabilidad familiar

Este pronóstico debe reflejar la síntesis de la situación detectada, destacando los aspectos

problemáticos que afectan a los hijos /as así como las condiciones de recuperabilidad del núcleo familiar. El pronóstico se ha de basar por tanto en los factores de riesgo y protección detectados: el contexto de colaboración en el intento de ajuste /cambio, tanto de la familia como de su entorno; el grado de conciencia de la situación por parte de los afectados; las actitudes y aptitudes en los miembros significados del grupo familiar; el ciclo vital familiar y las relaciones entre los padres y sus hijos; los recursos de apoyo a la familia disponibles.

Es necesario igualmente considerar el nivel de recuperabilidad familiar; es decir, las posibilidades /capacidades que tiene el núcleo familiar para superar las situaciones que dieron origen a la medida de protección de los hijos

14.3 Emitir un juicio ajustado sobre: a) posible evolución familiar; b) posible evolución del chico /a; c) posible evolución de la reasunción de la parentalidad; d) posible temporalidad de la intervención; e) posible prioridad de la intervención.

A partir de este momento, el Equipo Interdisciplinar está en condiciones de poder laborar el PROYECTO SOCIOEDUCATIVO FAMILIAR en el que se definan: 1/FINALIDAD DE LA MEDIDA DE PROTECCIÓN ; 2/ OBJETIVOS: (en relación con el chico /a; en relación con los padres (parentalidad); 3/ ACCIONES (¿Qué se va a hacer con relación al chico y sus padres? en qué plazo; Quién lo va a hacer ¿(concreción de tareas /responsabilidades)? 4/ EVALUACIÓN (Criterios consensuados por el Equipo Interdisciplinar que la define; Fechas de revisión interdisciplinar /evaluación interdisciplinar /reformulación interdisciplinar del Proyecto.

15. Seguimiento y evaluación del Proyecto.

ENTRADAS (Familia)→ PROCESOS (Observación de la familia; observación del chico/a; observación de la interacción)→ PRODUCTOS (Evolución de la reasunción de la parentalidad; evolución del crecimiento personal y social del chico/a) → SALIDAS (Contraste entre la evaluación inicial y el momento actual: cambios en relación con los motivos de la medida de protección; razones para el posible cambio de medida; modificaciones en las condiciones para la reunificación familiar. Análisis de las interacciones: nivel de concienciación parental; situaciones de conflicto; calidad de la implicación de los padres en el Proyecto; responsabilización y colaboración parental;...)→IMPACTO (En los padres y en el chico/a)→ RESULTADOS (¿Incremento de la calidad de la parentalización?)

4.-PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES RESPECTO A LA MEDIDA DE PROTECCIÓN EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

DETECCIÓN DE DIFICULTAD SOCIAL (RIESGO O DESAMPARO) POR PARTE DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS (SERVICIOS SOCIALES, SALUD, EDUCACIÓN, INICIATIVA SOCIAL, OTROS.)



RECOGIDA INFORMACIÓN Y PRIMERA VALORACIÓN EN SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES(GENERALES Y/O ESPECIALIZADOS).
CONFIRMACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN.



EVALUACIÓN DEL CASO (REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN Y VALORACIÓN) EN LA COMISIÓN DE APOYO FAMILIAR EN REUNIÓN (MENSUAL) CON TÉCNICO DE C.T.M., DIRECTOR R.I.D. Y RECURSOS IMPLICADOS.



ACUERDO EN LACOMISIÓN DE APOYO FAMILIAR PARA PROPONER UNA MEDIDA DE PROTECCIÓN CONCRETANDO: FINALIDAD DE LA INTERVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO(EXPLICITANDO RECUPERABILIDAD O NO DE LA FAMILIA), PROPUESTA DEL RECURSO RESIDENCIAL MÁS ADECUADO EN FUNCIÓN DE LA FINALIDAD(REUNIFICACIÓN FAMILIAR, LARGO INTERNAMIENTO, DESARROLLO DE VIDA INDEPENDIENTE, TRATAMIENTO ESPECÍFICO, ETC.)



CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS..



ELEVACIÓN AL PLENO DE C.T.M. DE LA PROPUESTA CORRESPONDIENTE.



ADMISIÓN Y PRIMERA ACOGIDA EN EL RECURSO RESIDENCIAL.



REALIZACIÓN EN LA COMISIÓN DE APOYO FAMILIAR DEL PROYECTO ÚNICO DE INTERVENCIÓN: QUE RECOGE EL PLAN DEL CASO CON LAS ORIENTACIONES DE LA C.T.M.,
OBJETIVOS, ESTRATEGIAS, TAREAS Y EVALUACIÓN.



REMISIÓN A C.T.M. DEL INFORME INICIAL DESDE LA RESIDENCIAL MES Y MEDIO DEL INGRESO.



ELABORACIÓN Y DESARROLLO DEL PROYECTO INDIVIDUAL A LOS 3 MESES DEL INGRESO.



REMISIÓN A C.T.M. DE LOS INFORMES DE SEGUIMIENTO CADA 6 MESES



REMISIÓN DE LA EVALUACIÓN FINAL CON PROPUESTA DE SALIDA DE LA RESIDENCIA A C.T.M. O A.C.C. CONSENSUADO EN LA COMISIÓN DE APOYO FAMILIAR.



CESE DE LA MEDIDA DE PROTECCIÓN O CAMBIO DE RECURSO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL CON ESPECIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO Y APOYOS NECESARIOS.



FIN DE LA INTERVENCIÓN POR PARTE DEL I.M.M.F.

La atención residencial es una realidad pluriforme. No existe un programa de atención residencial valido para todos los niños y adolescentes.

El reto esta en asociar las necesidades del niño con el programa que puede responder mejor a las mismas.

5.- A MODO DE CONCLUSIONES Y PROPUESTAS. NUEVO PAPEL Y PERSPECTIVAS PARA LAS INSTITUCIONES DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL DE MENORES PROTEGIDOS.

El recurso residencial utilizado dentro del Sistema de Protección de menores, esta atravesando en la actualidad por una importante crisis.

Todavía se sigue utilizando como el último” recurso posible”, cuando ya han fallado otras intervenciones y cuando ya no es viable hacer casi nada. Desde esa perspectiva, el recurso residencial no puede solucionar el problema de desprotección y responder a las necesidades de niños/as y adolescentes.

El Sistema de protección a la Infancia, es actualmente un complejo entramado legal e institucional.

Todavía quedan sombras, falsas expectativas, distorsiones:

- ■ La institución nunca se puede enmarcar como la solución a los problemas de desprotección infantil en sí misma.
- ■ La institución no puede seguirse empleando como el último recurso, cuando todo lo demás ha fallado.
- ■ El maltrato institucional, no deseado por nadie, puede traer

nuevos problemas y más graves a las instituciones de desprotección.

- ■ La institución debe estar inmersa en la red local de atención a menores y familias con dificultades y puede operar como recurso preventivo, en evitación de males mayores.
- ■ Hay que seguir avanzando en el trabajo preventivo, en la atención temprana, en la implicación de la ciudadanía en el abordaje de estos temas.
- ■ El microsistema de acogimiento residencial de menores no puede estar aislado de los otros sistemas presentes en la red. Depende de ellos, está inmerso en ellos, participa de ellos, es influido por ellos e influye en ellos.
- ■ Es hora de dejar de ser “el patito feo” o “la cenicienta” del Sistema de protección infantil. Los recursos residenciales están inmersos en el S.P.I., forman parte de él, aunque a veces tengan que asumir las situaciones familiares e individuales más complejas o conflictivas. La Residencia Infantil debe participar en el proceso de toma de decisiones previo al ingreso en el centro; en el seguimiento y en la propuesta de salida.
- ■ Se debe seguir avanzando en la diversificación de los recursos residenciales en función de las necesidades concretas de la población. No todos valen para todos. Se debe trabajar en función del fin de las intervenciones: de reunificación familiar, de preparación para la vida independiente, de recuperación terapéutica, necesidades específicas, etc. Por ello hay que realizar un gran esfuerzo por realizar un adecuado pronóstico y plan de cada caso. Y en función a ello, planificar los recursos residenciales.

- ■ Hay que seguir avanzando en la territorialización de los recursos residenciales. Es un derecho de cada niño con necesidad de protección, el acceder en su entorno social más próximo. Que las soluciones se acerquen a los problemas. Que encima de ser maltratado o negligentemente cuidado, no tenga que abandonar necesariamente su escuela, sus amigos, sus vecinos, su ocio normalizado,...
- ■ El principal motivo de salida de los chicos, chicas y adolescentes del recurso residencial, es la reincorporación familiar, con una diferencia muy significativa. El trabajo de la familia es inexcusable, es imprescindible. El sujeto de la intervención tiene que ser necesariamente la familia (incluido el menor en ella y no segregado de ella). Para la recuperación de sus competencias y el desarrollo de la capacidad del cuidado de sus hijos/as.

LA EVOLUCION DEL VINCULO DE MENORES ACOGIDOS CON SU FAMILIA NATURAL : EL PAPEL DE LAS VISITAS SUPERVISADAS

Comunicación para el VI Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada, viernes 26 de Abril del 2002, presentada por Javier Jesús Mugica Flores, psicólogo y colaborador del Equipo de Promoción del Acogimiento Familiar, del Servicio de Infancia de la Diputación Foral de Bizkaia gestionado por Agintzari, S.Coop. de Iniciativa Social

Contenidos de la comunicación

Con esta comunicación queremos presentar uno de los recursos de intervención del Equipo de Promoción del Acogimiento Familiar (EPAF)*. Nos estamos refiriendo a las visitas supervisadas, un instrumento que se ha revelado como una buena práctica, exportable a otras medidas de protección que impliquen la separación del niño de su entorno familiar.

Se trata de visitas de la familia biológica al niño acogido con presencia de profesionales que regulan el encuentro y las actuaciones entre las partes. Son además un instrumento de reevaluación e intervención familiar y un espacio de cambio para las relaciones entre la familia de origen y el niño en situación de acogimiento.

En este sentido, son un lugar de encuentro entre el niño acogido y sus familiares con la garantía de interposición por parte de los técnicos en aquellas

* Ver Presentación del EPAF en la Comunicación titulada "Reconstruyendo la identidad de los menores en acogimiento familiar: la utilización de cuentos"

situaciones que puedan suponer un riesgo emocional para los niños. Cuando hablamos de interposición, no lo situamos en sucesos de agresiones hacia los niños, raptos u otras formas de violencia, que prácticamente no hemos conocido. Hablamos mas bien, de interacciones que crean confusión, promesas imposibles de cumplir, mentiras piadosas, discusiones, encargos inadecuados... elementos que asustan, preocupan o desestabilizan al niño y al sistema familiar de acogida.

Las visitas supervisadas se realizan, tanto en las salas de atención de que dispone el servicio, como en espacios de medio abierto como parques, cafeterías como en el domicilio familiar u otros espacios.

Hemos estructurado esta comunicación con los siguientes contenidos:

- Principios de actuación que sustentan la técnica que presentamos
- Definición de la visita supervisada
- Metodología: objetivos, requisitos, normas
- Actividades realizadas durante la visita
- Estructura de las visitas
- Resultados observados

Principios de actuación en las visitas supervisadas de los niños acogidos

El niño acogido en familia ajena pertenece a dos mundos muy distintos entre sí que debe integrar con coherencia a pesar de sus discrepancias. Las visitas permiten una elaboración de las diferencias significativas entre ambas realidades permitiendo que puedan complementarse. El niño acogido necesita a sus familiares, se siente vinculado a ellos aunque lleve años separado, viviendo en centros o en una familia de acogida.

La relación del niño con los suyos es vital para su autoestima y su identidad personal. Parte importante de las vivencias del niño y de su historia radica en su familia. Ciertamente, han protagonizado sucesos nefastos, pero también momentos dichosos que pueden ser rescatados y reutilizados.

El niño acogido debe preservar y mejorar el vínculo con los suyos para la esperable reunificación familiar incluso en condiciones adversas. Solemos decir que los niños acogidos son como plantas que tienen dos macetas: en una de ellas, las raíces son profundas y aunque la tierra es pobre permiten sobrevivir a la planta. En la otra maceta, la tierra es muy rica pero las raíces son muy pequeñas y necesitan años y años para crecer y poder nutrir bien a la planta. Si se cortan las raíces profundas, aunque en tierra pobre, es muy probable que la planta no pueda sobrevivir o le cueste lo indecible aferrarse de nuevo. La planta necesita los dos tiestos y los dos tipos de raíces, porque se complementan y son necesarias para crecer.

Desde el punto de vista de la reunificación familiar, entendemos que esta no sólo se produce en el plano convivencial, sino también en el relacional. Si el retorno es imposible, al menos deberemos facilitar el reencuentro emocional y facilitar contactos reparatorios para el niño y la familia de forma que su emancipación sea más fácil.

Citando una máxima de unos compañeros alemanes, estamos básicamente de acuerdo con la idea de que “Los niños acogidos no quieren unos papás nuevos, quieren que los suyos sean de otra manera”. Las visitas supervisadas ayudan a esta transformación e inciden positivamente en la vinculación de los niños con sus acogedores. Posibilitan que durante el espacio de tiempo creado

específicamente para ello, padres e hijos, que han mantenido unas relaciones pobres, tengan encuentros gratificantes.

En este sentido, las visitas supervisadas son un espacio reparador de las relaciones. Permiten la comunicación, expresión y comprensión de ciertas situaciones vitales dolorosas de formas alternativas y desde la perspectiva de protección del niño. Posibilita encuentros gratamente distintos para el niño. Se apoya en directo a la familia biológica para que esta trate al niño de otra manera y en esta situación ambas partes se benefician.

Objetivos de las visitas supervisadas

Los objetivos de una visita supervisada con niños separados de su entorno familiar y con medida de acogimiento en familia ajena son:

1. Proteger al niño física y emocionalmente de los tratos inadecuados por parte de sus familiares.
2. Facilitar una mejora significativa de las relaciones y del trato entre la familia y el niño, apoyando a ambas partes.
3. Favorecer la colaboración de la familia en beneficio del niño.
4. Ofrecer modelos de interacción sanos y funcionales tanto al niño como a sus familiares. Evitar confrontaciones entre la familia de acogida y la familia del niño.

La visita supervisada se establece por prescripción de los técnicos del Servicio de Infancia o por mandato judicial. Este tipo de intervención resulta idónea en aquellas situaciones en las que:

- La familia de origen interactúa de forma pobre, pasiva o no interactúa apenas con su hijo y se limita a darle chucherías y regalos, o simplemente ni eso.
- La familia natural no colabora, ni acata los límites y las normas establecidas para el acogimiento familiar y hace intentos de saltarse dichos límites y normas.
- La familia natural hace amenazas serias, reacciona agresiva y virulentamente y mantiene una resistencia activa ante la medida de acogimiento familiar.
- Emite mensajes conflictivos, contrarios al acogimiento familiar y a los acogedores en presencia del niño acogido.
- La familia genera conflicto de lealtades divididas en su hijo mediante comportamientos activos, acusándole de traidor, desleal, o amenazándole con la retirada de su cariño.

Para hacer uso de las visitas supervisadas los familiares deben también acatar unas normas mínimas de comportamiento, de seguridad para todos y de relación y trato hacia los técnicos, los niños y los acogedores.

Normas de comportamiento solicitadas a la familia del niño

Las normas de comportamiento mínimo a las que nos referíamos antes y que sirven para generar un clima positivo de encuentro y modificar las relaciones entre el niño y sus familiares son las siguientes:

- No inmiscuirse en la vida y en el espacio de los acogedores. Dos familias, dos sistemas de vida distintos que no deben mezclarse.

- No permitir que los acogedores se entrometan en su vida y viceversa.
- No hablar mal de los acogedores ni de los profesionales y técnicos de apoyo delante del hijo.
- No transmitir quejas y demandas a los hijos. Estos no pueden nunca resolverlas. Los niños no tienen capacidad para resolver sus asuntos y además no son responsables de haber sido puestos en acogimiento.
- No generar conflictos de lealtad en sus hijos mandando mensajes de competitividad afectiva, exclusividad de trato, amenazas de retirada del cariño o alternativas del tipo “conmigo o contra mi”.
- Interesarse por las cosas de los niños en su presencia y nunca por la vida de los acogedores, sus cosas, sus formas de vida.
- No protagonizar comportamientos que asusten a sus hijos, ni transmitir mensajes inquietantes, amenazas,... Venir descansados, sin haber tomado drogas,...

Aunque al principio les cuesta entenderlo, les aconsejamos no abrumar a los niños con golosinas, regalos, juguetes. Les explicamos que cuantos más objetos interpongan entre ellos y sus hijos, más se despistan los niños y menos caso les van a hacer a su familia. Cuando hay muchas cosas por medio, los niños no prestan atención a sus padres y lo mas importante de la visita para el niño son su madre y su padre, no las golosinas.

Actividades realizadas durante la visita con la familia y el niño acogido

Los profesionales que asistimos a las visitas supervisadas estamos totalmente activos durante dicha visita y nuestra actividad básicamente consiste en:

- Observación de las interacciones entre familia y niño para promover una reevaluación de la situación y de las estrategias de intervención futuras.
- Contención emocional de la familia del niño: recepción de sus quejas, repetición de mensajes de autoridad, de ánimo, escucha activa, búsqueda de consensos...
- Modificación de patrones de relación inadecuados y estímulo de conductas alternativas, generación de expectativas realistas, mensajes positivos, redefiniciones de temas connotadas positivamente,...
- Ruptura de las estrategias de parentalización de sus hijos, recreación de límites y jerarquías dentro del espacio y tiempo de la visita. Los padres hacen funciones de padres y los hijos funciones de hijos, nunca permitimos que se traspasen estos límites de jerarquía familiar. Para ello confirmamos la autoridad de los padres frente a sus hijos.
- Se promueve el máximo disfrute posible del momento, programando actividades que les dejen buen sabor de boca: celebración de cumpleaños, juegos, visionado de fotos, paseos al parque, visitas al domicilio familiar y entorno de procedencia,...
- Se da una protección ante el posible trato inadecuado de sus familiares especialmente en el ámbito de los mensajes y comunicaciones. Les avisamos de que si fuera necesario podemos promover el fin de la visita.
- Apoyamos al niño para que pida explicaciones y haga preguntas a su familia sobre las cosas que le preocupan, su biografía y la historia de los propios padres.
- Asesoramos a los padres sobre objetos y regalos que pueden traer a sus hijos (solemos pedirles que les regalen fotos de ellos y de la familia).

Estructura de las visitas supervisadas

Las visitas supervisadas tienen una estructura adecuada al tipo de apoyo, ayuda y control que queremos promover. Constan de dos partes :

- 1ª parte : A solas con la familia
- 2ª parte : Con la familia y el niño

En la primera parte de la visita estamos con los familiares del niño para hacer una contención emocional de sus problemas, sentimientos y dificultades concretas. Generalmente suelen traer problemas de todo tipo que procuramos encauzar asesorándoles sobre dónde acudir y como.

Suelen traer quejas contra instituciones, profesionales, contra nuestros procedimientos, problemas familiares y personales de todo tipo. Oímos sus quejas y procuramos que se descarguen y desahoguen de las tensiones emocionales, proporcionando orientación y asesoramiento en aquellas cuestiones que lo requieran. Les pedimos que de estas cosas no hablen a los niños para que no se vayan agobiados.

Les informamos también de la situación del niño en su ambiente de acogida familiar. Les sugerimos frases para que se las digan a sus hijos y les animen a portarse bien, ser buenos, estudiar, portarse mejor,...

Y finalmente, preparamos las actividades para la visita del día: Dónde vamos, qué hacemos, qué preparativos hacen falta, reparto de tareas,... rituales que hay que implementar,...

Durante la segunda parte de la visita se escenifican y se ponen en práctica las actividades preparadas y se desarrolla propiamente la visita.

Resultados obtenidos

Algunos de los resultados que hemos constatado en las visitas, son los siguientes:

- Mejora de las relaciones entre el niño y la familia: los padres se hacen más competentes, comprenden y aceptan la medida del acogimiento familiar.
- El niño puede relacionarse más tranquilo con los acogedores cuando ven que estos no rechazan a sus padres y que incluso entre ellos hay unas relaciones cordiales.
- Mejora de las relaciones entre la familia y los técnicos de apoyo. Las familias inician un progresivo proceso de colaboración con los técnicos.
- Sorpresivamente, estas visitas son un espacio privilegiado de intervención psicosocial que partiendo de lo coercitivo va paulatinamente hacia un proceso de cooperación y progreso en las relaciones.

ABUSO SEXUAL INFANTIL:

MANUAL PARA LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES

Save the Children es una alianza internacional de organizaciones no gubernamentales que trabaja en la promoción y defensa de los derechos de los niños y niñas. Nuestro marco de referencia es la Convención de Naciones Unidas de 1989 sobre los Derechos del Niño. Por lo tanto, prevenir toda forma de violencia contra los niños y niñas es una de las obligaciones prioritarias de nuestro trabajo. El **Programa de Sensibilización y Prevención del Abuso Sexual Infantil** que la organización viene desarrollando desde el año 1997 es la respuesta a una necesidad social detectada. Es un programa de prevención primaria y como tal, su objetivo es garantizar la sensibilización y formación de los agentes sociales implicados en el tema.

A lo largo de las actividades desarrolladas en el marco del programa, tanto en el ámbito nacional como europeo, Save the Children ha detectado una serie de **necesidades y carencias** en el tema del abuso sexual infantil en nuestro país:

- La escasa formación de profesionales generalistas. Se hace necesaria una mayor preparación de estos profesionales, de manera que se garantice una detección eficaz, una prevención real del abuso sexual infantil y la sensibilización social suficiente para provocar una respuesta unánime y contundente a favor de los derechos del niño víctima del abuso sexual, tanto si es sujeto activo (agresor) como sujeto pasivo (víctima) de éste.

- La falta de espacios de intercambio profesional y el escaso trabajo interdisciplinar.
- La dificultad de acceso a la información especializada.
- La confusión respecto a los procesos de denuncia.
- La escasa implicación de las instituciones, especialmente en dar continuidad a los programas de prevención y tratamiento y en el tema de los agresores sexuales.

Save the Children tuvo siempre claro que para lograr sus objetivos era necesario cubrir las deficiencias apuntadas. Cuando se planteó cómo hacerlo, entendió que la intervención más eficaz sería la de constituirse como **intermediaria entre los profesionales expertos en el campo**, que poseen más conocimiento y experiencia sobre el tema, **y los profesionales generalistas**, que muchas veces desconocen el trabajo realizado por los expertos y carecen de herramientas de actuación, pero son los que se enfrentan a la realidad del menor, día a día, los que realmente pueden actuar, aplicando todos los conocimientos de los expertos. El papel mediador de Save the Children entre estas dos poblaciones suponía generar un trabajo en red de carácter interdisciplinar, tanto en el ámbito estatal como europeo, generando materiales que posibilitaran el acceso a la información especializada de los profesionales de campo. Además, se planteaba la necesidad de unificar algunos conceptos legales, médicos y psicológicos relativos al abuso sexual infantil.

El material “**Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales**” tiene como objetivo proporcionar a los profesionales de campo, especialmente del ámbito educativo, social, policial y médico, recursos y conocimientos suficientes para poder **prevenir, detectar y actuar** ante un caso de abuso sexual infantil. Se ha intentado que los contenidos sean a un tiempo fáciles de comprender para profesionales ajenos al tema, pero suficientes para permitirles actuar ante él. Por ello, se ha dado relevancia a la **dimensión práctica** del contenido. En todo momento, se ha abordado no el procedimiento que debería haber, sino el que hay, denunciando sus carencias y virtudes. Cada uno de los apartados contienen además una serie de **recomendaciones** que pretenden reflejar las condiciones que Save the Children y los profesionales implicados en el trabajo consideran necesarias para un correcto abordaje del problema y demandan el compromiso necesario por parte de la sociedad, las instituciones y los profesionales con el mismo.

El manual ha sido elaborado por un conjunto de profesionales expertos en el tema del abuso sexual infantil de diferentes equipos profesionales de toda España, **coordinado** por Pepa Horno Goicoechea, Ana Santos Nández y Carmen del Molino Alonso. Los profesionales implicados en el grupo de trabajo fueron: Julio Albarrán, José Manuel Alonso Varea, M^a José Beneyto, M^a del Mar Burbano, Amaia del Campo, Eva Carbajo, Miguel Angel Cueto, Esperanza Casals, Equipo de la Mujer y el Menor de la Guarda Civil de Valencia (Pablo Pizarro y Lola Moriche), Cristina Guerricaechevarría, Victoria Noguerol, María

Pérez Conchillo, Josep Rodríguez Roca, Javier Soriano y Asunción Val. Es la primera vez que estos profesionales participan en un proyecto común sobre este tema, de **carácter interdisciplinar** puesto que los profesionales involucrados provienen de distintos campos de trabajo (evaluación, prevención, tratamiento, policíal, judicial o sanidad, entre otros) y como tal, la **autoría** de este material de formación resulta única, puesto que la riqueza que aporta un **trabajo consensuado** por parte profesionales de reconocido prestigio y conocimiento en el campo es enorme. Este consenso fue la base de la metodología seguida a la hora de elaborarlo.

Las limitaciones de este manual vienen dadas por la población a la que va dirigido, puesto que no es éste un Manual para expertos en el tema sino para los profesionales que careciendo de una formación específica sobre el abuso sexual infantil se enfrentan a él a diario y por otro lado, de la formación y experiencia de los profesionales implicados, que aunque es múltiple y amplia, configura un modo de actuación determinado y asumido de manera consciente por los autores.

La estructura del material presenta el **contenido** dividido en siete apartados:

- **Introducción**, en la que se explica el origen del proyecto y el modo en que se ha desarrollado.
- **Definición de abuso sexual infantil**, donde se abordan la definición de abuso sexual, sobre la cual ha habido varias controversias, las falsas creencias que priman en la sociedad al respecto, la incidencia del problema,

los indicadores que permiten detectarlo, un modelo explicativo que intenta explicar cómo llega a darse el abuso sexual a un niño o niña, los factores de protección y de riesgo, así como las consecuencias a corto y largo plazo de la vivencia de abuso para el niño/a, además de la legislación pertinente y un análisis del procedimiento judicial en este tipo de casos.

- **Prevención del abuso sexual infantil**, donde se abordan las condiciones y contenidos que han de cumplir los programas de prevención en sus tres niveles, primaria, secundaria y terciaria, para ser eficaces. Este apartado tiene diferenciado el contenido según los ámbitos de trabajo de los profesionales a los que va destinado: educativo, social, médico y policial. Recoge además de modo explícito el proceso de revelación, comunicación y denuncia, incluyendo la evaluación pericial, de modo que un profesional sepa cómo actuar ante un caso de abuso sexual infantil.
- **Tratamiento de víctimas de abuso sexual y agresores sexuales**, donde se abordan las condiciones y contenidos que han de cumplir los programas de tratamiento tanto a víctimas como a agresores sexuales para ser eficaces, así como se demanda la ausencia de programas y recursos para ello, especialmente en el caso de los agresores.
- **Anexos sobre contenidos**, donde se explican algunos contenidos que se mencionan a lo largo del texto y que pueden resultar confusos para los profesionales de un campo diferente.

- **Anexos de actividades**, donde se proporcionan actividades concretas para trabajar en el ámbito de prevención los distintos contenidos de los programas con los niños y niñas.
- **Recursos, bibliografía y evaluación**, donde se proporcionan recursos de contacto, tanto institucionales como profesionales en cada Comunidad Autónoma, una bibliografía y un cuestionario de evaluación sobre la formación.

A continuación, enumeraré algunas de las conclusiones más relevantes de este trabajo, recogidas en el manual. No pretende esta comunicación ser una compilación de sus contenidos, pero sí quizá poner el acento en algunas de las cuestiones clave planteadas.

El abuso sexual infantil es la tipología de maltrato infantil que probablemente más miedo y recelo provoque en los profesionales que lo abordan, no así la más desconocida, ni la menos estudiada (la negligencia o el maltrato emocional son dos categorías de maltrato infantil que carecen de estudios de incidencia o causales). ¿De dónde surge entonces ese recelo, más que evidente entre los profesionales y en la sociedad en general? Por dar sólo un dato, en la encuesta del CIS de Marzo del 2000, el 21,8% de los adultos reconocían conocer un caso de maltrato, pero el 73% de éstos no lo habían denunciado ni comunicado.

Para empezar, de una confusión respecto a la misma conceptualización del abuso sexual que conviene aclarar. El abuso sexual infantil es una tipología de maltrato infantil que se caracteriza por el abuso de poder del agresor, sea adulto o niño sobre la víctima, con el fin de lograr estimulación sexual para sí mismo o para otra persona. El hecho diferencial de que sea una cuestión sobre la sexualidad de la persona hace que quienes se enfrentan a ella asuman una postura defensiva, haciendo que la detección, la revelación es incluso la persecución de este tipo de delitos sea mucho más difícil. Es la ignorancia que se suma al miedo, y que deja aún más solos a los niños y niñas víctimas de abuso sexual.

El segundo factor que puede explicar ese recelo son las falsas creencias sociales existentes sobre el tema y que los profesionales a menudo trasladamos a nuestro desempeño profesional. Falsas creencias sobre la frecuencia, por ejemplo, que niega las cifras de prevalencia recogidas en los estudios, que hablan de un 23% de niñas y un 17% de niños que han sufrido alguna forma de abuso sexual antes de los 18 años, o sobre la detección, que considera el abuso como un fenómeno propio de una clase social o de determinadas culturas cuando es un fenómeno universal o que niega la evidencia de que el 80% de los abusos sexuales se producen en el entorno cercano del niño, o respecto a los agresores, a quienes se concibe como enfermos mentales que no tiene tratamiento posible, en vez de que como las persona adaptadas socialmente, inteligentes y muy seductores que son, que además tenderán a ocupar puestos de trabajo que les permitan un acceso fácil

a las posibles víctimas y que pueden y deben recibir tratamiento como la única intervención posible con ellos, o por señalar sólo algunas de las más importantes, respecto a los efectos del abuso en la víctima que se ven como irreversibles, cuando no tiene por qué serlo.

De entre todas ellas conviene además poner el acento en la creencia de que “los niños mienten”. Existen procedimientos de análisis de fiabilidad estandarizados para establecer la veracidad de la declaración del niño o niña y el daño que los casos de falsas denuncias que se dan en los casos de separación y divorcio en los que hay problemas de custodia (no en cualquier proceso de divorcio) ha hecho mucho daño a estos niños, que, digámoslo claro, en la mayoría de los casos no mienten, que cuando lo hacen pueden ser detectados y en cualquier caso ya están siendo sometidos a un tipo de maltrato al ser instrumentalizados por sus propios padres. Existe un vacío en los casos de niños niñas menores de dos años, puesto que no existen criterios de fiabilidad de lenguaje no verbal estandarizados, y es necesario ampliar la investigación sobre ello, pero esto no es generalizable. En cualquier caso, los profesionales han de enfrentar la revelación con la misma actitud que toman ante la retractación, no creer más esta porque sea más fácil de aceptar el desmentido de los hechos, que los hechos en sí mismos.

Estas falsas creencias, arraigadas socialmente, se unen al tabú que persiste respecto a la sexualidad, y no de un modo estereotipado, sino profundo. Por ejemplo, el hecho de que se niegue la existencia de la sexualidad infantil,

hecho que se comprueba cuando se valora la escasez de programas que aborden esa parcela del desarrollo en las escuelas, o de que se mantenga el mito de la “familia feliz” necesario para la sociedad, que tiene en la familia el núcleo básico de socialización y necesita creer que es en este núcleo donde los niños y niñas van a desarrollarse a salvo, lo cual es cierto en la mayoría de los casos, pero al mismo tiempo, por la importancia que se concede al entorno familiar, es éste el que debería recibir más atención, recursos y cuidado.

Cuando nos planteamos la conjunción de todos estos factores, podemos comprender a una sociedad que a menudo se inhibe ante el problema, o se resiste a creerlo, y a unos profesionales que aunque deseen intervenir no saben cómo hacerlo, porque además no reciben ni el apoyo institucional, ni la formación adecuada ni en el caso de aquellos que trabajan directamente en el problema, una protección eficaz, además de resentirse un exceso de responsabilidad. Comunicar la sospecha de abuso es una obligación legal y ética del profesional, pero también lo es proporcionarle recursos para saber cómo hacerlo.

La comunicación de la sospecha por parte de cualquier adulto debería canalizarse a través de servicios sociales, que deben a su vez llevar adelante la investigación y la denuncia, aunque ésta se puede poner también de manera individual y directa. Es necesario que las autoridades garanticen el anonimato del adulto que comunica y la protección de los servicios que denuncian.

El abuso sexual infantil debe ser evaluado desde una perspectiva ecológica e integradora, por lo que una de las claves esenciales para un trabajo de prevención eficaz es que sea interdisciplinar, que venga enmarcada en un enfoque de promoción del buen trato a la infancia y de la educación afectivo sexual y dirigido tanto a la posible víctima como al potencial agresor. No es posible erradicar el abuso sexual si sólo trabajamos con la víctima y su entorno.

La intervención ante un caso de abuso sexual involucra a diferentes ámbitos profesionales: educativo, social, médico, policial y judicial. Esta intervención debe anteponer el interés superior del niño a cualquier otro tipo de interés, dando seguimiento a los casos y apoyo no sólo a la víctima, sino a su familia y entorno. Es imperativo que la intervención sea coordinada e interdisciplinar, reduciendo los plazos y adjudicando los recursos necesarios para ello. Debería establecerse un centro de referencia en cada Comunidad Autónoma tanto para la evaluación pericial como para el tratamiento de víctimas y agresores. Este centro posibilitaría la creación de un circuito de prevención eficaz así como garantizaría la calidad y formación específica de los profesionales implicados. Aquellas Comunidades que han establecido protocolos de actuación conjunta, y algunas de ellas además este centro de referencia, presentan unos procedimientos y criterios de actuación sustancialmente mejores que las que presentan el resto de las Comunidades.

Respecto a la intervención terapéutica, se ha de entender que todas las víctimas de abuso sexual infantil necesitan apoyo pero no todas una

intervención terapéutica en sí misma. Ésta ha de ser realizada siempre por un profesional experto, de forma integral y coordinada y proporcionando atención también a la familia. Es cierto que muchos agresores sexuales han sufrido alguna forma de maltrato en su infancia (no sólo abuso sexual) pero eso no significa que los niños y niñas víctimas de abuso sexual vayan a convertirse necesariamente en agresores sexuales. Esta es una falsa creencia que daña y estigmatiza a estos menores de una manera cruel y no justificada.

El esfuerzo realizado en los últimos años por las instituciones pertinentes a la hora de proporcionar recursos para la intervención preventiva y terapéutica es significativo, y prueba de una sensibilidad hacia el problema que va en aumento, pero no es suficiente. Prueba de ello es la escasez o nulidad de recursos para proporcionar tratamiento a los agresores sexuales (conviene recordar que casi un tercio de ellos son menores de edad) o para dar continuidad a los programas de prevención primaria desarrollados con éxito a nivel educativo y social. Hace falta igualmente la creación e una base de datos conjunta que nos permita tener una visión global de la problemática, puesto que en estos momentos los datos, cuando existen, existen de forma parcializada en las distintas Comunidades Autónomas.

Por otro lado, una de las preocupaciones prioritarias en nuestro trabajo es la sensibilización de los profesionales del ámbito judicial. El problema es tal que las investigaciones prueban que el hecho en sí mismo de verse involucrado en el procedimiento judicial agudiza las consecuencias negativas que tiene en la

víctima la propia vivencia del abuso. La legislación existente es comúnmente aceptada, con la excepción de la demanda de penalización e la posesión de pornografía infantil y de la disparidad de penas para los agresores, pero la aplicación de dicha legislación es cuanto menos defectuosa. Algunas sentencias judiciales son alarmantes y en muchos casos además, nos hemos encontrado con que no es un problema ni siquiera de ausencia de recursos, sino de falta de voluntad e intención de usarlos, por ejemplo, a la hora de la toma de declaración al menor víctima de abuso sexual o del análisis de fiabilidad del testimonio.

La idea es realizar una labor de **sensibilización social** sobre el tema, a la par de formación de profesionales involucrados pero proporcionando a las partes involucradas recursos para enfrentarlo. Además, Save the Children tiene el objetivo de trabajar para que las **recomendaciones** recogidas en el material se lleven a la práctica en el periodo más breve posible.

El material estará disponible, además, en nuestra página web www.savethechildren.es, para cualquier profesional que quiera consultarlo y será difundido a nivel internacional, a través de los programas europeos de la organización y de las distintas organizaciones de la Alianza Internacional Save the Children.

Con todo ello, Save the Children espera contribuir a su **fin último**: la erradicación de todo tipo de violencia contra los niños y niñas en nuestra

sociedad, rompiendo el silencio, la ignorancia y la falta de recursos que hacen posible que los niños y niñas sigan sufriendo este tipo de maltrato.

Para más información: pepa@savethechildren.es, www.savethechildren.es



TITULO: “La atención educativa-terapéutica en un centro de acogimiento residencial: resumen de una experiencia”

AutorA: Maite Irastorza Justel, Begoña Fernández Ferrer, Miguel Angel Olano González, Rebeca López Villa, Ana Cristina Gordillo Nuñez, Ricardo González Vázquez, Juan Miguel Achutegui Hernández, Nahia Bareño Peinado.

Entidad: IPACE PSICOLOGÍA APLICADA S.L.

1. INTRODUCCIÓN

Las instituciones destinadas a la atención de los/as menores en riesgo social han sufrido en los últimos años profundas transformaciones que han afectado a la totalidad de los elementos que conformaban. Esta transformación ha sido consecuencia de los cambios de la sociedad. En este contexto se ha evolucionado desde la concepción de la atención y cuidado de los/as niños/as y jóvenes como una "prestación discrecional" de carácter benéfico-paternalista hacia la consideración de una "Prestación de Derecho" reconocida a todos los individuos. Debemos de ser conscientes que en algunas ocasiones nos encontramos ante situaciones muy deterioradas, donde la gravedad del caso y la imposibilidad de abordarla mediante otros recursos y procedimientos nos exige separar al niño/a de su medio para garantizar su desarrollo. En estos casos es donde cobra sentido el recurso del Acogimiento Residencial para poder garantizar la cobertura adecuada de todos los derechos del menor. El Acogimiento Residencial se enmarca tanto en su concepto como en su desarrollo en el Sistema de Protección Infantil. La atención en régimen de Acogimiento Residencial constituye uno de los recursos de protección que



tiene sentido siempre y cuando se base en los principios básicos de la intervención protectora (garantizar los derechos de los niños/as y jóvenes y de sus familias).

Hoy en día, con los cambios que se van produciendo en las características de la población atendida, se hace necesaria una evolución constante en el modelo de intervención de los Centros de Acogimiento Residencial. Ello ha conducido a la diversificación de los recursos residenciales en función de las necesidades de la población a atender y los objetivos a conseguir. Así debido a los graves problemas emocionales y comportamentales que presenta un número cada vez mayor de niños/as y jóvenes, originados por situaciones de maltrato y la propia separación que conlleva el acogimiento, no se trata únicamente de atender necesidades básicas, de proporcionar una educación en sentido tradicional o de compensar déficits, sino de abordar los trastornos psíquicos derivados de graves carencias y relaciones afectivas distorsionadas. Ello lleva a poner en marcha recursos específicos para responder a estas necesidades. Con este planteamiento surge la propuesta de puesta en marcha del Centro Educativo-Terapéutico “Urretxu” (C.E.T.U.).

El Centro Educativo Terapéutico “Urretxu” (C.E.T.U.) como recurso de Atención Residencial de la Diputación Foral de Gipúzkoa, nace con la esperanza de dar respuesta, dentro del Sistema de Protección Infantil de la Diputación Foral de Gipúzkoa, a las necesidades de niños/as y jóvenes que presentan desajustes psíquicos y que requieren



una atención individualizada, profesional y especializada dentro de este marco. El proyecto para la apertura del centro surge con el objetivo de conjuntar tanto la labor educativa como terapéutica en la atención a niños/as y jóvenes en situación de riesgo, que presentan una problemática psiquiátrica.

2. OBJETIVOS

Los objetivos del centro pretenden:

- ✚ Garantizar la adecuada cobertura de las necesidades básicas del chico/a.
- ✚ Potenciar la compensación de las consecuencias producto de la situación de maltrato sufrida antes del ingreso.
- ✚ Posibilitar la adecuada atención a las dificultades personales específicas, paliando los déficits mediante programas individuales de intervención y potenciando su autonomía personal.
- ✚ Proporcionar un contexto seguro, educativo y terapéutico que propicie el mantenimiento de las habilidades adquiridas y la consecución de nuevos aprendizajes en función de sus recursos personales y la situación psicopatológica de cada momento.
- ✚ Ofrecer una atención especializada a los problemas que presentan los niños/as y jóvenes en los ámbitos psicopatológico, psicológico, conductual, familiar y social.
- ✚ Garantizar la compensación de la psicopatología de los niños/as y jóvenes.



- ✚ Mantener la red familiar de cada niño/a o joven y fomentar su implicación en el proceso educativo y terapéutico.
- ✚ Establecer relaciones con las diferentes instituciones y entidades implicadas en la socialización, educación y atención psíquica de los atendidos.
- ✚ Participar, junto con el resto de Centros de Acogimiento Residencial, en la mejora progresiva del servicio.

3. COLECTIVO DE ATENDIDOS/AS

Los niños/as y jóvenes atendidos en el Centro presentan las siguientes características:

- ☆ Son menores que han sufrido situaciones de desprotección o malos tratos en cualquiera de sus tipologías y que se encuentran en una situación de desamparo o de riesgo que hace necesaria su separación del núcleo familiar. El centro tiene capacidad para cinco niños/as y en la actualidad, todas las plazas están cubiertas.
- ☆ Presencia de ambos sexos. En la actualidad el centro tiene cubiertas sus plazas con 3 chicas y 2 chicos.
- ☆ Con edades comprendidas en torno a 10 y 18 años. Tres son chicas de 16 y 17 años y 2 chicos de 12 y 13 años.



- ☆ Presentan ciertos déficits psíquicos y trastornos o desorganizaciones graves de personalidad. En la actualidad los cuadros clínicos presentes son:
- Trastorno psicótico tipo Esquizofrenia paranoide.
 - Trastorno psicótico de tipo Trastorno generalizado del desarrollo, sin especificar, y Retraso mental asociado.
 - Trastorno psicótico de tipo Trastorno generalizado del desarrollo sin especificar.
 - Trastorno de Conducta Agresiva con Retraso Mental Leve.
 - Sin diagnóstico de partida. Trastorno psiquiátrico que conlleva autoagresiones, pasos al acto con varios intentos de suicidio, numerosas fugas y crisis de agitación.

El tipo de enfermedad que presentan depende de la combinación de síntomas que muestran y de la severidad de la enfermedad. A modo de ejemplo, señalamos algunos de ellos:

- ❖ Habla o pensamiento sumamente desconectado. Habla pobre
- ❖ Ausencia de sentimientos o sentimientos inapropiados.
- ❖ Aislamiento social.
- ❖ Pérdidas de control. Conductas de desafío, hostilidad y oposición.
Intimidación verbal o física, amenazas.
- ❖ Falta de interés y/o de iniciativa. Falta de energía



- ❖ Problemas con la higiene o el cuidado personal
 - ❖ Comportamientos extraños. Agitación psicomotora. Sentidos exagerados
 - ❖ Alucinaciones, delirios...
- ☆ Necesidad de cobertura a tiempo completo, con una previsión de media o larga estancia.
- ☆ Situación legal de Tutela institucional, y/o delegación de Guarda. La situación administrativa de los atendidos es de Tutela en tres de los casos y de Guarda en los otros dos.
- ☆ Provenientes del Territorio Histórico de Gipúzkoa. En cuatro de los casos se ha realizado una derivación desde otro centro de Acogimiento Residencial de menor especificidad del Territorio Histórico de Gipúzkoa. El otro caso se ha derivado desde un Hospital Psiquiátrico de la Zona.

Por tanto, el perfil de los chicos/as que pueden beneficiarse de este recurso es aquel que presenta un trastorno psiquiátrico que interfiere de manera importante en su funcionamiento y desarrollo, haciéndose patente éste en el desempeño cotidiano, lo que supone un déficit de capacidades cognitivas, motrices, perceptivo-sensoriales, intrapersonales e interpersonales. No habrá de presentar en el momento de incorporación al centro conductas disruptivas o agresivas en un grado tal que impidan o dificulten la convivencia y el trato o el trabajo educativo-terapéutico.



4. PROCESO DE INTERVENCIÓN

La intervención educativa y terapéutica en C.E.T.U. se basa en un proyecto terapéutico global que pasa por diferentes fases:

- **Desvinculación** del centro residencial anterior o lugar de donde proceda. Existe siempre un momento de ruptura, de separación y de pérdida afectiva cuando se nos plantea un cambio en nuestras vidas. Aunque la situación más traumática para estos/as niños/as y jóvenes haya sido el primer ingreso en un centro, el cambio de centro repite en gran medida la misma situación. El cómo hemos recibido al chico/a en el nuevo centro donde a partir de ese momento va a vivir, ha sido muy importante para que pudiera afrontar de una manera más rápida y adecuada el proceso de duelo consiguiente a la separación.
- **Adaptación** al centro. Bowlby afirma que *“toda ruptura o pérdida significativa entraña la necesidad de un duelo, como mecanismo de asunción de la realidad”*, por lo tanto, todo ser humano, todo niño/a adolescente ante una pérdida pasará por diferentes reacciones que pueden ordenarse en una serie de fases (negación, ira, negociación, depresión o tristeza y aceptación). Los chicos y chicas han presentado una serie de manifestaciones que han variado en diferentes grados y duración. Manifestaciones como las siguientes: sensación de reabandono, pérdida de referentes sociales, desorientación respecto a lo que les esperaba, miedo e inseguridad ante nuevos referentes personales y sociales. Es necesario reconocer



que la adaptación de los chicos y chicas al nuevo centro sólo ha sido real cuando han establecido relaciones personales significativas.

- **Proceso de observación.** Se valora a cada niño/a en las siguientes áreas: Terapéutica, Física, Cognitiva y de Lenguaje, Emocional, Social, Comportamiento, Aspectos familiares, Área Formativa y Respuesta a la atención residencial. La evaluación de los chicos y chicas a su ingreso en el centro es realizada por el Equipo educativo - terapéutico del Centro, haciendo uso de las siguientes técnicas e instrumentos: *Observación directa en el Centro, Protocolo de observación de C.E.T.U., Informes escolares, Valoración psiquiátrica llevada a cabo en el Centro de Salud Mental de Zumárraga.* El período de observación tiene una duración de un mes, tras el cual se elabora un Informe Inicial de Observación.
- Desarrollo de un **Plan de Intervención Individualizado** y elaboración de un **Programa Educativo Individual.** Este programa incluye objetivos, actividades, metodología, recursos, temporalización, viabilidad y evaluación para cada una de las áreas evaluadas. Los P.E.I.s se llevan a cabo en función de la patología, ya que cuanto más compensada está dicha psicopatología más labor educativa y terapéutica se puede realizar.

Para ello, y siguiendo un esquema de evaluación de áreas deficitarias, entrenamiento y supervisión hemos desarrollado una propuesta de intervención que contempla la puesta en marcha de actividades como:



- Atención psiquiátrica y psicológica desde la red pública sanitaria (Osakidetza). Los chicos y chicas acuden quincenalmente a sesiones con los profesionales de la salud mental donde se lleva a cabo psicoterapia y seguimiento de tratamiento farmacológico.
- Establecimiento de rutinas y programación de actividades con carácter semanal.
- Programa de Educación para la Salud: plan personalizado de autocuidado.
- Programa de Habilidades Domésticas (Actividades de la Vida Diaria).
- Programa de Psicomotricidad
- Programa de Inteligencia Emocional (Áreas de desarrollo: Atención, Concentración y Habilidades Sociales). Los chicos y chicas que conviven en el centro tienen en mayor o menor grado un déficit en atención, memoria, concentración, razonamiento, análisis de errores, resolución de problemas, seriación y la formación de conceptos, de tal forma que necesitan una atención educativa específica que compense estos déficits y prevenga la aparición de otros mayores. En base a esta premisa de partida, semanalmente se desarrolla en el centro un Programa de Inteligencia Emocional.
- Programas de ocio y tiempo libre.
- Participación del medio familiar cuando ello sea posible.
- Centros especiales de formación.



- Desde la intervención educativa y terapéutica y con la finalidad de controlar la patología de los chicos y chicas del centro, se han elaborado **PROTOSCOLOS TERAPÉUTICOS** mediante la estructuración ambiental de las actividades y rutinas diarias: toma de medicación, horarios, aseo personal y vestido, alimentación, tareas domésticas y actividades diarias. Se ha asumido y utilizado una forma específica de **LENGUAJE** al dirigirse a ellos para sostener la patología de los chicos y chicas y evitar que se rompan psíquicamente. Se han empleado técnicas de **MODIFICACIÓN DE CONDUCTA** como herramienta complementaria para la instauración y/o eliminación de patrones de comportamiento presentes en los chicos y chicas.

5. EQUIPO TÉCNICO.

Para llevar a cabo el Proyecto educativo – terapéutico el centro cuenta con un equipo interdisciplinar formado por distintos profesionales:

- *Directora (Psicóloga)*
- *Educadores (4 Psicólogos y 2 Pedagogos)*
- *Auxiliar domiciliaria*
- *Coordinadora técnica (Psicóloga)*
- *Personal de Refuerzo Educativo. Se ha contado con el apoyo de un refuerzo educativo, en los momentos de necesidad de mayor contención de los residentes (graves descompensaciones de los menores).*



- *Psiquiatra. Supervisa el equipo del centro en sesiones clínicas semanales en las que se analiza la evolución de cada chico/a y se desarrolla una formación continua en el campo de la psicopatología.*
- *Trabajo en red con otros profesionales: Técnicos de Gizartekintza (Diputación Foral de Gipúzkoa), Servicios Sociales del Ayto. de Urretxu y de Zumárraga, Profesionales de la Salud Mental, Profesionales de los Centros Escolares, Protección Civil y Servicios sociocomunitarios (asociaciones de tiempo libre, centros culturales,...).*

6. CONCLUSIONES.

La valoración que desarrolla el equipo tras la experiencia iniciada, después de un año de andadura, en el Centro Educativo-Terapéutico “Urretxu” (C.E.T.U.), se resume en las siguientes conclusiones:

- Sería deseable que cada chico y chica contara con una valoración psicopatológica antes de su ingreso en el centro, para evitar juntar diferentes patologías de gravedad y ajustar los recursos a las necesidades específicas.
- Resulta imprescindible mantener una coordinación continua y ágil entre instituciones implicadas en la atención global de los chicos y chicas (Sistema de protección, educativo, sanitario y sociocomunitario).



- El apoyo de la red pública de salud mental resulta imprescindible en situaciones de crisis en que se hace necesario un ingreso de urgencia.
- Por las características de los chicos y chicas y del trabajo que se desarrolla en el centro se hace necesario contemplar medidas de respiro para los miembros del equipo.
- Resulta necesaria una formación continua y una supervisión constante del equipo interdisciplinar del centro.
- Se considera interesante contactar y conocer “in situ” otros centros similares para compartir e intercambiar experiencias.

INTEGRACION DE SERVICIOS EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA MALTRATADA EN PAÍSES DE LA UNION EUROPEA.

AGUSTIN BUENO, CONRADO MOYA, y ANA ROSSER.

UNIVERSIDAD DE ALICANTE. DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA II, PSICOLOGÍA, COMUNICACIÓN Y DIDACTICA.

INTRODUCCION

A lo largo del trabajo se aborda el análisis de los procesos de intervención psicosocial llevados a cabo por equipos de cuatro países europeos, España, Francia, Italia y Reino Unido, en los sistemas de protección a la infancia maltratada. Este análisis forma parte de las conclusiones obtenidas en el proyecto DAPHNE PROTINTER II sobre Integración de Servicios en los Sistemas de Protección a la Infancia en la Unión Europea.

OBJETIVOS:

El objetivo del proyecto es evaluar la metodología de intervención seguida con familias en las que existen situaciones de violencia intrafamiliar ejercida sobre niños y adolescentes y la eficacia de la coordinación entre las distintas instancias implicadas en la protección a la infancia maltratada en cada uno de los países, en los distintos momentos del proceso: detección, notificación, investigación, evaluación y desarrollo del plan de intervención.

METODOLOGÍA.

Las hipótesis que se tratan de verificar nacen de las conclusiones elaboradas en la primera parte del proyecto DAPHNE I y son las siguientes 1) la intervención psicosocial en los casos de maltrato infantil, en los distintos países de la Unión Europea cuenta con puntos comunes en cuanto a la tipología de los casos, las fases del proceso de intervención y la metodología llevada a cabo, 2) a su vez, existen también importantes diferencias, que podrían estar relacionadas con la tradición cultural existente en cada uno de ellos y que impregna tanto el marco legal como la organización competencial, 3) en aquellos casos/zonas en los que se logra una coordinación interinstitucional, se alcanza un mayor nivel de éxitos, y 4) sin embargo, la coordinación está lejos de ser una practica extendida y consolidada en ninguno de los países que han participado en el proyecto.

Para la realización del proyecto se configuraron en cada país equipos con experiencia en el ámbito de la protección a la infancia que, bajo la supervisión del coordinador

ejecutivo de cada país miembro (O.N.G.s. y Universidades) han llevado a cabo el seguimiento y evaluación de la intervención realizada en familias con niños maltratados. Posteriormente, se ha llevado a cabo una evaluación conjunta de los casos entre todos los equipos participantes, a lo largo de tres encuentros, y una reunión de evaluación final del programa y evaluación de conclusiones.

RESULTADOS Y CONCLUSION:

Fruto del trabajo conjunto entre los equipos de estos cuatro países surgen una serie de conclusiones sobre la coordinación interinstitucional en la intervención con familias y menores maltratados que vienen a verificar las hipótesis de partida, así como una serie de propuestas de mejora en la intervención de los Sistemas de Protección a la Infancia, en situaciones de maltrato.

TITULO:	Detección del Maltrato Infantil en Aragón
AREA TEMATICA:	Prevención del Maltrato Infantil desde los Servicios Sociales Municipales
AUTORES:	Juan David Gómez Quintero y Joaquina Lahoz Gallo
CENTRO DE TRABAJO:	Asociación ADCARA
DIRECCIÓN:	C/ Supervía, 27. C.P. 50006 Zaragoza.
TELEFONO:	976 71 50 04 ext. 2043
CORREO ELECTRÓNICO:	adcaracom@hotmail.com
MEDIOS AUDIOVISUALES:	Transparencias

El contenido de la comunicación gira en torno a un estudio reciente elaborado por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (I.A.S.S.) y la Asociación de Desarrollo Comunitario en Areas de Aragón (A.D.C.A.R.A.) sobre la detección del maltrato infantil en el ámbito de los Servicios Sociales Aragoneses. Está organizado en tres temas: Cuantificación de los casos de maltrato detectados, características de los menores maltratados y condiciones sociales de sus familias.

Algunos de los resultados más generales, que han permitido conocer con más profundidad la realidad de este fenómeno en la comunidad aragonesa, son los siguientes: En el último año (sept. 1999 - sept. 2000) fueron detectados 694 casos de maltrato infantil en Aragón. En la provincia de Zaragoza, incluida la capital, se presentaron el 73 % de todos los casos detectados en Aragón desde los Servicios Sociales Comunitarios. La categoría de maltrato que más se presenta en Aragón es la negligencia física (47%), seguida de la negligencia psíquica (29%), el maltrato psicológico (18%) y el maltrato físico (11%). La edad media de los niños y niñas maltratadas está comprendida entre los 8 y los 9 años de edad. Dentro de la red de Atención Primaria, la mayoría de las personas que aparecen como maltratantes son las madres biológicas (84 % de los casos), seguido por los padres biológicos

(57 % de los casos). Aproximadamente cuatro de cada diez niños maltratados presenta algún tipo de problema escolar. En las provincias aragonesas (excluyendo a Zaragoza capital) quien más detectó casos de maltrato infantil fue el ámbito educativo.

DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN ARAGÓN

Se expone a continuación una síntesis del estudio más exhaustivo que se ha realizado en Aragón sobre la detección de casos de maltrato infantil. Se analizaron 855 Fichas de Registro de Casos detectados en último año¹ y cumplimentadas por los Servicios Sociales Comunitarios y los Servicios Especializados en Menores de Aragón.

La comunicación presenta sólo los casos detectados por los servicios de Atención Primaria, que en total son 305 casos, los otros 550 casos del servicio Especializado no se incluyen en este trabajo para ajustarlo al área temática del Congreso. El contenido está organizada en tres apartados: 1. Cuantificación de los casos de maltrato detectados. 2. Características de los menores maltratados. 3. Condiciones de las familias de los menores maltratados.

En muchos de los casos estudiados, la figura paterna era inexistente o se conocían muy pocos datos sobre ella, esta circunstancia da lugar a un alto porcentaje de “no consta” dentro de los resultados sobre las características de las familias de los menores maltratados.

Dentro de este análisis existen variables tales como “condiciones de la vivienda”, “nivel económico de la familia”,... que debían ser medidas a partir de valoraciones tales como “deficiente”, “adecuada”, etc. Estas valoraciones fueron realizadas según el criterio de la trabajadora social que ha tratado el expediente y conoce la situación familiar del menor.

¹ Entre el 30 de septiembre de 1999 y el 30 de septiembre del 2000.

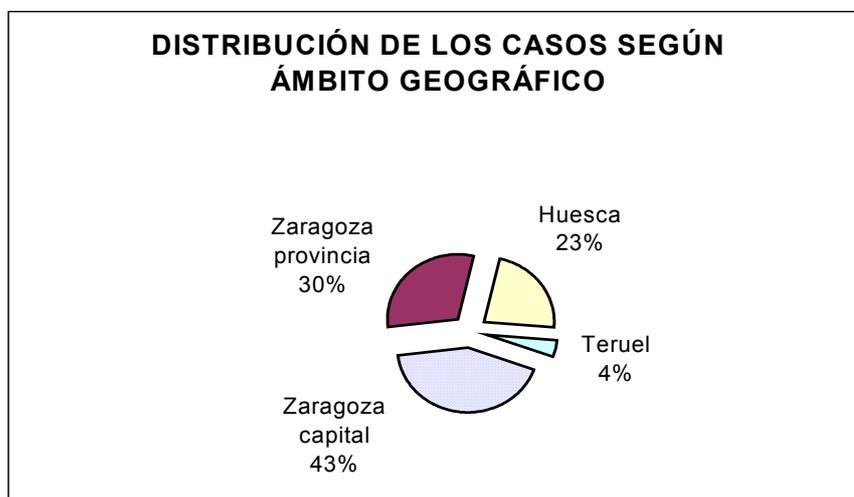
1. CASOS DE MALTRATO DETECTADOS

1.1. Distribución de casos detectados por tipo de centro y comarca.

Un total de 305 casos fueron detectados en nuestra comunidad desde Atención Primaria, de los que un 57 % corresponden a los Servicios Sociales de Base (S.S.B.) de las áreas rurales aragonesas y un 43% a los Centros Municipales de Servicios Sociales (C.M.S.S.) de la ciudad de Zaragoza. Dentro de los S.S.B., en la provincia de Zaragoza es donde se haya la cifra más alta, 93 casos, siguiendo la provincia de Huesca con 69 casos registrados y por último se encuentra Teruel con 13 casos.

Un aspecto que resulta interesante analizar, es que la ciudad de Zaragoza posee aproximadamente el 55% de la población total de Aragón, sin embargo, la proporción de casos detectados por los C.M.S.S. (43%) es menor si se compara con el resto de la Comunidad Autónoma, que posee aproximadamente el 45% de la población total y tiene, en cambio, un 57% de los casos detectados.

Gráfica 1.



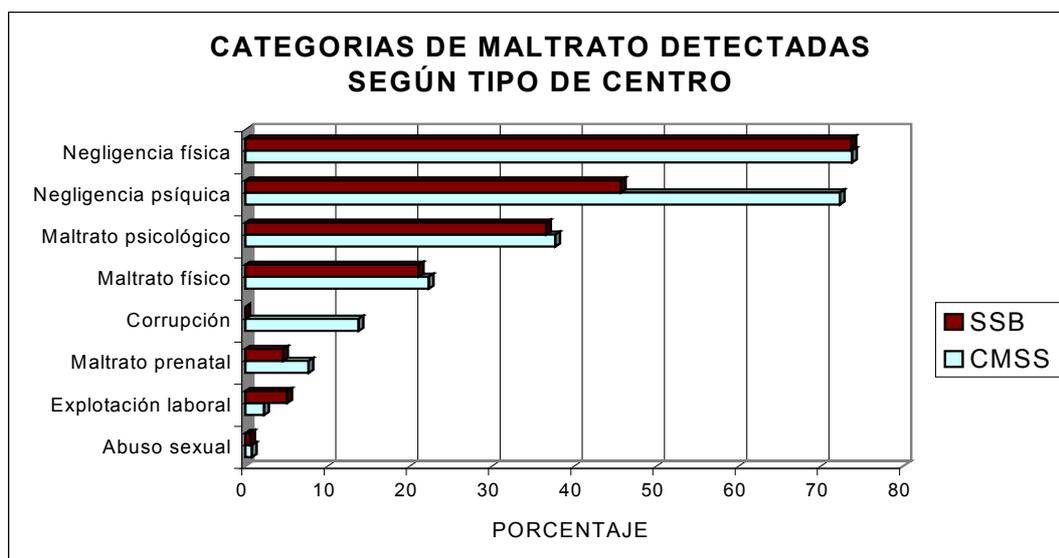
1.2. Categorización de los casos de maltrato

Como media los profesionales identifican dos tipos de maltrato por caso, llegándose a determinar en algunas ocasiones hasta cuatro tipos en un mismo caso. Aunque el número de casos detectados es de 305, el total de categorizaciones asciende a 628.

La categoría que en más alto número se ha dado ha sido la negligencia física (74%) seguida por la negligencia psíquica (57%), el maltrato psicológico (37%) y el maltrato físico (22%), este aspecto es importante en los casos de Zaragoza (provincia incluida capital). Esta tendencia se mantiene aunque se analicen los casos por provincias. Es necesario resaltar la escasa detección de casos de abuso sexual (0,7%), explotación laboral (3,9%), corrupción y maltrato prenatal (ambos 6%).

Tabla 1. CATEGORIZACIÓN DE LOS CASOS MALTRATO SEGÚN PROVINCIA						
	Huesca SSB	Teruel SSB	Zgza. SSB	Total SSB	Zgza. CMSS	TOTAL ARAGÓN
Maltrato físico	17,4	7,7	25,8	21,1	22,3	21,6
Maltrato psicológico	44,9	7,7	34,4	36,6	37,7	37,0
Corrupción	-	-	-	-	13,8	5,9
Explotación laboral	7,2	-	4,3	5,1	2,3	3,9
Negligencia física	81,2	84,6	66,7	73,7	73,8	73,8
Negligencia psíquica	52,2	-	47,3	45,7	72,3	57,0
Maltrato prenatal	4,3	-	5,4	4,6	7,7	5,9
Abuso sexual	-	-	1,1	0,6	0,8	0,7
TOTAL CASOS (N)	69	13	93	175	130	305

Gráfica 2.



1.3. Fuente de detección de los casos

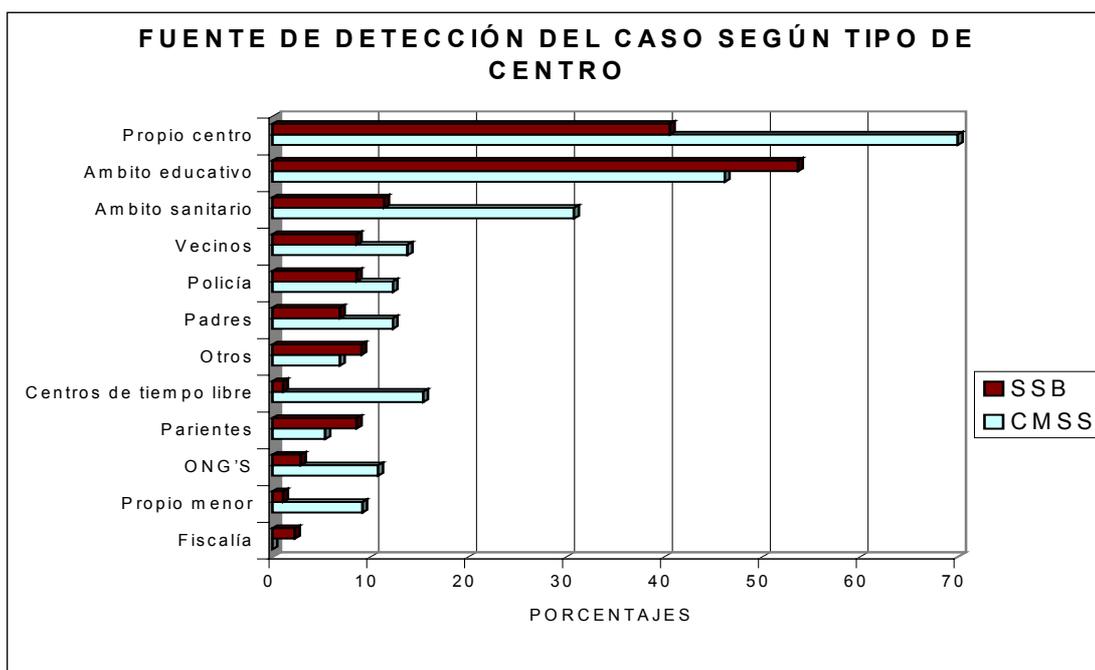
La principal vía de detección de los S.S.B. de Huesca, Zaragoza (provincia) y Teruel es el Ámbito Educativo, con lo que se demuestra que este es un recurso de relevante importancia

dentro del mundo rural, destacar por otra parte el caso de Teruel, el 100% de sus casos ha tenido como una de sus vías de detección a este ámbito.

Por otro lado, la segunda vía de detección más importante en Atención Primaria son los propios S.S.B. En Zaragoza capital esta tendencia se invierte, siendo desde los propios C.M.S.S. desde donde se realizan el mayor número de detecciones (70%), seguidos en importancia por el ámbito educativo (46,2%), y el sanitario (30,8%).

También reseñamos que un mismo caso puede detectarse por diferentes vías, por dos instituciones a la vez, ejemplo claro en esta tabla vuelve a ser el caso de Teruel.

Gráfica 3.



1.4. Tiempo que viene produciéndose el maltrato

Se constata el hecho de la escasa detección precoz, ya que un alto número de casos de maltrato, 64% del total de Aragón, venían produciéndose desde hacía más de seis meses, siendo significativo el caso de Teruel que asciende al 92,3%.

1.5. Actuaciones que se han realizado.

Desde Atención Primaria se realizan variadas actuaciones ante un caso, la que más se emplea es la intervención desde el propio centro (87,5%), seguida por la derivación a al Servicio Especializado (Protección de Menores) (53%).

En la mayoría de las ocasiones el caso es trabajado desde el centro antes de ser derivado, como observamos en los 130 casos detectados en Zaragoza capital, 123 casos han sido trabajados desde el mismo centro en el que se detectaron, y de estos, se han derivado 68 casos. De 93 casos derivados por los S.S.B. de Zaragoza provincia, más de la mitad van a Protección de Menores, en Teruel esto ocurre en un 84%.

Se da asimismo derivación a otro tipo de servicios (26,2%), entre ellos los más destacados son los distintos servicios municipales (Casa de la Mujer, Casa de las Culturas, Albergue municipal, Centros Sociolaborales, Centros de Tiempo Libre, Casas de Juventud, guarderías,...).

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS MENORES MALTRATADOS

2.1. Sexo de los menores en situación de maltrato

Un dato de interés, que cabe destacar de la tabla, es que en los Servicios Sociales de Base de las provincias de Huesca y Teruel los niños (54%) superan significativamente a las niñas (44%), en los Centros Municipales de Zaragoza, esta proporción se invierte siendo superior la cifra de niñas (44% frente al 52%).

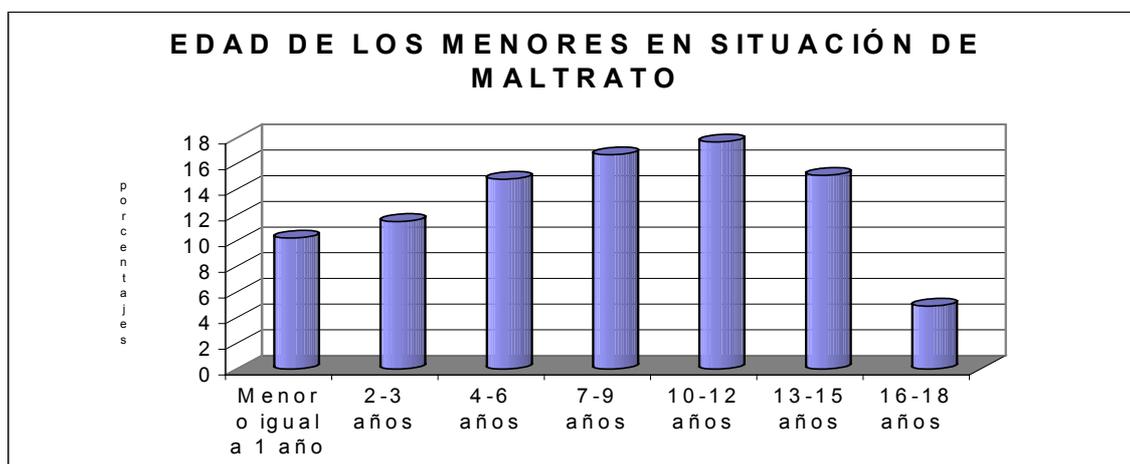
	Huesca SSB	Teruel SSB	Zgza. SSB	<i>Total</i> <i>SSB</i>	Zgza. CMSS	<i>TOTAL</i> <i>ARAGÓN</i>
Hombre	52,2	53,8	55,9	54,3	43,8	49,8
Mujer	44,9	46,2	43,0	44,0	51,5	47,2
No Consta	2,9	-	1,1	1,7	4,6	3,0
TOTAL %	100	100	100	100	100	100
<i>N</i>	69	13	93	175	130	305

2.2. Distribución de los menores según la edad

La edad media de los menores maltratados, dentro de los casos detectados desde los Servicios Sociales de la Comunidad Aragonesa, es de ocho años. Aunque, por otra parte, en la provincia de Teruel esta media de edad se eleva hasta los 13 años.

Dado el especial significado que adquiere el maltrato a niños muy pequeños, se destaca el hecho de que uno de cada diez menores en situación de maltrato sea menor de un año, y casi tres de cada diez casos tengan entre 2 y 6 años. En edades superiores a los trece años aparece un porcentaje significativo (20%) de casos de niños maltratados.

Gráfica 4.



2.3. Número de personas con las que convive el menor

En referencia al dato global para Aragón, la unidad familiar tipo en la que se presenta el maltrato está integrada por un alto número de integrantes, pues en el 40% de ellas hay cinco o más personas que conviven con el menor.

2.4. Problemas escolares de los menores

Por lo que se refiere al ámbito escolar cabe destacar en general lo siguiente: una cifra significativa de menores (43%) sufre retraso escolar; y un 38% tiene problemas de absentismo. Han sido detectados, en un tercio de los casos, problemas de comportamiento.

2.5. Relación de la persona maltratante con el menor

Según la información recabada, en aproximadamente seis de cada diez casos ha intervenido en el maltrato el padre del menor. Esta situación se presenta más en los Servicios Sociales de Base que en los Centros Municipales.

El porcentaje de madres que maltrata a sus hijos es significativamente alto, entre ocho y nueve de cada diez, cifra que no varía sustancialmente entre los dos ámbitos de información de la red primaria (S.S.B. y C.M.S.S.). En uno de cada diez casos, el maltratante ha sido la pareja de la madre, o los abuelos u otros parientes.

3. CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS MENORES MALTRATADOS

3.1. Situación laboral de los padres y las madres de los menores

Aproximadamente la mitad de los padres trabajan, mientras que únicamente dos de cada diez madres lo hacen fuera del hogar, además, una gran parte de ellas se dedica a las tareas domésticas. La proporción de madres paradas es algo mayor que la de los padres (12% frente al 10%).

Si tenemos en consideración la distribución por tipos de centros y provincias las tendencias señaladas anteriormente se mantienen, si bien la proporción de madres paradas es mayor en la provincia de Zaragoza que en el resto de los ámbitos.

3.2. Condiciones de habitabilidad de la vivienda

Sobre la situación de la vivienda donde habita la familia del menor, cabe destacar que entre seis y siete de cada diez familias sufre algún tipo de deterioro, esto hace que se califiquen como “deficientes” y “muy deficientes”. Es significativo el porcentaje de las viviendas de los niños cuyos casos se han detectado en los S.S.B. de Teruel, donde el 85% de éstas se consideran como "deficiente" y "muy deficiente". Asimismo, el 40% de las viviendas de Zaragoza capital son consideradas como "muy deficiente". Y en el total de Aragón, el 6,6% de las familias se caracterizan por carecer de vivienda.

3.3. Estado de salud de los padres y madres de los menores

En general, puede advertirse que el estado de salud de las madres es algo mejor que el de los padres. Es relevante la proporción de los que sufren minusvalía psíquica, ésta es mayor entre los padres (23%) que entre las madres (11%). No obstante, hay una proporción considerable de madres con toxicomanías - alcoholismo (13%) y enfermedades crónicas (15%). Esta situación se presenta más aguda en la provincia de Zaragoza.

3.4. Grupo étnico de pertenencia de las familias

Algo más de la mitad de los menores objeto de maltrato, pertenece a familias “payas” (55%). Por otra parte, tres de cada diez son de etnia gitana. Esa mayoría de origen “payo” se hace más notable entre los casos detectados en los Servicios Sociales de Base que en los centros de la capital aragonesa. En los Centros Municipales de Zaragoza se observa que la proporción de niños “payos” y gitanos es, en cambio, muy similar (40,8% y 39,2%, respectivamente). Se aprecia también -en ese mismo ámbito municipal- un significativo 9% que pertenece a otras "etnias", las cuales corresponden a familias inmigrantes.

Tabla 3. GRUPO ÉTNICO DE LAS FAMILIAS SEGÚN PROVINCIA

	Huesca SSB	Teruel SSB	Zgza. SSB	Total SSB	Zgza. CMSS	TOTAL ARAGÓN
Familia "paya"	68,1	30,8	67,7	65,1	40,8	54,8
Familia gitana	24,6	69,2	23,7	27,4	39,2	32,5
Familia mixta	5,8	-	3,2	4,0	10,0	6,6
Otra etnia	1,4	-	4,3	2,9	9,2	5,6
No Consta	-	-	1,1	0,6	0,8	0,7
TOTAL %	100	100	100	100	100	100
N	69	13	93	175	130	305

CONCLUSIONES

El estudio de los casos de maltrato infantil detectados en el ámbito social ha permitido conocer, con más profundidad, una situación compleja que no afecta sólo a Aragón, sino al conjunto de nuestra sociedad. Por tanto, es un problema que debe atenderse coordinadamente desde todos los ámbitos que tienen contacto con los niños, además, debe ser visto como un problema que va más allá de aspectos psicológicos o familiares, es una enfermedad de toda la sociedad en general.

Recopilar datos sobre las dimensiones del problema solo adquiere sentido si se trabaja en su solución, de lo contrario, la dolorosa realidad de muchos niños y niñas será agravada al convertirlos en cuadros estadísticos elaborados por quienes debemos asumir su atención y cuidado.

Los 305 casos estudiados y reflejados en esta comunicación, corresponden a vidas humanas en una situación grave, no obstante, su salida del anonimato representa una alternativa quizá más optimista, no se puede decir lo mismo de los miles de casos que siguen permaneciendo en silencio.

Efecto del potencial para el maltrato físico infantil de los sujetos y de las señales de dolor de una víctima sobre los niveles de agresión.

Perez-Albeniz, A. y De Paul, J.

Universidad del País Vasco

La teoría y la investigación indican que numerosos factores individuales y contextuales están asociados con el maltrato físico infantil (Gelles, 1998; Milner, 1998; Milner y Crouch, 1999; Milner y Dopke, 1997). En el nivel individual, se piensa que los factores cognitivos y afectivos median la agresión física y verbal hacia los niños (Azar, 1997; Larrance y Twentyman, 1983; Milner, 2000; Wolfe, 1987) siendo los problemas en la capacidad empática uno de los factores que se han planteado (Miller y Eisenberg, 1988; Schetky, Angell, Morrison, y Sack, 1979; Steele, 1980; Wiehe, 1997) como explicativos de la conducta maltratante de los padres hacia sus hijos. Además, la falta de empatía parental ha sido considerada como un factor relevante en los resultados negativos de los tratamientos (Jones, 1987) y como un criterio para la retirada de los derechos parentales (Schetky, Angell, Morrison y Sack, 1979). Asimismo, se ha sugerido que el desarrollo de las capacidades empáticas debe ser un componente del tratamiento de los perpetradores de maltrato físico

infantil y que debe promoverse la evaluación de la efectividad de este tipo de tratamientos centrados en el desarrollo de la empatía (Wiehe, 1997).

La hipótesis sobre la posible falta de empatía de los sujetos maltratadores hacia sus hijos proviene de las teorías generales sobre la agresión. Estos modelos han planteado que un problema en la capacidad empática podría jugar un rol importante en la agresión (Feshbach, 1964; Feshbach y Feshbach, 1982; Parke y Slaby, 1983). Por ejemplo, Feshbach (1964) propuso que la empatía tiene un efecto inhibitor en la agresión porque facilita conductas que son incompatibles con la agresión. Desde una perspectiva cognitiva, Feshbach (1972, en Feshbach, 1975) señaló que la agresión podría ser menos frecuente en las personas con mayor capacidad empática porque la habilidad de tomar la perspectiva de otros podría llevar a una mejor comprensión de la posición del otro, reduciendo así la ocurrencia de situaciones conflictivas. Desde una perspectiva emocional, la observación del sufrimiento de una víctima resultará en la inhibición de la agresión cuando el agresor comparte el malestar de la víctima (Feshbach y Feshbach, 1982) o experimenta una respuesta emocional reactiva de preocupación empática (Miller y Eisenberg, 1988).

La evidencia empírica ha apoyado esta hipótesis mostrando que, generalmente, cuando un agresor observa las señales de dolor de su víctima, cesa los ataques posteriores contra la víctima (Baron, 1971a, 1971b; Buss, 1966a, 1966b; Geen, 1970; Tilker, 1970).

Si la hipótesis de que los sujetos maltratantes y alto riesgo tienen problemas para empatizar con sus víctimas es correcta, sería razonable esperar que los padres/madres maltratantes y los sujetos alto riesgo para el maltrato físico infantil no muestren las reacciones de activación empática e inhibición de la agresión ante las señales de dolor de sus víctimas.

El objetivo del presente estudio fue analizar si los sujetos alto riesgo para el maltrato físico infantil reducían su conducta agresiva ante las señales de dolor de una víctima.

En concreto, en el presente estudio se esperaba una interacción significativa entre la condición de riesgo de las participantes y la condición de señales de dolor. Se esperaba que las participantes bajo riesgo para el maltrato físico infantil agredieran menos en presencia que en ausencia de señales de dolor de la víctima. Sin embargo, no se esperaba esta diferencia para las participantes alto-riesgo ya que se esperaba que agredieran con la misma intensidad en ambas condiciones de señales de dolor.

Para analizar la hipótesis anterior, se llevó a cabo un estudio. Dado que los principios éticos de la Asociación Española de Psicólogos establece en sus artículos 34º, 35º y 36º (WWW del Colegio Oficial de Psicólogos) normas para mantener procedimientos adecuados, se utilizó una simulación en la que a los participantes se les da la oportunidad de agredir físicamente a otra persona mediante descargas eléctricas cuando realizan fallos en una tarea de percepción visual.

Método

Participantes

Ochenta estudiantes (40 alto- y 40 bajo riesgo para el maltrato físico infantil) de la Universidad del País Vasco participaron en el experimento. Fueron seleccionadas de un total de 685 participantes en base a sus puntuaciones en la Escala de Abuso de la versión española del Child Abuse Potential (CAP) Inventory (Milner, 1986). Las participantes alto-riesgo fueron seleccionadas por mostrar puntuaciones mayores al punto de corte 32 de la Escala de Abuso (De Paul, Arruabarrena, Mugica y Milner, 1999). Las participantes bajo-riesgo fueron seleccionadas por mostrar puntuaciones menores que 11 en la Escala de Abuso (percentil 29 para esta muestra).

Diseño

Se utilizó un diseño experimental 2 x 2 (riesgo para el maltrato físico infantil: alto vs. bajo y señales de dolor de la víctima: presentes vs. ausentes). Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a las condiciones de señales de dolor. La experimentadora fue ciega a la condición de riesgo de las participantes. La media de la intensidad de las descargas eléctricas que las participantes proporcionaban en 10 pruebas y la empatía que informaban haber experimentado mientras proporcionaban descargas a una persona fueron las variables dependientes.

Instrumentos

Para seleccionar a las participantes se utilizó la versión española del Child Abuse Potential Inventory (De Paul, Arruabarrena, Mugica & Milner, 1999; Milner, 1986).

Con el objetivo de analizar la respuesta empática situacional de las participantes se utilizó una versión en castellano del instrumento *Emotional Response Questionnaire* de Batson y Coke (1981).

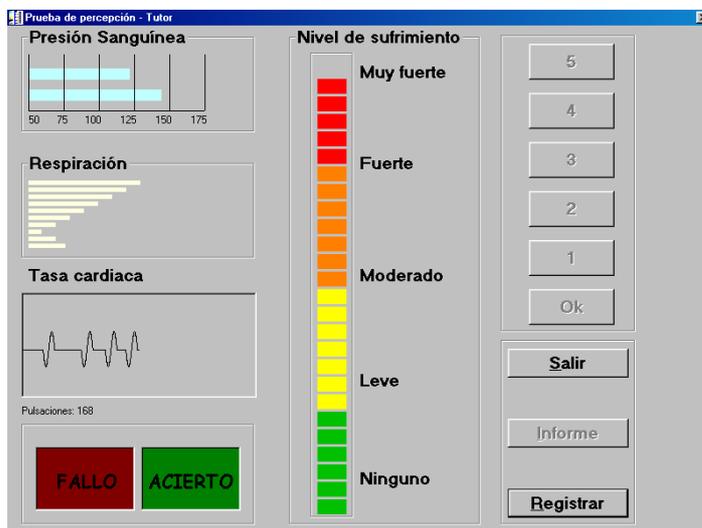
Aparatos

Hubo que acondicionar dos laboratorios para la realización de los experimentos. La primera sala estaba equipada con un ordenador, una lámpara verde, un aparato para proporcionar descargas eléctricas (Slendertone Standard Model) y un polígrafo (Lafayette Model 76102). En realidad, se trataba de una simulación y aunque todos los aparatos se encontraban en funcionamiento a la llegada del sujeto, ninguno sería utilizado en la tarea. Supuestamente este laboratorio era el lugar donde el otro participante (inexistente en realidad) haría la tarea.

La segunda sala estaba equipada con un ordenador y una mesa en la que el sujeto completaría los cuestionarios. El ordenador estaba equipado con un software ad hoc diseñado para replicar la máquina de agresión de Buss (1961) y el *Psychoautonomic Pain Meter* de Baron (1971a, 1971b, 1974, 1979). La máquina de agresión era similar a otras empleadas en estudios previos (e.j., Baron 1971a). Contenía 5 botones que servían a los participantes para administrar descargas eléctricas de diferentes intensidades si el otro sujeto realizaba un error en la tarea. El *Psychoautonomic Pain Meter* fue diseñado para informar a los participantes del nivel de sufrimiento que el supuesto compañero experimentaba cada vez que recibía una descarga. Sin embargo, la variación de la respuesta fisiológica que se mostraba a las participantes estaba bajo el

control del programa informático y variaba en función de la intensidad de descarga que el sujeto eligiera para el compañero. El software diseñado para esta investigación (ver Figura 1 para un ejemplo de pantalla) permitía al participante ver en su pantalla (a) dos indicadores que le informaban del rendimiento del otro sujeto, (b) 5 botones para castigar a la víctima y un botón para darle un refuerzo (luz verde) y, (c) la nueva versión del *Psychoautonomic Pain Meter* que, además de una barra horizontal que informaba del nivel de sufrimiento, proporcionaba información fisiológica constante (tasa cardíaca, respiración y presión sanguínea).

Figura 1. Pantalla de ordenador en la condición de presencia de señales



Procedimiento

El objetivo que con el que se implicaba a las participantes en el experimento era analizar los efectos del castigo en la detección de señales visuales, pretexto muy similar al utilizado en las investigaciones sobre agresión (Baron, 1971a; Geen, 1970; Hartmann, 1969; Milgram, 1965; Tilker, 1970). Con un procedimiento similar al utilizado por Buss (1966a, b) y Perry y Perry (1974) las participantes debían avisar a un supuesto compañero sobre su rendimiento (luz ante acierto y descarga eléctrica ante fallo) en una tarea de percepción visual.

Resultados

La principal variable dependiente en el presente estudio fue la media de la intensidad de las descargas eléctricas que las participantes creían que proporcionaban a un segundo participante en 10 pruebas. Basados en la literatura sobre agresión (Baron, 1971a, 1971b; Buss, 1966a, 1966b; Geen, 1970; Milgram, 1965; Tilker, 1970), se esperaba un efecto principal significativo para las señales de dolor. Se esperaba que ambos grupos de sujetos agredieran menos en presencia de señales. Además se esperaba un efecto principal significativo de la condición de riesgo de las participantes. Se esperaba que las participantes alto riesgo, en comparación de las participantes bajo riesgo, emitieran conductas más agresivas independientemente de las de la condición de señales de dolor. Sin embargo, se esperaba que estos efectos principales estuvieran cualificados por una interacción significativa entre la condición de riesgo de las participantes y la condición de señales de dolor. Se esperaba que sólo los participantes bajo riesgo, en comparación de los

participantes alto riesgo, agredieran menos en presencia de señales que en ausencia de las mismas. Las hipótesis fueron analizadas a través de un análisis de varianza (ANOVA) de dos factores (2 x 2).

Tabla 1.

Análisis de varianza de la media de intensidad de descargas eléctricas proporcionadas por las participantes.

Fuente	Df	F	p
Riesgo para el maltrato infantil (A)	1	4.06*	.047
Señales de dolor (B)	1	1.26	.265
A X B	1	4.69*	.033
Error	76		

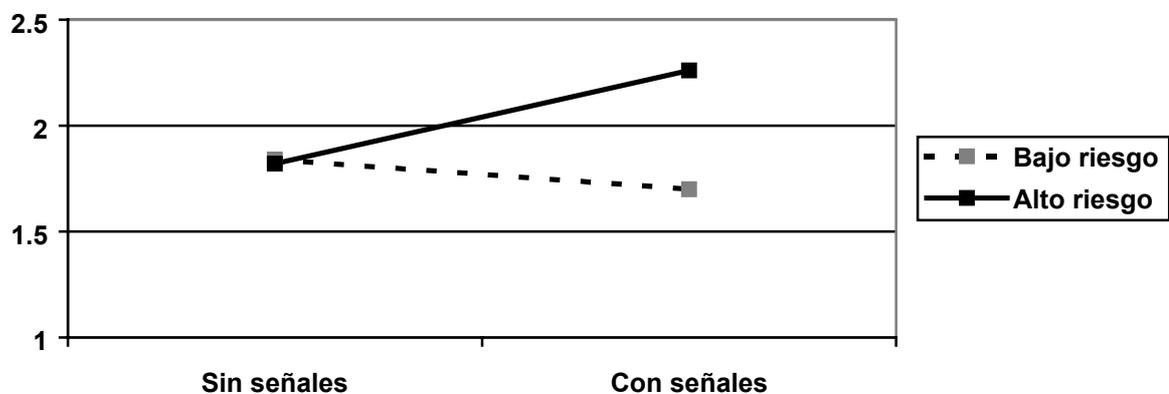
Nota. * $p < .05$.

Como se esperaba, se encontró un efecto principal significativo (ver Tabla 1) de la condición de riesgo. Las participantes alto riesgo, en comparación de las participantes bajo riesgo, agredieron con mayor intensidad. Sin embargo, en contra de lo esperado, el efecto principal de las señales no fue significativo. Los resultados mostraron asimismo una interacción significativa entre la condición de riesgo de las participantes y las condiciones de señales de dolor. Se llevaron a cabo análisis univariados de la varianza (ANOVAs) de esta interacción para analizar las diferencias entre los cuatro grupos (alto riesgo con señales de dolor, alto riesgo sin señales, bajo riesgo con señales y bajo riesgo sin señales) en la media de intensidad de descargas que proporcionaron (ver Figura 2). Los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos, $F(3, 79) = 3.34$; $p < .05$. Tras el ANOVA, las diferencias significativas fueron analizadas utilizando tests de Tukey ($p < .05$).

Se observó que las participantes alto riesgo en presencia de señales de dolor de la víctima mostraban mayores niveles de agresión, $p < .001$, que los otros tres grupos.

Figura 2.

Media de la intensidad de descargas eléctricas que las participantes alto y bajo riesgo para el maltrato físico infantil proporcionaban en presencia y en ausencia de señales de dolor de una víctima



Respecto a las reacciones de preocupación empática y malestar personal de las participantes, se esperaba un efecto principal de las señales de dolor. Se esperaba que las participantes en presencia de señales de dolor informaran haber experimentado mayor malestar personal y preocupación empática que las participantes que no presenciaron las señales de dolor de la víctima. Además, se esperaba un efecto principal significativo para la condición de riesgo de las participantes. Se esperaba que las participantes alto riesgo, en comparación de las participantes bajo riesgo, informaran que habían experimentado menos preocupación empática y más malestar personal. Las

hipótesis fueron analizadas a través de un análisis de varianza (ANOVA) de dos factores (2 x 2).

Como se esperaba, se encontró un efecto principal significativo de las señales de dolor de la víctima (Wilk's Lambda = .874; $F(2, 75) = 5.39$; $p < .01$). Se llevaron a cabo análisis univariados de la varianza (ANOVAs) para cada medida de empatía (malestar personal y preocupación empática). Los resultados mostraron que no había diferencias significativas para la dimensión de preocupación empática en función de la condición de señales en la que estaban las participantes ($p > .05$). Para la dimensión de malestar personal, se encontró una diferencia significativa entre las condiciones de señales de dolor, $F(3, 76) = 10.23$; $p < .01$. Las participantes en presencia de señales de dolor de la víctima afirmaron haber experimentado más malestar personal que en la condición en la que no observaban estas señales.

Sin embargo, en contra de lo esperado, el efecto principal de la condición de riesgo de las participantes no fue significativo (Wilk's Lambda = .93; $F(2, 75) = 2.54$; $p = .085$).

Discusión

La evidencia proveniente de la literatura sobre agresión apoya la hipótesis de que el feedback de sufrimiento de una víctima reduce la intensidad de la agresión dirigida contra la víctima (Baron, 1971a, 1971b; Buss, 1966a, 1966b; Geen, 1970) o incrementa la probabilidad de ayudar a la víctima (Milgram, 1965; Tilker, 1970). Por tanto, se esperaba que ambos grupos agredieran menos ante las señales de dolor de la víctima que sin las mismas.

Sin embargo, en el presente estudio no hubo diferencias entre las condiciones de presencia y ausencia de señales de dolor. Este hallazgo podría ser preocupante ya que podría estar indicando que la nueva versión del *Psychoautonomic Pain Meter* no es una señal lo suficientemente potente como señal de dolor.

La interacción entre la condición de riesgo de las participantes y la presencia/ausencia de señales de la víctima apoya la hipótesis de que los sujetos alto riesgo para el maltrato físico infantil no inhiben la agresión en presencia de señales de dolor de una víctima. Además, los resultados mostraron que las participantes agredían significativamente más ante estas señales. Las señales de dolor de la víctima parecían facilitar ataques posteriores contra la víctima, quizás porque las participantes alto riesgo encontraban de alguna manera reforzante el feedback de la víctima (Baron, 1974).

Sin embargo, es interesante el hallazgo de que las participantes alto y bajo riesgo no mostraran diferencias en las reacciones de preocupación empática ante la víctima. Dado que las participantes alto riesgo agredieron con mayor intensidad, era esperable que informaran que sentían menos preocupación empática hacia la víctima. Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de interpretar con precaución los datos que provienen de autoinformes.

Sería interesante replicar los resultados de la presente investigación y dada la importancia del hallazgo, sería conveniente tener en cuenta los datos obtenidos en el tratamiento de sujetos maltratantes y alto riesgo.

Referencias

Azar, S.T. (1997). A cognitive behavioral approach to understanding and treating parents who physically abuse their children. En D.A. Wolfe, R.J. McMahon, y R. DeV. Peters (Eds.), *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan* (pp.79-102). Thousand Oaks CA: Sage.

Baron, R. A. (1971a). Aggression as a function of magnitude of victim's pain cues, level of prior anger arousal, and aggressor-victim similarity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 48-54.

Baron, R. A. (1971b). Magnitude of victim's pain cues and level of prior anger arousal as determinants of adult aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 236-243.

Baron, R. A. (1974). Aggression as a function of victim's pain cues, level of prior anger arousal, and exposure to an aggressive model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 117-124.

Baron, R. A. (1979). Effects of victim's pain cues, victim's race, and level of prior instigation upon physical aggression. *Journal of Applied Social Psychology*, 9, 103-114.

Batson, C. D. y Coke, J.S. (1981). Empathy: A source of altruistic motivation for helping? En J. P. Rushton y R. M. Sorrentino (Eds.), *Altruism and helping behavior: Social, personality and developmental perspectives* (pp. 167-187). Hillsdale, N. J.: Erlbaum.

Buss, A. H. (1961). *The Psychology of aggression*. New York: Wiley.

Buss, A. H. (1966a). The effect of harm on subsequent aggression. *Journal of Experimental Research in Personality*, 1, 249-255.

Buss, A. H. (1966b). Instrumentality of aggression, feedback, and frustration as determinants of physical aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 153-162.

Colegio Oficial de Psicólogos (C.O.P) WWW. *Código deontológico del psicólogo*. Retrieved January, 8, 2001, from <http://www.cop.es/cop/codigo.txt>.

Crick, N. R. (1995). Relational aggression: The role of intent attributions, feelings of distress, and provocation type. *Development and Psychopathology*, 7, 313-322.

De Paul, J., Arruabarrena, M. I., Mugica, P. y Milner, J. S. (1999). Validación de una versión española del Child Abuse Potential Inventory. *Estudios de Psicología*, 62-63, 55-72.

Feshbach, S. (1964). The function of aggression and the regulation of aggressive drive. *Psychological Review*, 71, 257-272.

Feshbach, N. D. (1975). Empathy in children: Some theoretical and empirical considerations. *The Counseling Psychologist*, 5, 25-30.

Feshbach, N. D. y Feshbach, S. (1982). Empathy training and the regulation of aggression. Potentialities and limitations. *Academic Psychology Bulletin*, 4, 399-413.

Geen, R. G. (1970). Perceived suffering of the victim as an inhibitor of attack-induced aggression. *The Journal of Social Psychology*, 81, 209-215.

Gelles, R.J. (1998). The youngest victims: Violence toward children. En R.K. Bergen (Ed.). *Issues in intimate violence* (pp. 5-24). CA: Sage Publications.

Hartmann, D. P. (1969). Influence of symbolically modeled instrumental aggression and pain cues on aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 11, 280-288.

Jones, D.H. (1987). The untreatable family. *Child Abuse & Neglect*, 11, 409-420.

Larrance, D. T. y Twentyman, C. (1983). Maternal attributions and child abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 449-457.

Milgram, S. (1965). Some conditions of obedience and disobedience to authority. *Human Relations*, 18, 57-76.

Miller, P. A. y Eisenberg, N. (1988). The Relation of Empathy to Aggressive and Externalizing/Antisocial Behavior. *Psychological Bulletin*, 103, 324-344.

Milner, J. S. (1986). *The child abuse potential inventory: Manual* (2nd ed.). Webster, NC: Psytec Corporation.

Milner, J. S. (2000). Social information processing and child physical abuse: Theory and research. En D. J. Hersen (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 45. Motivation and child maltreatment*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Milner, J.S. y Crouch, J.L. (1999). Child physical abuse: Theory and research. En R.L. Hampton, T.P. Gullotta, G.R. Adams, E.H. Potter, y R. Weissberg (Eds.), *Family violence: Prevention and treatment* (pp. 33-65). Newbury Park CA: Sage.

Milner, J.S. y Dopke, C. (1997). Child physical abuse: Review of offender characteristics. En D.A. Wolfe y R.J. McMahon (Eds.). *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan*. Banff International behavioural science series, 4, 27-54. CA: Sage Publications.

Parke, R. D. y Slaby, R.G. (1983). The development of aggression. En E. M. Hetherington (Ed.), *Manual of child psychology. Vol. 4. Socialization, personality and social development* (pp. 549-641). New York: John Wiley y Sons.

Perry, D. G. y Perry, L. C. (1974). Denial of suffering in the victim as a stimulus to violence in aggressive boys. *Child Development*, 45, 55-62.

Schetky, D. H., Angell, R., Morrison, C. V. y Sack, W. H. (1979). Parents who fail: A study of 51 cases of termination of parental rights. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 366-383.

Steele, B. (1980). Psychodynamic factors in child abuse. En C. Kempe y R. Helfer (Eds.), *The battered child* (pp.49-85). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Tilker, H. A. (1970). Socially responsible behavior as a function of observer responsibility and victim feedback. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 95-100.

Wiehe, V.R. (1997). Approaching child abuse treatment from the perspective of empathy. *Child Abuse & Neglect*, 21, 1191-1204.

**ESTA COMUNICACIÓN SERIA PARA PRESENTAR COMO
COMUNICACIÓN ORAL**

REGISTRO DE CASOS DETECTADOS DE MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J.
Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales

La Comunidad de Madrid inicio el 1 de enero de 1999 un registro de casos de maltrato infantil detectados desde el ámbito sanitario.

La importancia real de este problema es desconocida, teniendo los profesionales sanitarios una posición privilegiada en la prevención, detección e intervención de los casos.

Objetivos:

1. Conocer las características epidemiológicas y morbi-mortalidad del maltrato infantil detectado desde el ámbito sanitario; 2. Prevenir, detectar y tratar los casos de maltrato infantil, así como facilitar la comunicación y la actuación de los servicios sociales; 3. Disponer de datos para elaborar programas destinados a la promoción de los derechos y bienestar infantil.

Material: Todos los niños que acudan a consultas. Al implicar a toda la red sanitaria y considerando que la población infantil en situación de riesgo acude a consulta con gran periodicidad (Programa Niño Sano, urgencias) la cobertura del Programa debe ser muy elevada.

Método: Utilización de la *Hoja de notificación*, en papel autocopiativo que consta de tres copias: una para enviar al registro (mediante correo a franquear en destino), otra para guardar en la historia clínica y la tercera para remitir a los servicios sociales a los efectos de iniciar la atención al niño y su problemática familiar.

Resultados. Se presentan y comentan los datos de las 1.014 notificaciones recibidas en los tres primeros años.

Comentarios: La mayoría de los casos corresponden a situaciones de negligencia y maltrato físico siendo ligeramente superior la notificación desde los hospitales que desde Atención primaria .

Conclusiones: La implicación del ámbito sanitario en la detección y tratamiento, asegurando la atención social a los niños se ha visto favorecida mediante la formación y al establecer un sistema estandarizado de notificación de todos los casos a los servicios sociales, además de otras notificaciones necesarias según la gravedad del caso: Parte de lesiones al Juez de Guardia, policía, ... según establece la legislación vigente.

**ESTA COMUNICACIÓN SERIA PARA PRESENTAR COMO
COMUNICACIÓN ORAL**

ESTA COMUNICACIÓN SERIA PARA PRESENTAR COMO POSTER

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN MALTRATO INFANTIL PARA EL ÁMBITO SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J.
Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales

El Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid que se inicio en 1998 contempla como una prioridad dentro de sus actividades la formación.

Objetivos: 1. Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en los problemas psicosociales de la infancia y la detección precoz del maltrato infantil. 2. Crear una red de, informantes. Para ello, en cada Área sanitaria, hospital,..., se ha creado la figura de referente del Programa. 3. Facilitar la coordinación con servicios sociales.

Material: Profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras).

Método: 1. *Cursos* de 32 horas lectivas para profesionales sanitarios, asisten de cada Área y hospital, y de otros recursos sanitarios (municipales, privados,..). Se celebran en hospitales; 2. *Reuniones semestrales* de seguimiento y formación continuada en cada una de las 11 Áreas Sanitarias de Madrid.; 3. *Formador de formadores:* se celebrarán los años 2001-2002 cursos en cada una de las 11 Áreas Sanitarias de Madrid organizados y dirigidos por los referentes, asistentes a los cursos y a las reuniones de seguimiento., que serán, fundamentalmente, el profesorado.

Resultados: Se han realizado desde noviembre de 1998:

- 4 cursos para el ámbito de Atención Primaria y Hospitalaria (H.G.U. Gregorio Marañón, 12 de Octubre, San Rafael, Aire), 2 para Salud mental (H. Niño Jesús, Clínico San Carlos) y 3 para detección de riesgo social en la embarazada (matronas, neonatología,...) (H. Niño Jesús, Santa Cristina y H. G. U. Gregorio Marañón), 1 de Atención al Abuso Sexual (Centro de Servicios Sociales La Guindalera). Numero de asistentes totales: 820.

- 40 reuniones de presentación del Programa

- 40 reuniones de seguimiento

Conclusiones: Existe una gran demanda de formación ante el desconocimiento acerca de aspectos clínicos del maltrato infantil, sistema actual de protección de menores y de la intervención así como por las falsas creencias y mitos que dificultan la intervención de los profesionales sanitarios.

ESTA COMUNICACIÓN SERIA PARA PRESENTAR COMO POSTER

ESTA COMUNICACIÓN SERIA PARA PRESENTAR COMO POSTER

ATENCIÓN A LA SALUD EN CENTROS DE MENORES (ACOGIMIENTO RESIDENCIAL)

Díaz Huertas JA., Esteban Gómez J.

Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Madrid.

Las instituciones de acogimiento infantil, que tienen sus orígenes en la Edad Media surgen ante la necesidad de atender a los niños abandonados, en situación de desamparo y como una forma de prevenir el infanticidio.

Los centros de acogida atienden a aquellos niños que necesitan ser separados urgentemente de su medio familiar por presentar una problemática social grave o no tienen una familia que pueda atenderles.

En la actualidad, los centros de acogimiento residencial se caracterizan por:

- Son un recurso social para casos necesarios.
- Son centros pequeños y abiertos.
- Están territorializados.
- Los equipos son multiprofesionales.
- La atención de los niños es integral y normalizadora.

Básicamente los menores ingresan por una falta de atención a los deberes de protección por parte de los padres o tutores , debido a:

- Incumplimiento (abandono, no reconocimiento de los padres)
- Imposible (orfandad, prisión de los padres, enfermedad, ingreso hospitalario)
- Inadecuado (maltrato físico, negligencia, abuso sexual)
- Conflicto familiar

Durante un tiempo, siempre transitorio, se estudia el caso para que el niño pueda volver a su medio familiar, pasar a una residencia o salir en régimen de acogimiento familiar o adopción.

Los niños atendidos en centros de acogimiento residencial, protección y reforma, requieren:

- Atención sanitaria específica
- Conocimiento de su problemática sanitaria
- Intervención adecuada a su situación
- Divulgación científica de las necesidades socio-sanitarias de esta población.

El Instituto Madrileño del Menor y la Familia, organismo responsable de la protección de menores en la Comunidad de Madrid. El equipo de salud para la atención de los niños en los centros de acogimiento residencial está formado por 10 médicos, 21 Diplomados en Enfermería y 11 Auxiliares de Enfermería que desarrollan su actividad en 19 residencias con una capacidad de 1168 plazas.

El trabajo de los equipos de salud en estos centros forma parte de un equipo multiprofesional (educadores, trabajadores sociales, psicólogos, médicos enfermeras, etc).

Si bien no se puede considerar que la población que se atiende sean niños enfermos, si podemos hablar de problemas de salud prevalentes en esta población: Sind. de alcoholismo fetal, malformaciones congénitas, negligencia y maltrato infantil y sus secuelas....., siendo a destacar en los últimos años el número de niños inmigrantes que se atienden (30 al 40 por ciento). En este marco la aplicación de los diagnósticos y procesos de enfermería están completamente integrados dentro del trabajo y los objetivos del equipo.

Presentamos datos referentes a la atención sanitaria en los referidos Centros.

ESTA COMUNICACIÓN SERIA PARA PRESENTAR COMO POSTER

ABUSO SEXUAL Y BULIMIA

J. García Pérez¹, J Lirio Casero¹, C. Salcedo Carrasco², G Morande Lavín³.

¹ Unidad de Pediatría Social. ² Unidad de Trabajo Social. ³ Unidad de Psiquiatría Infantil.
Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

Objetivos: estudiar los aspectos específicos del abuso sexual infantil (ASI), su relación con la severidad de los síntomas en una paciente hospitalizada, diagnosticada de bulimia.

Paciente y método: se investigo a una niña de 11 años, en diciembre de 2000, presento en la Consulta de Pediatría Social, remitida por su pediatra de Atención Primaria por presentar síntomas evidentes de trastorno del comportamiento alimentario y abuso sexual. Se realizo estudio nutricional, entrevistas estructuradas con el fin de obtener información detallada respecto a la agresión sexual. Se analizaron los síntomas más relevantes del comportamiento alimentario (Eating Disorder Inventory-2 EDI-2). El trastorno psiquiátrico fue estudiado mediante el Diagnostic Depresión Inventory (BDI). Se notifico al Instituto Madrileño del Menor y la Familia, al Juez de Guardia y al Fiscal de Menores.

Resultados: Los parámetros nutricionales estaban dentro de la normalidad. La pirosis y el dolor abdominal eran síntomas habituales. La bulimia y la depresión estaban en relación directa con el ASI.

Conclusiones: Las características específicas del ASI (intrafamiliar, repetición, niña 11 años) están relacionados con la gravedad tanto de los trastornos alimentarios (bulimia) como con la depresión asociada en esta paciente.

MALOS TRATOS EN EL AMBITO SANITARIO

J. García Pérez*; J. Lirio Casero*; G. Morande Lavín**; C. Salcedo Carrasco***; J.A. Díaz Huertas****

Unidad de Pediatría Social*, Unidad de Psiquiatría Infantil**, Unidad de Trabajo Social***; Insituto Madrileño del Menor y la Familia****.

OBJETIVOS:

Casuística, aspectos específicos, relación con la severidad de los síntomas y actuación multidisciplinar en pacientes atendidos en las unidades de Pediatría Social, Trabajo Social y Psiquiatría Infantil diagnosticados de maltrato.

PACIENTES Y METODOS:

Desde enero de 1997 a diciembre del 2000, participaron en el estudio 208 niños con historia de maltrato en sus diferentes tipos. Se realizaron entrevistas estructuradas para obtener información detallada de los acontecimientos y circunstancias que motivaron el maltrato. Se notificaron todos los casos al Instituto del Menor y la Familia así como al Juez y Fiscal de Menores.

RESULTADOS:

De los 208 niños las edades estaban comprendidas entre 0 y 8 años. 112(57% fueron niños) y 96 (43%) niñas 105 (50,7%) eran menores de 1 año, 147 (70,6%) menores de 3 años y 61 (30,7%) entre 3 y 8 años.

En cuanto a su tipología predomina la negligencia: 73 casos (35%) seguido del maltrato físico 46 casos (26%) el maltrato psíquico 44 (21%), maltrato prenatal 30 (19%) Munchausen por poderes 7 (3,5%) y abuso sexual 8 (4%).

En 148 (71%) de origen urbano, 170 (82%) de nivel económico bajo y con vivienda inadecuada: 129 casos (62%) 29 (14%) procedían de ambientes marginales.

En relación a los factores de riesgo 89 (43%) proceden de familia monoparental, 77 (37%) con drogadicción de los padres, 27 (13%) con alcoholismo y 35 (17%) con patología psiquiátrica. En los antecedentes de malos tratos en los padres, nos encontramos con 42 (20%) y en los hermanos de los estudiados 20 (9,7%), 87 (42%) de los padres no son conscientes de su comportamiento inadecuado.

CONCLUSION:

En maltrato puede presentarse de forma diversa. La incidencia mas elevada fue la negligencia. El abuso sexual seguro representó una baja incidencia, a nuestro juicio no correspondiendo a la realidad, dadas las dificultades de detección de dicha patología.

El perfil del niño maltratado fue el de un niño de edad temprana entre 0 y 3 años que pertenece a una familia de nivel social medio o bajo, que vive en zona urbana de, limitados recursos sociales y educativos, con padres que suelen tener problemas psíquicos o de droga sin tratamiento y con escasa conciencia de su inadecuado comportamiento, ya que han sido a su vez igualmente tratados en su infancia.

“La violencia en los estilos de resolución de conflictos familiares”

Un amplio número de estudios controlados indican que las disputas en las parejas con hijos, además de tener repercusiones en la propia pareja, tienen efectos importantes en los niños. Para conocer si esos efectos pueden tener consecuencias duraderas en la conducta del niño y qué características conductuales o socioemocionales tienen dichas consecuencias, se hace necesario un estudio detallado del proceso de resolución de conflictos en presencia de los hijos. El análisis de las formas en que dicha resolución se da, así como las pautas de respuesta de los niños expuestos en las discusiones de sus padres, es el tema central de este estudio. El presente estudio pretende describir la influencia que la interacción entre los padres tiene sobre la conducta de los hijos. Para recoger datos se usó un Cuestionario de Datos Familiares y Personales, El IMC, Inventario de Conflictos Maritales y el Sistema de codificación de Interacciones Maritales. La metodología del estudio se basó en grabaciones en vídeo de la interacción verbal y no verbal de 33 familias españolas, puestas en una situación de discusión en sus propios hogares. A partir de las grabaciones se hizo un minucioso análisis observacional de los patrones de comunicación. Las interacciones matrimoniales observadas se caracterizaron en función del afecto (como positivas, negativas o neutras). Por otra parte también se recogió, a partir de cuestionarios, información del clima social de la familia. La codificación observacional de la conducta que mostraban los niños ante estas interacciones, se focalizó en variables relacionadas con la ocurrencia de actividad independiente, interferencia física y verbal, proximidad física y verbal y sus respuestas sociales de obediencia o de desobediencia. La idea que subyace es que las pautas de comunicación específicamente no verbal con que los padres manejan sus conflictos, se relacionan con algún tipo de respuestas específicas por parte de sus hijos, especialmente cuando ellos están presentes durante la resolución. Se sugiere como más acertado pensar que el conflicto entre los padres es una fuente potencial de influencia negativa en el funcionamiento de los hijos. Hay una serie de variables que matizan esa posible influencia y que tienen que ver con las características y contexto de los hijos, así como con las características y contexto del conflicto en la pareja.

M^a Lydia Platas Ferreiro
Universidad de La Coruña

INTRODUCCIÓN

La investigación existente demuestra que si bien de forma genérica las disputas entre los padres implican un acontecimiento estresante en el niño, la medida en que eso implique un efecto de consecuencias estables en el niño, e incluso el valor negativo o positivo de ese efecto, depende de las características del niño (incluida la interpretación que el niño haga de los motivos de la discusión...), del contexto familiar (el estilo de enfrentamiento de los padres...) y del propio conflicto (su intensidad, forma, frecuencia, contenido, resolución, proporción de interacciones positivas, si llegan o no a una solución...). Un aspecto relativo a los efectos que estos acontecimientos familiares tienen sobre los hijos, y que ha preocupado a los investigadores durante mucho tiempo, se centra en ver si ya desde los primeros años de vida se puede constatar algún tipo específico de respuesta asociada con el estilo conflictivo de los padres. Este estudio se centra en el tipo de respuestas que los niños de edades comprendidas entre 1 y 3 años muestran ante sus padres cuando ellos resuelven, en presencia de sus hijos, sus desacuerdos y manejan de forma constructiva sus disputas.

FAMILIA Y CONFLICTO

En cualquier relación interpersonal surgen en algún momento tensiones y conflictos. Las relaciones de pareja no son una excepción. Sin embargo, la relevancia del conflicto y sus repercusiones son en este caso diferentes a otras relaciones, ya que además de afectar a los miembros de la pareja, no es extraño que se vean incluidos terceros, cuando los hay: *los hijos* (López y Escudero, 1996).

Cuando la tensión entre los progenitores se expresa mientras tratan de llegar a una solución común y existe un clima de afecto positivo, los niños pueden aprender que esa tensión es normal (al menos cotidiana) y no algo a lo que se deba temer. Sin duda, la mayor parte de los niños pueden crecer en familias en las que se alienta la libre expresión de una variedad de emociones

y ellos mismos llegan a sentirse cómodos expresando sentimientos diversos, ya sean positivos o negativos (Katz y Gottman, 1994).

EL CONFLICTO DESDE UN ENFOQUE SISTEMICO

La teoría sistémica de la familia constituye uno de los marcos conceptuales más importantes en el estudio de la interacción matrimonial y en la comunicación familiar. Desde una perspectiva estructural, la vida familiar de la mayoría de las personas casadas consiste en 2 subsistemas: *el subsistema parental*, relevante para las relaciones entre padres e hijos, y *el subsistema marital*, relevante para la relación entre marido y mujer. El hecho de que existan varios subsistemas no implica que éstos estén separados sino que, por el contrario, están conectados unos con otros. Por ello, la conducta y el estado de un subsistema se transfiere al otro subsistema. (Kurdek, 1996).

Las relaciones maritales y las relaciones entre padres e hijos son, por tanto, interdependientes; así que, cuando ocurre el conflicto en el matrimonio, éste afectará a cómo los padres tratan a sus hijos, a cómo los hijos tratan a sus padres y a cómo los padres se relacionan entre ellos. Contrariamente a lo que sería lógico esperar, la mayor parte de los estudios existentes ni siquiera examinan la interacción conflictiva de las parejas, es decir, el propio proceso comunicacional del conflicto, sino que evalúan el nivel de conflicto a través de medidas de autoinforme y cuestionarios. En apoyo a la idea de que es importante la evaluación del propio *proceso comunicacional* del conflicto, el presente estudio incluye un análisis de los patrones de interacción de la pareja y un análisis de la interacción familiar (padres-hijos). La incidencia que las disputas y conflictos tienen sobre los niños puede oscilar entre unos valores lo suficientemente aceptables como para crear un contexto constructivo, que les permita desarrollar habilidades de enfrentamiento muy valiosas para sus relaciones en el futuro (López y Escudero, 1996). Desde una visión constructiva del conflicto, lo relevante es CÓMO los padres utilizan estrategias adecuadas de resolución de problemas que les permitan superar los desafíos y cambios que conlleva su desarrollo evolutivo como pareja.

En el presente estudio, el conflicto consiste en pequeñas disputas o desacuerdos cotidianos que, si se manejan de forma adecuada, no implican la aparición de problemas en los patrones comunicativos y conductuales futuros de los hijos, ni de los propios padres (Epstein, Schlesinger y Dryden, 1988). Cuando las discusiones se caracterizan principalmente por aspectos positivos (risas, sonrisas, afecto, proximidad física, respeto, compromiso,...) y disminuyen los negativos (desaprobación, críticas, distanciamiento...), los niños muestran respuestas positivas o neutras y se reduce su inseguridad emocional, lo que a su vez les permite una mejor comprensión de cómo la gente maneja y resuelve sus desacuerdos (Davies y Cummings, 1994). Los sentimientos de los niños de un buen funcionamiento emocional y la capacidad para regular sus emociones se verán reforzados por la exposición a interacciones de este tipo. Por tanto, las discusiones entre los padres, pueden enseñar importantes lecciones sobre cómo aproximarse a las disputas interpersonales.

DIMENSIONES COMUNICACIONALES ESTUDIADAS EN LA INTERACCION MARITAL

¿Qué aspectos, qué dimensiones importantes son observables en las discusiones? Desde una perspectiva interaccional o sistémica (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967; Bavelas, 1990, 1994), podemos comenzar por desglosar dos grandes niveles de análisis: por un lado el referido al “*contenido o referencial*” (de qué se habla, la temática de la comunicación) y por otro, el “*relacional*” de la misma (lo relativo a cómo se dicen las cosas, las posiciones y roles de cada participante en la comunicación). Esta última dimensión, el ***control relacional***, se ha tenido en cuenta para analizar el proceso de interacción y sus patrones más significativos en las interacciones maritales de las 33 familias, y las ***conductas del niño***.

El Control relacional se refiere específicamente al proceso de comunicación, es decir, al flujo continuo de influencias que son ejercidas,

rechazadas o aceptadas durante la interacción humana. El sistema de codificación de la interacción de Rogers y Farace, está diseñado para codificar la dimensión de control implícita en la comunicación, en la medida en que todo mensaje, además de transmitir información, define de alguna manera la relación entre los actores (Haley, 1958, 1959) en situaciones diádicas. Finalizada la codificación anterior, se transforman esos códigos en 3 posibles tipos de *posiciones comunicacionales de control*, que se indican con los siguientes símbolos, también para cada mensaje: ↑ denominada posición “one-up” o “superior”. Indica un intento de aseverar una posición de dominio en el intercambio; ↓ denominada *posición “one-down” o “inferior”*. Indica que se solicita o acepta el dominio del otro en el intercambio; y → denominada posición “one-across”, que neutraliza cualquier posición de control, esto es, ni demanda ni acepta el dominio.

Hasta aquí, los análisis se habían referido únicamente a la categoría de “mensaje individual”, pero sin tocar los análisis diádicos o interpersonales. Este sistema de codificación, tiene como base conceptual, la forma en que Bateson describió la evolución de una relación interpersonal según dos tipos básicos de interacción: la interacción simétrica, en la cual la conducta de un individuo hacia otro es contestada con el mismo tipo de conducta, y la interacción complementaria, en la cual las conductas de ambas partes son básicamente diferentes y se complementan (Bateson, 1972). La Figura 1, muestra los 9 posibles tipos de intercambios diádicos o *transacciones verbales* que se pueden observar, teniendo en cuenta las posiciones de control de la relación que se produce entre los actores.

Figura 1. Tipos básicos de intercambio diádico de control de la relación

<i>Interactor A</i> <i>Tipo de mensaje</i>	Interactor B		
	<i>Tipo de respuesta</i>		
	↑	↓	→
Directivo ↑	↑↑ Simetría Competitiva	↑↓ Complementario	↑→ Transición
Sumisivo ↓	↓↑ Complementario	↓↓ Simetría Sumisiva	↓→ Transición
Neutral →	→↑ Transición	→↓ Transición	→→ Simetría Nivelada

Complementariedad (CP): secuencias en las que uno de los miembros de la díada mantiene una postura claramente directiva y definitiva de la relación que es también claramente aceptada por el otro miembro mediante muestras de aprobación y sumisión. En algunas parejas las secuencias complementarias se dan casi invariablemente con uno de los esposos en la posición directiva (complementariedad rígida). En otras parejas se intercambian con asiduidad y fluidez los roles directivo y sumiso (complementariedad recíproca). **Simetría Competitiva (SC):** cuando ambos individuos mantienen una postura directiva y ambos se definen a sí mismos como determinantes en cuanto a la toma de decisiones o en cuanto a la manera de dirimir el desacuerdo. Ambos intercambian instrucciones y contraórdenes, desacuerdos, descalificaciones, etc. En este tipo de secuencias el tono afectivo que acompaña la rivalidad es de vital importancia, ya que el conflicto en las parejas clínicas, con respecto al de las parejas armoniosas, no se caracteriza por tener más simetría competitiva, sino por la estrecha asociación de la simetría competitiva con la reciprocidad de afecto y emociones negativas. (Escudero, et al 1997). **Simetría Sumisiva (SS)** y **Simetría Neutral (SN):** las personas intercambian diádicamente mensajes relacionales de similar orientación o dirección, sin que sean competitivos. Se da por ejemplo, cuando ambos desarrollan la argumentación de un tema en términos neutrales, o bien cuando ambos declinan en el otro la toma de una posición relacional directiva. **Transición (TR):** los patrones de interacción en los que uno de los individuos mantiene una posición neutral respecto al control. Especialmente, el patrón en el que un interlocutor mantiene una posición de aceptación positiva ha resultado ser característico de las fases de negociación y resolución de conflictos interpersonales (Escudero et al, 1997). **Secuencias Triádicas (ST):** Cuando los mensajes emitidos por la díada se ven influenciados por alguna conducta o intervención de un tercero

(generalmente los niños cuando se estudia el sistema familiar), esa transacción se denomina “*secuencia triádica*”. Se da cuando un mismo mensaje de uno de los interlocutores, se dirige a los 2 restantes (el otro esposo y el hijo), a uno de forma directa y al otro de forma indirecta; es decir, cuando un padre se dirige al niño y a continuación, la madre también emite un mensaje para el niño, inevitablemente el mensaje de la madre, tendrá un valor (un efecto) relacional indirecto para el padre.

Por otra parte, para observar de un modo sistemático y sistémico el rango de conductas que los niños pequeños manifiestan en la situación específica de resolución de conflictos de sus padres, se utilizó un sistema de categorías denominado CICOD (Escudero y López, 1996). CICOD abarca únicamente los comportamientos y reacciones externas y observables de los niños. Si bien es cierto que también se podría especular sobre la intención que tiene el niño en cada una de sus conductas, lo que realmente interesa es ver el efecto que esa conducta infantil tiene con respecto a la situación de discusión de los padres y las reacciones conductuales de los niños... independientemente de la intención subjetiva de éstos. La muestra estaba compuesta por 33 parejas casadas y su hijo/a que fueron observadas en sus propios hogares.

RESULTADOS

El primer objetivo señalado en este estudio era el análisis de los diferentes estilos de resolución de las disputas matrimoniales. A este respecto, las puntuaciones medias obtenidas por la pareja en el control relacional (ver Tabla 1) nos indican que un 26% del tiempo que dura la interacción conflictiva, los padres se caracterizan por mantener posturas complementarias (la postura directiva de uno es aceptada por el otro); del mismo modo otro 28% del tiempo los padres están en transición, lo que implica que uno de los esposos mantiene una postura neutral respecto al control del otro, constituyendo éste un patrón que caracteriza las fases de negociación y resolución de conflictos interpersonales. Las secuencias

triádicas corresponden a un 18% del tiempo total dedicado a la resolución del conflicto. En situaciones diádicas sólo un 13% del tiempo dedicado a la interacción se caracteriza por simetría competitiva ($\uparrow\uparrow$) entre padre y madre. El tiempo medio dedicado a la simetría sumisiva ($\downarrow\downarrow$) fue de un 11%.

Tabla 1. Resultados obtenidos para el Control Relacional de los padres: Proporción de tiempo dedicado a cada categoría de la variable “Control Relacional”.

VARIABLE	Fase 1
Complementariedad	.26
Simetría Competitiva	.13
Simetría Sumisiva	.11
Simetría Neutra	.04
Transición	.28

En relación con el segundo objetivo de investigación, en el que se pretende analizar las conductas de los niños durante las discusiones de sus padres, las puntuaciones medias globales indican (ver Tabla 2) que la actividad independiente del niño lo mantenía ocupado durante un 63% del tiempo total, dedicando un 30% a interferir física o verbalmente en la actividad de los padres y tan solo un 5% a aproximarse a ellos.

Tabla 2. Resultados obtenidos para las respuestas del niño: Proporción de tiempo dedicado en cada fase a cada categoría de la variable “Respuestas del niño”.

VARIABLE	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Interferencia (INT)	.30	.29	.24
Actividad Independiente (AI)	.63	.61	.72
Proximidad (PRO)	.06	.05	.03
Respuesta Social (RS)	.01	.05	.01

En líneas muy generales, esta primera aproximación nos lleva a resaltar lo siguiente, con referencia al tiempo total entre las tres fases dedicado a la discusión de los padres en presencia de su hijo: en lo que se refiere al control relacional, un 52% de ese tiempo los padres mostraron posturas complementarias y de transición, en cuanto a las respuestas del niño, un 65% del tiempo total los niños respondieron a esa interacción parental con juego independiente.

- Análisis de contingencias:

La presencia o ausencia de unas variables, así como la duración de éstas, nos ayuda a entender tan sólo en parte esas interacciones conflictivas de los padres en presencia de sus hijos. Pero, únicamente con un análisis de este tipo, no es posible saber qué relación existe entre unas y otras, o hasta qué punto cuando ocurre una ocurre la otra. En definitiva, nosotros podemos saber que el niño principalmente juega de forma independiente y que los padres muestran básicamente un afecto neutro y patrones relacionales complementarios. Pero no podemos saber si todas esas respuestas del niño ocurren simultáneamente, contingentemente con la de los padres o si por el contrario, ocurren justo en otros momentos en que los padres se muestran más negativos, competitivos, etc.

- Contingencias de orden 0

Es necesario por tanto, hacer un análisis de las contingencias de orden 0, que nos informarán de qué ocurre con el niño cuando los padres muestran una categoría conductual o afectiva determinada. A continuación se muestran los resultados de los análisis de las contingencias que se han encontrado entre las variables del “control relacional” de los padres y de las “respuestas del niño”.

- CP y AI: aquellas secuencias en las que uno de los padres mantiene una postura claramente directiva y que además es aceptada por el otro/a con aprobación y sumisión (lo que ocurre con una probabilidad de .26), se

relaciona con una actividad independiente por parte del niño; y - **STC y INT**: cuando los padres generan una coalición contra su hijo, lo que ocurre cuando el mensaje de uno de los padres dirigido al niño tiene un efecto aprobatorio hacia el otro padre, eso se relaciona con la conducta del niño de interferencia.

Si nos detenemos a profundizar en los resultados podremos ver que las respuestas del niño de actividad independiente (básicamente de juego, AIJ), son contingentes con un estilo específico de control relacional de los padres: la complementariedad (CP). Sin embargo, no podemos hablar de causalidad con respecto a si el niño responde con actividad independiente de juego (AIJ) porque los padres manejan su discusión mostrando un estilo de resolución complementario o si las conductas de ambos padres se complementan porque los hijos juegan independientemente. De la misma forma, se observa que, las secuencias triádicas que se producen entre padres e hijos (básicamente las de coalición) son contingentes con conductas de interferencia por parte del niño hacia sus padres. Estas contingencias se producen con un elevadísimo grado de significatividad y, simultáneamente, esa respuesta de interferencia del hijo es contingente con muestras de afecto positivo entre los padres. Como éste era un estudio descriptivo y observacional, las conclusiones que se extraen no son de tipo psicométrico sino descriptivas. En la mayoría de los hogares, el hecho de tener que solucionar un problema matrimonial es algo que ocurre diariamente. Los padres se ven implicados en disputas constructivas en presencia de sus hijos pequeños y discuten una gran variedad de temas, desde el cuidado de sus hijos hasta temas financieros. Esta investigación es inusual en el sentido de que se examinó la conducta real de los niños en un importante contexto, esto es, en una situación en la cual los propios padres de esos niños se implicaban en discusiones centradas en solucionar un problema.

En cuanto al *primer objetivo*, referido a la variable del control relacional, los intercambios diádicos más frecuentes fueron los de transición y complementariedad. Ambos patrones de interacción, aunque de

características diferentes, requieren por parte de los esposos, muestras de aceptación positiva y sumisión respectivamente, para compensar la posición de control que adopta el otro interlocutor. Ambos tipos de transacción verbal resultan característicos de las fases de negociación y resolución constructiva de conflictos interpersonales. En cuanto al *segundo objetivo* de este estudio, referido al análisis de las respuestas del niño durante las discusiones que los padres mantenían en su presencia, los resultados muestran que los comportamientos y reacciones externas observables más frecuentes del niño son la actividad independiente y la interferencia. Esto viene a confirmar que los niños básicamente ocupan ese tiempo jugando libremente, lo que implica que no se producen muestras de preocupación, miedo o angustia que provoque la interrupción de su juego. Cuando aparece la interferencia, ésta es básicamente física y principalmente indirecta; los niños interrumpen a los padres utilizando algún objeto que los alarme. En el resto de los casos, la interferencia es verbal pero básicamente directa, ya que el niño realiza verbalizaciones dirigidas directamente a los padres. Por tanto, no hay conductas de escape o evitación, ya que los niños no perciben peligrosidad durante el proceso de resolución de problemas de sus padres. Las conductas de proximidad son muy escasas, pero cuando ocurren son principalmente físicas, puesto que el niño no parece temer acercarse a sus padres en busca de contacto físico. Estos resultados indican que el niño se siente tranquilo aún cuando presencia el conflicto entre sus padres y que además no teme involucrarse en la tarea de discusión puesto que no se asocia con agresividad. La relación más significativa se produjo entre las secuencias de transición de la pareja y el juego independiente del niño. El hecho de que un padre se mantenga neutral frente a una postura controladora o directiva del otro, no perturba el juego independiente del niño, sino que correlaciona con él. Ese patrón de interacción es característico de las fases de negociación y resolución de conflictos; es percibido por el niño como un aspecto positivo dentro del proceso de la interacción global.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of the mind*. Nueva York: Ballantine Books.
- Bavelas, J.B. (1990). Behaving and Communicating: A reply to Motley. *Western Journal of Speech Communication*, 54, 593-602.
- Bavelas, J.B. (1994). Investigando la Pragmática de la Comunicación Humana. *Cuadernos de Terapia Familiar* (número especial monográfico sobre "Teoría de la Comunicación Humana).
- Davies, P. y Cummings, E.M. (1994). Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116 (3), 387-411.
- Epstein, N. Schlesinger, S.E. y Dryden, W. (1988). *Cognitive behavior therapy with families*. Brunner Mazel.
- Escudero, V. y López, S. (1996). *CICOD (Conducta infantil en el contexto de discusiones)*. *Manual de Codificación*. Manuscrito no publicado. Universidad de La Coruña.
- Escudero, V., Rogers, E. y Gutiérrez, E. (1997): Patterns of Relational Control and Nonverbal Affect in Clinic and Nonclinic Couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 5-29.
- Fincham, F.D., Grych, J.H. y Osborne, L.N. (1994). Does marital conflict cause child maladjustment? Directions and challenges for longitudinal research. *Journal of Family Psychology*, 8, (2), 128-140.
- Haley, J. (1958). An interactional explanation of hipnosis. *American Journal of Clinical Hipnosis*, 1, 41-57.
- Haley, J. (1959). *An interactional description of schizophrenia*. *Psychiatry*, 22, 321-332.
- Heatherington, L. y Friedlander, M.L. (1990). Complementarity and symmetry in family therapy communication. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 261-268.
- Katz, L.F. y Gottman, J.M. (1994). Patterns of marital interaction and children's emotional development. En R.D. Parke y S.G. Kellam (Eds.), *Exploring family relationships and other social contexts* (pp. 49-74). Nueva Jersey: LEA.
- Kurdek, L. (1996). Parenting satisfaction and marital satisfaction in mothers and fathers with young children. *Journal of Family Psychology*, 10 (3), 331-342.
- López, S. y Escudero, V. (1996). El conflicto de pareja y su repercusión en los hijos: una revisión. *Cuadernos de Terapia Familiar*.
- Markman, H.J. y Notarius, C.I. (1987). Coding Marital and Family Interaction: Current Status. En T. Jacob (Ed.), *Family Interaction and Psychopathology*. Nueva York: Plenum Press.
- Rogers, L.E. y Farace, R.V. (1975). Analysis of relational communication in dyads. New measurement procedures. *Human communication research*, 1, 222-239.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. Nueva York, W.W. Norton and Company.

VI CONGRESO ESTATAL SOBRE INFANCIA MALTRATADA

COMUNICACIÓN

“LOS JÓVENES Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO”

Carlos Morenilla Jiménez

Adjunto Segundo al Síndic de Greuges de la Comunidad Valenciana

I

El presente estudio se concreta a las formas de violencia contra la mujer, niña o adulta, perpetradas por el agresor varón por razón del género femenino de su víctima. La llamada “violencia de género” que ahora se examina rebasa la noción tradicional de “violencia contra la mujer” para referirse, no solamente a las agresiones sexuales, ataques al honor y a la libertad, malos tratos físicos o psíquicos inferidos por el varón a la mujer que aparecen tipificados en el Código Penal, sino a cualquier conducta del hombre en sus relaciones con la mujer que constituya un tratamiento desigual y discriminatorio hacia la mujer en reivindicación de una posición de poder y preeminencia en la familia y en el grupo social que considera le corresponde.

La violencia de género así concebida responde y es una consecuencia de creencias y hábitos socio-culturales ancestrales de una asentada e indiscutida superioridad del varón sobre la mujer, que conforma todavía los patrones de relación de los sexos en nuestras sociedades y que se sigue perpetuando todavía en las sociedades mas evolucionadas, basadas en el principio democrático de la igualdad de todos los individuos ante la Ley. Estos estereotipos o “construcciones”

fundamentan una organización “asimétrica” de las relaciones humanas, de índole “patriarcal”, en la que el dominio y control corresponden al varón por su creatividad, inteligencia y fuerza física, mientras que la mujer por el contrario queda bajo su protección y dependencia. El conflicto que surge cuando la mujer se niega a aceptar la imposición del hombre se zanja por parte de éste con el recurso a la violencia física o psíquica con la injusta negación del derecho de la mujer a su libre determinación, a su dignidad y autoestima y al reconocimiento de méritos en pie de igualdad con el varón, y ello ocurre tanto en el domicilio familiar, centro laboral o cualquier ámbito de la vida.

Precisamente por ser esta violencia efecto de la tensión entre los sexos que se manifiesta en las mas diversas situaciones, afecta particularmente a la juventud no sólo en cuanto pueden los jóvenes ser sujetos activos o pasivos, como agresores o víctimas de la violencia, sino porque la experiencia vivida en el seno de la familia o en el centro de educación, irá formando o deformando su personalidad respecto a su rol futuro en las relaciones con el otro sexo, ya que el joven por su situación biológica entre el niño y el adulto es un ser con personalidad en desarrollo influenciado cuando no moldeado por las vivencias de esa etapa de su vida.

II

El tratamiento jurídico y social de la violencia de género, en cuanto a manifestación extrema de conducta de discriminación de la mujer, se sitúa primordialmente en el marco constitucional que establece los derechos y libertades individuales que nuestra Ley Fundamental consagra bajo la norma común del derecho a la igualdad y la prohibición de cualquier forma de discriminación por razón del sexo (artículo 14) y en cuanto a los jóvenes, comprendidos en la noción internacional de “niños” el artículo 39 prevé que “gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por

sus derechos”. Al Defensor del Pueblo y, en el ámbito de las competencias que le confieren los Estatutos de Autonomía a los Altos Comisionados ante las respectivas Cortes o Parlamentos Autonómicos, corresponde velar por el cumplimiento y respeto de estos derechos y libertades, siendo de resaltar que en el preámbulo de la Ley 11/1.998 de 26 de diciembre del Síndico de Agravios de la Comunidad Valenciana se confiere a esta Institución el control de la actividad de la administración pública de la Generalitat Valenciana para que suponga “un avance significativo en la sensibilización de nuestra sociedad hacia aspectos tan fundamentales como la no discriminación por razones de sexo”.

III

La violencia de género es la expresión ilícita de la existente asimetría de los sexos con una clara preeminencia del varón en desventaja de la mujer que genera la discriminación que sufre y cuyo origen se remonta a actitudes y usos primitivos e irracionales, que sin embargo se perpetúan en nuestra época igualitaria y de emancipación de la mujer. Los avances conseguidos en las últimas décadas por el movimiento feminista no han conseguido erradicar estas prácticas viciosas e incluso parece exacerbarlas a juzgar por la frecuencia y la gravedad con que se producen. Por ello las sociedades democráticas y las organizaciones internacionales vienen dedicando sus esfuerzos a esta cuestión que pone en entredicho el derecho a la igualdad de los seres humanos mediante la detección, prohibición y persecución de los actos de discriminación por razón del sexo o “género” y de las conductas violentas que origina en aplicación del principio básico de la igualdad proclamado en las Constituciones de los Estados y los grandes Textos Internacionales en materia de derechos humanos desde la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículos 1, 3 y 5), Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículos 2.1 y 3) Pacto Internacional de Derechos

Económicos Sociales y Culturales (artículo 3), ambos de las Naciones Unidas del año 1.966, Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950 (artículo14).

El esfuerzo de la Comunidad Internacional para erradicar de nuestras sociedades esta lacra de la violencia de género ha llevado a convenciones, conferencias y declaraciones sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y de violencia contra las mujeres basada en la pertenencia al sexo femenino, cómo la Declaración de 1979 y a la creación de un Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (1.992) encargado de vigilar el cumplimiento por los Estados de esta obligación internacional. Más recientemente (diciembre 1993) la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la “ Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” (Res. A.G. 48/104, ONU, 1994), el primer instrumento internacional de derechos humanos que aborda exclusivamente este tema, retomado en la Declaración de la IV Plataforma de Acción para Pekín de 1995. Este texto internacional se refiere a la “violencia contra la mujer” que se define de manera comprensiva como “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”, e incluye enumerativamente “ la violencia física, sexual o psicológica en la familia incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales o en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra”.

La trascendencia en el ordenamiento interno de los Tratados y Convenios Internacionales ratificados por España que, conforme al artículo 96.1 de la Constitución se incorporan al mismo, se complementa con el valor interpretativo de sus normas que confiere el artículo 10.2 a los tratados y acuerdos internacionales en materia de derechos humanos.

IV

El concepto de “género”, según una terminología de nuevo cuño, introducida por los psicólogos (Money, 1955) hace medio siglo para comprender los casos de intersexualidad y de general aceptación en la actualidad ensancha el ámbito del texto internacional citado, como se ha expuesto, y tipifica una forma más de violencia contra la mujer al incluir en el acto violento la motivación discriminadora o desvalorizadora del género femenino. Por esa motivación se traslada al campo del Derecho el elemento psicológico a que se refiere Rosa Pastor (“Reflexiones sobre la violencia de género: aspectos psico-sociales”, Información Psicológica, Abril 2001, p. 3) al afirmar que “la violencia de género en sus aspectos simbólicos, físicos, psicológicos y sociales constituye el ejercicio de desposesión de identidad e integridad personal o social por parte de quienes ocupan lugares de poder en organizaciones sociales, políticas o religiosas que mantienen relaciones, situaciones y tradiciones de asimetría y discriminación sexual”.

La novedad del concepto explica la ausencia de estadísticas y que los únicos datos disponibles sean las encuestas sociológicas sobre la actitud del varón y de la mujer respecto a la igualdad de los sexos o a situaciones de violencia respecto a la mujer que demuestran la persistencia de los viejos clichés discriminatorios y de las actitudes “machistas” entre los jóvenes y la tolerancia y “comprensión”, incluso, de las situaciones de discriminación de la mujer (Talleres

realizados sobre jóvenes escolares dentro del trabajo denominado “Educando para la concordia de género” que se llevó a cabo por la Dirección General de la Dona, dependiente de la Consellería de Bienestar Social y Asuntos Sociales de la Generalitat Valenciana en el año 2000).

V

La violencia de género en su proyección en la juventud de perpetuación de prejuicios de preeminencia y dominación de un género sobre otro que impiden una pacífica convivencia de todos los seres humanos solamente pueden tratarse jurídicamente mediante medidas de prevención social que desmonten las arcaicas construcciones de carácter cultural que aún perviven en nuestra sociedad basadas en una supuesta superioridad masculina que exculpa, disculpa y tolera las formas de opresión femenina y por unas medidas de naturaleza punitiva de corrección de los agresores y ayuda a las víctimas.

La prevención de estas conductas exige primordialmente nada menos que un cambio de actitudes, de mentalidades y de hábitos religiosos, sociales y culturales para conseguir “deconstruir” la todavía persistente “asimetría” de las diferencias sexuales. La sensibilización del público en general y la educación en la convivencia igualitaria de los sexos son la base de esta política cuyo fin es conseguir una sociedad basada en la igualdad no obstante las diferencias por razón del género, en paz y armonía basada en el pleno respeto y reconocimiento mutuo.

Este cambio o transformación de la sociedad ha de ser iniciado por una educación de respeto y reconocimiento de las diferencias sexuales desde la infancia en el seno de la familia, de la escuela y de los lugares de recreo y ha de proseguirse con una proyección multisectorial durante la etapa juvenil por la acción común de padres, educadores, agentes sociales y de las instituciones a las que se encomienda la educación, cultura, bienestar social, trabajo y la salud de los

ciudadanos. La participación de las instituciones oficiales creadas para la defensa de la mujer y contra los abusos y discriminaciones así como del movimiento asociacional y sindical resulta igualmente necesaria para la adopción de las medidas innovadoras y para hacer las sugerencias que preparen la actividad legislativa necesaria para su planificación y ejecución.

Las medidas preventivas educacionales han de simultanearse con un reforzamiento de la aplicación de la legalidad ya existente contra la discriminación en los centros educacionales, en el trabajo y en la vida pública en general, y con la represión punitiva de las conductas discriminatorias hacia la mujer, con el reconocimiento pleno de los derechos individuales de la misma en todos los ámbitos de la vida.

VI

Enfocando la presente comunicación desde mi actual puesto de trabajo, creo que la función del Defensor del Pueblo en su doble nivel estatal y autonómico, de vigilancia y control de las administraciones públicas, tiene un papel preponderante en las iniciativas que le competen en estos diversos ámbitos. En esta dirección se apuntan a continuación unas sugerencias de ulterior precisión y estudio, en línea con la Resolución del Parlamento Europeo de 16 de septiembre de 1.997 “sobre una campaña europea de tolerancia cero ante la violencia contra las mujeres” (A4-0250/1.997):

1. La organización de estudios comparativos para definir y tipificar los supuestos de violencia de género y la formación de estadísticas fiables sobre los casos de violencia contra las mujeres producidos en el hogar, escuelas, centros de recreo, centros de trabajo y de instituciones y entidades públicas y privadas. Igualmente formación de estadísticas

relativas a los agresores con datos relativos a su edad, profesión y actividades.

2. La colaboración de las administraciones públicas especialmente en las áreas de cultura, bienestar social y educación para la elaboración de programas de educación social dirigidos especialmente a los niños y jóvenes y de campañas para modificar las actitudes de la sociedad en relación con la diversidad de géneros, el papel de cada uno de ellos en la sociedad y la necesidad de la convivencia pacífica de los individuos dentro de la igualdad ante la Ley , cualquiera que sea su sexo como medio para obtener el justo equilibrio en las relaciones de poder en la sociedad.
3. La colaboración de los organizadores de espectáculos y medios de comunicación para inculcar los valores de respeto al individuo cualquiera que sea su género.
4. La iniciativa legislativa para ampliar el tratamiento penal iniciado en el Código Penal de 1.995 y continuado en la Ley de reforma de 1.999, hacia una tipificación penal de los actos de violencia de género de carácter discriminatorio y a la imposición de un sistema de sanciones con finalidad no solo disuasoria y reparadora sino correctora.
5. La formación de educadores y agentes sociales a quienes se asignen las tareas de educación en el respeto de los géneros y la asistencia de las víctimas y rehabilitación de los agresores y de agentes sociales que vigilen la aplicación del principio de igualdad de oportunidades.
6. Las Recomendaciones que recoge el Informe del Defensor del Pueblo sobre violencia escolar del año 2000 son extrapolables en su integridad al tema que nos ocupa.

Y para finalizar hemos de poner de relieve que es la propia mujer quien debe ser consciente de su dignidad como ser humano para poder reconocer

cualquier tipo de violencia que se ejerza sobre ella, pues sin este paso previo al que debemos llegar con campañas educativas, ninguna de las medidas anteriormente analizadas será viable. Para erradicar la violencia de género es imprescindible que la propia víctima sea consciente de que lo es desde el primer momento en que empieza a padecer cualquier tipo de agresión discriminatoria.

Carlos Morenilla Jiménez

Alicante, a 20 de marzo de 2002.

EL AISLAMIENTO SOCIAL DE LOS PADRES Y LA GRAVEDAD Y EL RIESGO DE MALTRATO INFANTIL EN UNA MUESTRA DE FAMILIAS DERIVADAS A UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

Emilio Mas Banacloig, Luisa M^a Ortega Toledo y Elena Martínez Belda
Asociación APREMI

1.- INTRODUCCIÓN

Una característica común de los padres que maltratan a sus hijos es su aislamiento social y la ausencia de apoyos sociales en su comunidad (Garbarino, 1999; Wolfe, 1991). Esta ausencia de contactos sociales, la baja o nula implicación en actividades asociativas o grupales, así como los factores actitudinales hacia el vecindario y la comunidad han sido relacionadas con el maltrato infantil (Gracia y Musitu, 1993). Más concretamente, las madres aisladas, cerradas en su propio mundo, no tienen modelos sociales de crianza a imitar lo cual les lleva a centrarse en sus propias creencias y destrezas sobre la crianza de los niños (Cerezo, 1992). En el contexto de la intervención con familias multiestresadas, el término de “insularidad” hace referencia a aquellas madres que manifiestan una significativa escasez de contactos sociales con amistades, de carácter aversivo, y cuando la mayor parte de los contactos son establecidos con familiares o agentes de servicios sociales. (Wahler, 1980).

La investigación y la evaluación de los casos de malos tratos infantiles detectados constituyen dos momentos decisivos, ya que permiten que se puedan tomar decisiones pertinentes en situaciones de desprotección infantil, aplicar los recursos más convenientes a la situación del menor y planificar las intervenciones necesarias. ¿Tiene sentido?

Para realizar la evaluación del caso es necesario tener en cuenta los criterios de gravedad y riesgo de la situación del/la menor: Por un lado, la gravedad

hace referencia a la intensidad o severidad del daño sufrido por el menor en una situación de abuso o abandono. En definitiva, hace referencia a la dimensión de la lesión o de la negligencia ejercida contra el niño y las consecuencias visibles en él. Por otro lado, el riesgo indica la mayor o menor probabilidad de que la situación o incidente que ha producido el daño al menor vuelva a ocurrir.

Existen en nuestro país algunos trabajos que realizan propuestas interesantes con modelos y metodologías diferentes. Un trabajo pionero en nuestro país sobre la evaluación del riesgo y la gravedad, ha sido “Criterios de Evaluación de Gravedad y Riesgo en Situaciones de Maltrato Infantil” (Arruabarrena, de Paúl y Torres, 1993; 1995). La clasificación y categorización de las variables utilizadas en el instrumento es una adaptación del instrumento “Florida Child Protective Services Investigation Decisions Handbook” (1988) del Estado de Florida (EEUU).

El Instrumento “Criterios de Evaluación de Gravedad y Riesgo en Situaciones de Maltrato Infantil” (Arruabarrena et al., 1993; 1995) pretende ser una ayuda en la toma de decisiones posterior a la confirmación de malos tratos y/o abandono hacia un menor. El instrumento contiene un total de 22 factores agrupados en 5 áreas: (1) características del incidente, (2) factores de vulnerabilidad infantil, (3) características del cuidador, (4) características del entorno familiar y (5) respuesta ante la intervención. El conjunto de los 22 factores recogidos en el instrumento son categorizados de manera individual para ser valorados por el profesional en 3 niveles, a saber; “No existe riesgo/Bajo riesgo”, “Riesgo Medio”, “Alto Riesgo”. ¿Seguro que esto va aquí?

Por su parte, el instrumento “Cuestionario de Interacción Comunitaria” (Wahler, Leske y Rogers, 1979), es un cuestionario que consiste en una pauta de entrevista para padres, que evalúa la cantidad y la calidad de los contactos

con la comunidad y la relación con el cónyuge o compañero. ¿Seguro que esto va aquí?

El propósito del presente trabajo es relacionar los resultados obtenidos por estas familias en el Cuestionario de Interacción Comunitaria -CIC- (Wahler, Leske y Rogers, 1979) el instrumento "Criterios de Evaluación de Gravedad y Riesgo en Situaciones de Maltrato Infantil" (((((cuanto a nivel de aislamiento social de las madres y la gravedad y el riesgo en el que se encuentra el menor))) a fin de determinar la relación entre ambos instrumentos. En este sentido es necesario seguir investigando para determinar si los criterios que se utilizan para valorar la gravedad y el riesgo que sufre un menor están evaluando dimensiones que, desde la investigación, se ha comprobado están relacionadas con el funcionamiento de las familias potencialmente maltratadoras (Reid et al., 1981; Cerezo, 1992). Esto es necesario para determinar la necesidad de que se mida y se tenga en cuenta el aislamiento social en estas familias, ya que si el aislamiento social contribuye a aumentar la gravedad y el riesgo que el menor presenta en las mismas se verá la importancia de su trabajo en la práctica. etc

2.- OBJETIVOS DEL TRABAJO

- ✓ Describir y analizar a los casos en función del número de contactos mantenidos con la comunidad y de las puntuaciones obtenidas en los distintos factores del Instrumento Criterios de evaluación de la gravedad y el Riesgo.
- ✓ Determinar si existe alguna relación significativa entre los factores de gravedad y riesgo y el número de contactos de las familias.

3.- METODO

3.1.- Muestra

La muestra del presente trabajo consta de 24 casos. procede del Programa *Atención Integral a la Infancia Maltratada*, **organizado** por la Asociación de protección infantil *APREMI* y subvencionado por la *Consellería de Benestar Social*. **Se trata** de un **Es un** programa de intervención familiar que va dirigido a familias con menores en situación de riesgo **por de** maltrato infantil, **que se lleva a cabo** en las provincias de Valencia y Castellón.

La selección de la muestra se ha realizado al azar de entre el total de casos del programa que han sido evaluados en los instrumentos “Criterios de evaluación de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato infantil” y “Cuestionario de Interacción Comunitaria” (C.I.C).

En cuanto a la distribución de la muestra se puede observar:

- La **distribución por género de los** menores de la muestra queda establecida del siguiente modo: 15 niños y 9 niñas. Como se puede ver en la tabla 1, el 62.5% de los casos corresponde a niños y el restante 37.5% a niñas.

Tabla 1. Distribución por género de los niños

Género	Porcentajes
Niños	62.5%
Niñas	37.5%

- La **distribución por edades** de los menores de la muestra ha sido la siguiente: de 2 a 6 años, 4 niños; de 7 a 11 años, 10 niños; y de 12 a 15 años, un total de 10. Tal y como se observa en la tabla 2, el mayor porcentaje de casos corresponde a las edades comprendidas entre los 7 y 15 años

Tabla 2. Distribución por edades de los niños de las familias pertenecientes a la muestra

Edades	Porcentajes
2 a 6	16%
7 a 11	42%
12 a 15	42%

- Respecto a la **estructura de las familias** pertenecientes a la muestra, se aprecia una mayor frecuencia de casos de familias monoparentales con un 38%. Sólo 2 menores (8%) se encuentran con la familia extensa en régimen de acogimiento.

Tabla 3. Distribución de la estructura familiar

Estructura familiar	Porcentaje
Monoparental	38%
Ambos padres	33%
Familia Reconstituida	21%
Familia extensa	8%

- La distribución de las familias pertenecientes a la muestra según la **recepción de ayudas económicas** - Prestación Económica Regalada (P.E.R.) o cualquier otro tipo de ayuda de tipo económico - de los Servicios Sociales es la siguiente: reciben ayudas. un total de 10 familias; el resto, **esto es, (14 familias)** no reciben **esta ayuda prestación** económica. En la tabla 4 se observa que la mayoría de las familias de la muestra, con un porcentaje del 58%, no reciben ayudas económicas de los servicios sociales.

Tabla 4. Distribución de las familias según la percepción de ayudas económicas de los servicios sociales

Percepción de <i>ayudas económicas</i>	Porcentaje
Sí	42%
No	58%

•Por último, en cuanto al **tipo de maltrato recibido** por los menores, la mayoría de los sujetos de la muestra (75%) han recibido alguna forma de abuso emocional, mientras que abuso físico y abandono físico y emocional lo han padecido un porcentaje similar de sujetos. Sólo un menor de la muestra ha sufrido abuso sexual. Si se observa en la tabla 6, la suma de los porcentajes es superior a 100, esto es debido a que la mayoría de los menores de la muestra han recibido simultáneamente varios tipos de maltratos.

Tabla 5. Distribución del tipo de maltrato recibido por los menores

Tipo de maltrato recibido	Porcentajes
Abuso físico	37.5%
Abuso emocional	75%
Abuso sexual	4%
Abandono físico	37.5%
Abandono emocional	42%

3.2.- Instrumentos utilizados

Los instrumentos utilizados para este estudio han sido el “Cuestionario de Interacción Comunitaria” (Wahler, Leske y Rogers, 1979) y el Instrumento Criterios de Evaluación de Gravedad y Riesgo en Situaciones de Maltrato Infantil (Arruabarrena, de Paúl y Torres, 1993; 1995).

- El Cuestionario de Interacción Comunitaria (C.I.C) consiste en una pauta de entrevista para padres en la que se solicita del sujeto que especifique la cantidad de los contactos mantenidos durante las veinticuatro horas inmediatamente anteriores a la entrevista. El instrumento también permite valorar la cualidad o valencia de las interacciones mantenidas y la valoración que otorga al día en general a través de una escala de 7 puntos desde el -3 hasta el +3. ¿por qué no añades aquí lo del principio?

- El Instrumento Criterios de Evaluación de Gravedad y Riesgo en Situaciones de Maltrato Infantil (versión de 1993). Está compuesto por 22 factores que se agrupan en 5 áreas: Características del incidente (4 factores), Factores de vulnerabilidad (5 factores), Características del cuidador (8 factores), Características del entorno familiar (4 factores) y Respuesta ante la intervención (1 factor). ¿por qué no añades aquí lo del principio?

Para determinar el riesgo se utilizarán los 22 factores en su totalidad, mientras que para valorar la gravedad sólo se utilizarán 5.

3.3. Variables.

- ✓ **Número de contactos:** Obtenida mediante las respuestas dadas al Cuestionario de Interacción Comunitaria sobre el número de contactos mantenidos a lo largo del día. Se ha operacionalizado como Baja frecuencia (0) de 0 a 4 contactos, Media frecuencia (1) de 5 a 11 y Alta frecuencia (2) de a partir de 12 contactos.

Las siguientes variables se han obtenido mediante las puntuaciones del Instrumento Criterios de Evaluación de Gravedad y Riesgo en situaciones de Maltrato Infantil.

Se han operacionalizado como baja (0), media (1) o alta (2) en función de las respuestas.

- ✓ **Severidad y/o frecuencia del maltrato.**
- ✓ **Cercanía temporal del incidente.**
- ✓ **Presencia y/o localización de la lesión.**
- ✓ **Historia previa de informes de maltrato/abandono.**
- ✓ **Acceso del perpetrador al niño.**
- ✓ **Edad y visibilidad por parte de la comunidad.**
- ✓ **Capacidad del niño para protegerse.**
- ✓ **Características comportamentales del menor.**
- ✓ **Salud mental y status cognitivo del niño.**
- ✓ **Capacidades físicas, intelectuales y emocionales del niño.**
- ✓ **Capacidades asociadas a la edad.**
- ✓ **Habilidades parentales y expectativas hacia el niño.**
- ✓ **Métodos de disciplina y castigo hacia el niño.**
- ✓ **Abuso de drogas y alcohol.**
- ✓ **Historia de conducta violenta, antisocial o delictiva.**
- ✓ **Historia personal de maltrato/abandono.**
- ✓ **Interacción cuidador- niño.**
- ✓ **Relación de pareja.**
- ✓ **Presencia de compañero/a o padre/madre sustituto/a.**
- ✓ **Condiciones del hogar.**
- ✓ **Fuentes de apoyo social.**
- ✓ **Respuesta ante la intervención.**

3.4.- Procedimiento

Los sujetos de la presente muestra, asisten a un programa de tratamiento psicológico dirigido a familias con problemas de maltrato infantil. Los casos son derivados al Programa desde los servicios sociales. La detección de los

mismos se realiza desde los propios centros de servicios sociales, desde los centros docentes o desde los centros de salud.

Las puntuaciones de los sujetos en cada una de las variables han sido obtenidas durante la fase de evaluación, antes de que comenzara el tratamiento, del siguiente modo:

- El Cuestionario de Interacción Comunitaria (C.I.C.) ha sido administrado a los sujetos por los terapeutas.
- El instrumento de “Criterios de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato infantil” ha sido cumplimentada por los terapeutas con la información obtenida a través de los expedientes y de las entrevistas de evaluación.

La cumplimentación del Instrumento de gravedad y riesgo se ha realizado antes de obtener las puntuaciones sobre el número de contactos de las familias con la comunidad, a fin de que estos datos no influyeran en la valoración del instrumento realizada por los terapeutas.

Para comprobar la existencia de relaciones significativas entre las variables de ambos instrumentos se ha utilizado la prueba estadística Chi-cuadrado. Esta prueba determina si existe algún tipo de dependencia entre los valores de las variables estudiadas o, por el contrario, si las relaciones halladas son fruto del azar, esto es, las variables no se aportan información entre ellas.

4.- RESULTADOS.

4.1.-Valores Descriptivos:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE GRAVEDAD Y RIESGO EN SITUACIONES DE MALTRATO		
VARIABLES	MEDIA	DESV.TÍPICA
SEVERIDAD Y/O FRECUENCIA DEL MALTRATO ABANDONO	1.67	0.56
CERCANÍA TEMPORAL DEL INCIDENTE	1.83	0.92
PRESENCIA Y LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN	1.33	0.70
HISTORIA PREVIA DE INFORMES DE MALTRATO/ABANDONO	1.83	0.76
ACCESO DEL PERPETRADOR AL NIÑO	1.46	0.88
EDAD DEL NIÑO Y VISIBILIDAD POR PARTE DE LA COMUNIDAD	1.21	0.41
CAPACIDAD DEL NIÑO PARA PROTEGERSE Y CUIDARSE A SI MISMO	1.71	0.62
CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTALES	1.67	0.48
SALUD MENTAL Y STATUS COGNITIVO	1.29	0.46
CAPACIDADES FÍSICAS, INTELECTUALES Y EMOCIONALES	1.33	0.64
CAPACIDADES ASOCIADAS A LA EDAD	1.08	0.50
HABILIDADES PARENTALES Y EXPECTATIVAS ASOCIADAS AL NIÑO	1.62	0.71
MÉTODOS DE DISCIPLINA Y CASTIGO HACIA EL NIÑO	1.67	0.82

ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL	1.54	0.78
HISTORIA DE CONDUCTA VIOLENTA, ANTISOCIAL O DELICTIVA	1.50	0.66
HISTORIA PERSONAL DE MALTRATO ABANDONO	1.17	0.82
INTERACCIÓN CUIDADOR -NIÑO	1.46	0.66
RELACION DE PAREJA	1.58	0.65
PRESENCIA DE UN COMPAÑERO O PADRE/MADRE SUSTITUTO	1.13	0.82
CONDICIONES DEL HOGAR	1.08	0.65
FUENTES DE APOYO SOCIAL	1.42	0.65
RESPUESTA ANTE LA INTERVENCIÓN	1.50	0.66

AISLAMIENTO SOCIAL(CUESTIONARIO DE INTERACCIÓN COMUNITARIA)		
VARIABLES	MEDIA	DESV.TÍPICA
NUMERO DE CONTACTOS	7.6	5.21

4.2. Análisis Estadísticos

A continuación sólo se detallan los pares de variables en las que se ha encontrado relaciones estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$).

FACTORES DE GRAVEDAD Y RIESGO	CUESTIONARIO DE INTERACCIÓN COMUNITARIA Número de contactos
--------------------------------------	--

		Bajo	Medio	Alto	
Habilidades parentales y expectativas de los padres o cuidadores	Riesgo bajo	6	5	1	12
	Riesgo medio	1	4	4	9
	Riesgo alto	3	0	0	3
	Total	10	9	5	24
	Chi-cuadrado = 9.89 ($p \leq 0.04$)				

Si se observa la tabla anterior, encontramos solamente un factor que se relaciona de modo significativo con el número de contactos:

- En efecto, el factor “Habilidades parentales y expectativas de los cuidadores” y el número de contactos de la comunidad se relacionan de modo significativo (Chi-cuadrado=9.89.; $p \leq 0.04$). Como se aprecia en la tabla de contingencias, parece observarse la tendencia que a mayor número de contactos menor es el riesgo en el factor de habilidades parentales y expectativas.

5.- CONCLUSIONES

Algunos autores señalan que la característica más frecuente de los padres que maltratan a sus hijos es que se encuentran aislados o faltos de apoyos sociales (Garbarino et al., 1999).

Otras investigaciones señalan la ausencia de habilidades parentales (falta de conocimientos sobre el desarrollo infantil, falta de habilidades de resolución de problemas, expectativas irrealistas sobre el comportamiento infantil, etc.) como la principal responsable de que algunos padres no traten de modo adecuado a sus hijos. Esto es cierto pero por qué lo dices

En el presente trabajo se ha hallado que el único factor de riesgo que se encuentra asociado de modo significativo con el número de contactos sociales de la familia es las “habilidades parentales y expectativas hacia los niños”. Según los datos del presente estudio, parece observarse que a mayor número de relaciones sociales menor es el riesgo en el factor de habilidades parentales y expectativas.

Lo que has hallado es que efectivamente el aislamiento social está relacionado con una mayor gravedad y riesgo del caso, influyendo en las puntuaciones a través de el factor habilidades parentales y, que claro esta se ve afectado claramente por la falta de interacción de los padres con otros adultos que pudieran aportarles otras estrategias o conocimientos que les ayudaran en el cuidado de sus hijos.....

Estos resultados parecen ir en la misma dirección de otra investigaciones que afirman que las madres y padres con mayor aislamiento suelen disponer de menores oportunidades para el intercambio de información sobre aspectos importantes de la parentalidad y sobre cómo resolver las dificultades cotidianas con sus hijos, y esto puede desembocar en menores habilidades parentales y en un mayor riesgo de malos tratos (Wahler, 1980).

6.- BIBLIOGRAFÍA

Arruabarrena, M.I., de Paúl, J. y Torres, B. (1993). *Criterios de evaluación de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato infantil*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.

Cerezo, M.A. (1992). *Programa Asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil*. Valencia. Generalitat Valenciana.

Cerezo, M.A. (1997). Una propuesta de metodología de trabajo en los servicios de menores. *Bienestar y Protección Infantil* nº 2 pp. 270-295

de Paúl, J., Arruabarrena, M.I. y Milner, J. (1991). Validación de una versión española del Child Abuse Potential Inventory para su uso en España. *Child Abuse and Neglect*, vol. 15, pp. 495-504.

Garbarino, J. y Echenrode, J. (1999). *Por qué las familias abusan de sus hijos*. Barcelona. Granica.

Gracia, e. y Musitu, G. (1993). *Maltrato infantil: un análisis de los factores de riesgo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

Michelena, A. y Cerezo, M.A. (1998). *Maltrato Infantil en las Isla Baleares: fomento de su detección y mejora de la intervención desde el Servicio de Menores*. Mallorca. Govern Balear.

Sánchez, J.M. (1996) Toma de decisiones. El Plan del caso. En de Paúl y Arruabarrena, *Manual de Protección Infantil*. Barcelona. Masson.

La existencia de depresión y falta de habilidades en la resolución de problemas en los padres en familias con problemas de maltrato infantil.

Luisa M^a Ortega Toledo, Emilio Mas Banacloig y Elena Martínez Belda
Asociación APREMI

1. INTRODUCCIÓN

La investigación muestra que los padres con problemas de relación con los niños tienen carencias claras a la hora de resolver problemas en todos los ámbitos de la vida, lo que incluye problemas de crianza y de educación de los hijos (Cerezo, 1990, 1992; Cerezo y Frias 1991; Cerezo y Pons-Salvador, 1996).

Así mismo, numerosos estudios realizados sobre las características de los padres y madres de familias en las que se da maltrato infantil muestran que en muchas de ellas, al menos uno de los padres presenta sintomatología depresiva (Wolfe, 1985, Cerezo,1992; Cerezo y Frias 1991). La depresión produce cambios en la percepción que el individuo tiene de su ambiente, el rango perceptivo se reduce y se focaliza en lo negativo (Sevilla y Pastor, 1996). De hecho, los padres que presentan sintomatología depresiva evalúan el comportamiento de sus hijos como más aversivo (D'ocon, 1994) y actúan con el niño/a de una forma más indiscriminada y punitiva (Cerezo, 1992).

Una dificultad esencial a la hora de resolver un problema familiar es la correcta percepción del mismo (Milner and Crouch, 1993; Cerezo y Pons-Salvador, 1996). Así pues, si la depresión produce cambios en la percepción y en la interpretación que los individuos realizan de la realidad, esto les dificulta producir una respuesta apropiada al problema.

El presente estudio pretende poner de relieve la relación entre la depresión materna y la dificultad que supone dar respuesta a los problemas de crianza, en familias con problemática de malos tratos.

2. OBJETIVOS

Los objetivos planteados en el presente estudio son:

- Describir y analizar a los casos en función de las puntuaciones obtenidas en los distintos instrumentos.
- Confirmar la existencia de una relación inversa entre la sintomatología depresiva y la resolución de problemas de crianza.

3. METODOLOGÍA

3.1. PROCEDIMIENTO

Los datos cuantitativos se han obtenido mediante cuestionarios, en la evaluación de línea base que se lleva a cabo en el programa de tratamiento “*Atención integral a la Infancia maltratada*”. Dicha evaluación se lleva a cabo por un psicólogo/a en situación de entrevista. Los datos sociodemográficos, así como los que componen el índice de desventaja socioeconómica familiar se han obtenido de informes de los servicios sociales o directamente de las familias en la entrevista.

Se han creado dos grupos en función de la puntuación obtenida por las madres en el Cuestionario de depresión; el primero con los sujetos que han puntuado entre 0 y 10, ausencia de sintomatología depresiva con un n=33 y el segundo con los que han obtenido puntuaciones entre 11 y 63, existencia de sintomatología depresiva con un n=27.

En cuanto a los análisis estadísticos (correlaciones Rho de Spearman) se han correlacionado las puntuaciones obtenidas en el BDI con las del Cuestionario de resolución de problemas, en cada uno de los grupos. Los análisis se han llevado a cabo con el paquete estadístico SPSS7.5.

3.2. Variables

Cada una de las variables descriptivas seleccionadas ha permitido controlar la distribución de factores de riesgo de maltrato que pudieran estar interfiriendo o mediando en la relación encontrada.

- ✓ **Población de Origen de las familias:** Dividido en dos categorías las familias de la ciudad de Valencia y las de la provincia de Castellón. Operacionalizado respectivamente como cero y uno.
- ✓ **Estructura Familiar:** Hace referencia a diversos tipos de familias, se ha tenido en cuenta el tipo de familia en la que convive el menor y con la que vamos a trabajar. Así, ambos hace referencia a que quien convive con el menor son los dos padres biológicos o al menos quienes lo han reconocido como tal. Reconstituida incluye a las familias en las que uno de los padres es el biológico, aunque en este momento tiene una nueva pareja. Monoparental refiere a las familias en las que uno de los padres biológicos convive con el menor y es el único adulto responsable de su cuidado. Por último, hemos trabajado en algunas familias en las que el menor no convivía con sus padres y había pasado a vivir con miembros de la familia extensa, acogimiento en familia extensa.
- ✓ **Índice de desventaja Socioeconómica:** Hace referencia a factores estresores de tipo social o económico. Se ha medido a través de las puntuaciones de los sujetos en el Family Socioeconomic Disadvantaged Index, FSED (Wahler y Cormier, 1970). A mayor puntuación más problemática presenta la familia, el rango de puntuaciones va de menor (1) a mayor desventaja (6).
- ✓ **Nivel Económico:** Consideramos por un lado a aquellas familias que no precisan ayudas para subsistir y por otro a aquellas que si lo necesitan.

Así obtenemos dos categorías, operativizado respectivamente como cero y uno.

- ✓ **Número de Hijos:** Se ha considerado que esta variable, ya que el número de hijos incide indirectamente en el número de conflictos que se dan en la familia y requiere a la madre mayor número de estrategias y más tiempo. Se han considerado seis niveles, de uno a seis, teniendo en cuenta el mínimo y el máximo de la variable.
- ✓ **Tipo de Maltrato:** Considerando cinco tipos, en función de si lo ocurrido se ha debido a hechos de comisión o de omisión. Así se consideran tres tipos de abuso (físico, sexual y emocional) y dos tipos de abandono (físico y emocional), teniendo en cuenta los daños ocasionados. Se ha registrado la existencia o no de cada uno de los tipos, como 1 o 0 respectivamente.
- ✓ **Depresión:** Hace referencia a la existencia de sintomatología depresiva, se ha medido a través del *Beck Depresión Inventory*, BDI (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961). La puntuación corresponde a la obtenida por el sujeto en el cuestionario. Esta variable nos ha permitido dividir la muestra en dos grupos.
- ✓ **Resolución de Problemas:** Capacidad de los padres para resolver problemas de crianza. La puntuación se ha obtenido mediante el *Parent Means-End Problem Solving Instrument*, PMEPS (Wasik, 1984) que mide la habilidad de los padres para resolver problemas comunes que surgen en la crianza. Registrando la puntuación obtenida por los sujetos en el mismo.

3.3. Instrumentos

- **El inventario de depresión de Beck** (*Beck Depresión Inventory*, BDI, Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961) que evalúa la presencia de sintomatología depresiva y su intensidad en sujetos adultos. Está compuesto por 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta, ordenadas según una escala creciente de gravedad de los síntomas la puntuación en cada ítem va de 0 a 3, con una puntuación máxima total de 63.
- **El Cuestionario de Resolución de Problemas Familiares** (*Parent Means-End Problem Solving Instrument*, PMEPS; Wasik, 1984) evalúa las habilidades de resolución de problemas relativos a situaciones de crianza comunes. Contiene un total de diez historias, a cada una de ellas los padres tienen que generar tantas alternativas como se les ocurran para rellenar el hueco entre la situación problema y la solución. Se contabiliza el número de respuestas adecuadas para cada una de las historias. La media de respuestas por situación problema en población clínica es de 1.2 o 1.4 con un total de 10 a 14 respuestas correctas.
- **El índice de desventaja socioeconómica familiar**, para medir estresores que pudieran estar mediatizando el comportamiento familiar. (*Family Socioeconomic Disadvantaged Index*, FSED; Wahler y Cormier, 1970). Este cuestionario incluye seis ítems que hacen referencia a ingresos económicos, nivel de estudios, número de hijos, estado civil, conflictividad de la zona de residencia y si ha sido referida a tratamiento por alguna institución. Se puntúa la ocurrencia o no del ítem, con uno o cero. Así pues, la puntuación total de la escala va de cero a seis con un punto de corte para familias clínicas entre 3.5 y 4.4

4. Descripción de la Muestra

La muestra está compuesta por sesenta madres, de las provincias de Castellón y Valencia. Éstas han sido derivadas al programa de intervención

familiar de APREMI “*Apoyo integral a la infancia maltratada*”, subvencionado por la Consellería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana. Todas las familias que participan en el programa han sido derivadas a tratamiento por una institución, bien los servicios sociales de base, bien la sección de protección y reinserción de menores. La derivación se produce al detectarse que los menores de estas familias se encuentran en riesgo de padecer maltrato infantil o han sido maltratados. Del total de las familias derivadas al programa se han seleccionado éstas debido a que se habían completado todos los cuestionarios que se precisaban.

Todas las familias son usuarias de servicios sociales por lo que su perfil corresponde, en cuanto a nivel socioeconómico y cultural con el de estas familias. La media de edad de las madres es de treinta y ocho años, la madre más joven tiene veinte años y la mayor sesenta y cinco. El 87% de la muestra corresponde a madres con chicos/as preadolescentes y adolescentes.

✓ La procedencia de las familias se distribuye de la siguiente manera, de Valencia ciudad provienen el 41.67% de las mismas; mientras que de toda la provincia de Castellón, incluyendo la capital, procede el 58.33% de la muestra.

✓ En cuanto a la estructura familiar el 47% de las madres viven con el padre de su hijo/a, aunque un alto porcentaje de ellas también se encargan solas de la crianza de su hijo (30%). En menor medida encontramos algunas madres que en el momento de la evaluación conviven con un compañero que no es el padre biológico del menor (13%). Por último hay algunos casos (10%) en los que ninguno de los padres biológicos del menor vive con el niño/a y está en acogimiento en familia extensa.

Tabla1: **Estructura Familiar**

Estructura	Ambos padres	Reconstituída	Monoparental	Acogimiento
Frecuencia	28	8	18	6
Porcentaje	47%	13%	30%	10%

✓ El índice de desventaja socioeconómica medio de las familias que componen la muestra es de 3.32, por lo que no supera el límite inferior de 3.5 para familias clínicas. Así pues, no se puede considerar que las madres de la muestra pertenezcan a familias multiproblemáticas en conjunto. Aunque algunas de ellas superan el límite máximo de 4.40, al obtener una puntuación de cinco, estas se distribuyen azarosamente entre todos los niveles de las variables consideradas.

Tabla 2: Distribución del índice de Desventaja Socioeconómica

FSED	1	2	3	4	5	6
Frecuencia	2	11	22	16	9	0
Porcentaje	3.33%	18.33%	36.67%	26.67%	15%	0%

✓ Así, el 75% de las familias de la muestra no precisa de ayudas económicas para vivir. Las 15 familias que reciben ayudas para poder sobrevivir se ha observado que se distribuyen entre los niveles bajo y medio en resolución de problemas. Mientras que en sintomatología depresiva la mayoría se localizan en los polos o no presentan depresión o tienen un nivel severo.

Tabla 3: Nivel Económico de las Familias

	Frecuencia	Porcentaje
Con Ayudas	15	25%
Sin Ayudas	45	75%

✓ El número de hijos/as de las familias, la mayoría tienen dos hijos/as, con una media de 2.82. El 61.66% de la muestra se encuentra en los valores de dos y tres hijos. Siendo el número de familias consideradas numerosas menor que las que sólo tienen dos hijos/as. Distribuyéndose por igual en ambos grupos.

Tabla 4: Número de Hijos

Nº de Hijos	1	2	3	4	5	6
Frecuencia	7	23	14	9	4	3
Porcentaje	11.67%	38.33%	23.33%	15%	6.67%	5%

✓ En cuanto a los malos tratos que se hayan dado en la familia, en casi todos los casos se da más de un tipo de maltrato. Por ello la suma total de los casos ofrece un n de más de 60 casos. A excepción del abuso sexual que sólo ocurre en una de las familias, el resto presentan frecuencias entre 30 y 38. El que se da en más casos es el abandono emocional.

Tabla 5: **Tipología de Maltrato Recibido**

Abandono Emocional	Abandono Físico	Abuso Sexual	Abuso Emocional	Abuso Físico
38	30	1	34	30
63.33%	50%	1.67%	56.67%	50%

5. RESULTADOS

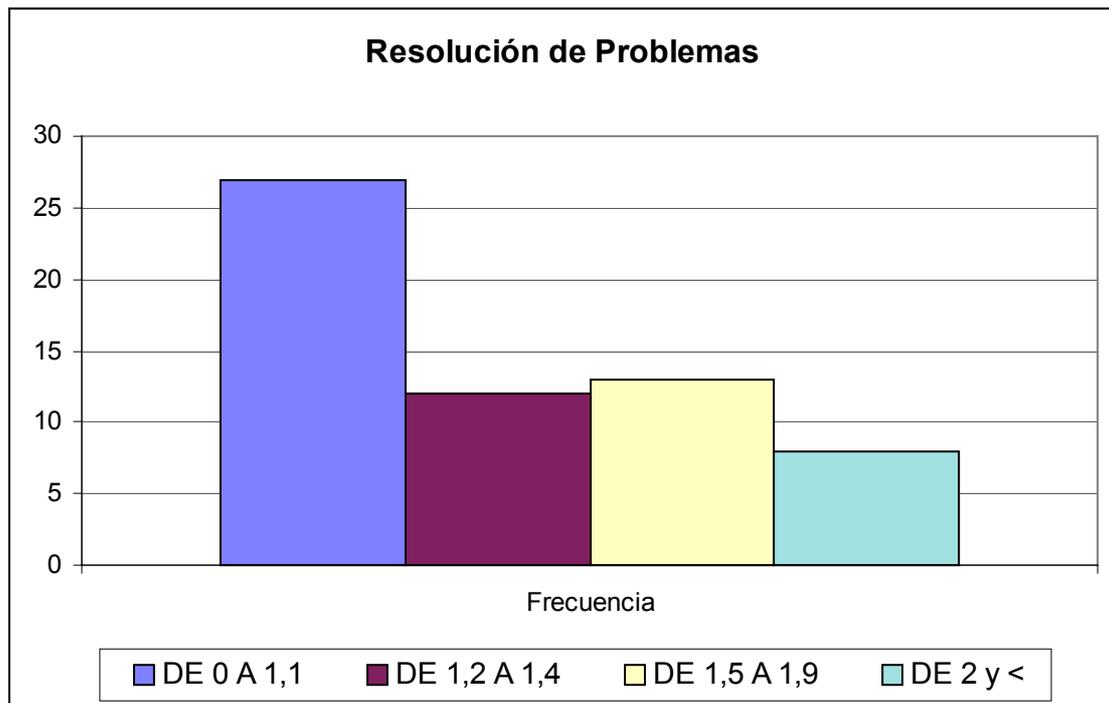
Los resultados obtenidos por los sujetos en cada uno de los cuestionarios con los que se les ha evaluado son los siguientes:

➤ La puntuación media de la muestra en la variable de resolución de problemas es de 1.24, lo que coincide con el punto de corte de este cuestionario para la población clínica (1.2 a 1.4).

Tabla 6: **Resolución de Problemas de Crianza**

PMEPS	DE 0 A 1,1	DE 1,2 A 1,4	DE 1,5 A 1,9	DE 2 y <
Frecuencia	27	12	13	8
Porcentaje	45%	20%	21.67%	13.33%

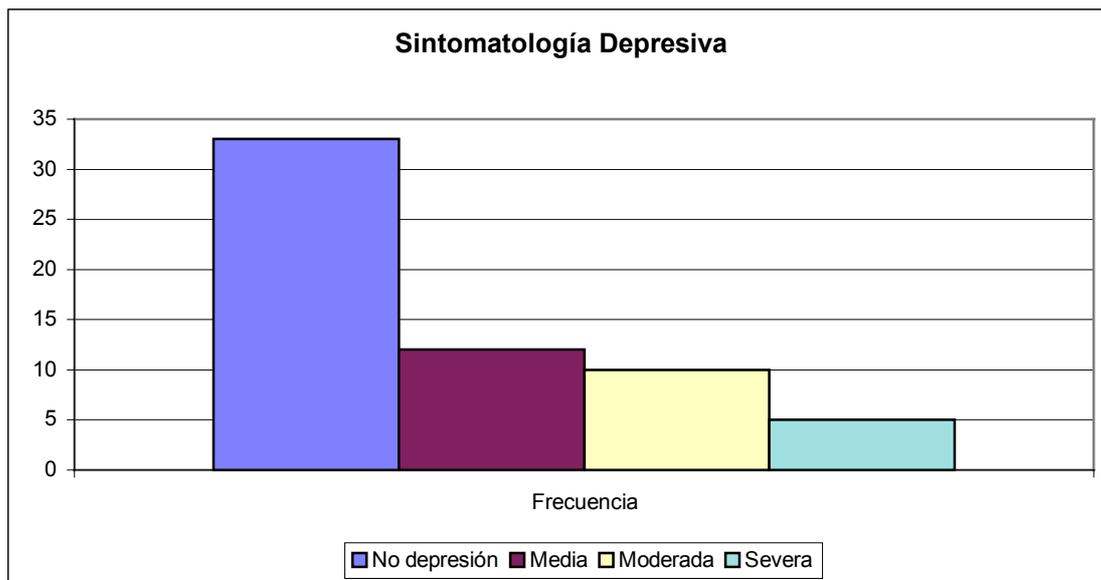
En cuanto a la variable resolución de problemas, observamos que el 45% de los sujetos de la muestra obtienen puntuaciones por debajo de la media. Sin embargo, la suma de los sujetos que obtienen puntuaciones en la media y superiores es del 55%. Por tanto, la mayoría de las madres de este estudio presentan un nivel de resolución de problemas medio o superior.



➤ Las madres de la muestra presentan una media de 12.22 en sintomatología depresiva, con una desviación típica de 10.73. Una desviación de este tamaño nos indica una gran variabilidad en las puntuaciones obtenidas. La media se sitúa por encima del punto de corte; sin embargo si observamos los resultados vemos que las puntuaciones de los sujetos se encuentran polarizadas, por lo que teniendo en cuenta la desviación típica obtenida, un estadístico descriptivo más apropiado sería la moda que ofrecería un resultado de cuatro.

Tabla7: Sintomatología Depresiva

BDI	No depresión	Media	Moderada	Severa
Frecuencia	33	12	10	5
Porcentaje	55%	20%	16.67%	8.33%



➤ En cuanto a la relación entre las variables se ha encontrado, con respecto al grupo de presencia de sintomatología depresiva, una relación inversa entre las variables (-0.49) significativa al 0.05%. Lo que confirma uno de los objetivos propuestos. La depresión y la resolución de problemas están inversamente relacionadas cuando los sujetos de la muestra presentan sintomatología depresiva.

Correlaciones				
			BDIALTO	RPALTO
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	BDIALTO	1,000	-,490(*)
		RPALTO	-,490(*)	1,000
	Sig. (bilateral)	BDIALTO	,	,011
		RPALTO	,011	,
	N	BDIALTO	26	26
		RPALTO	26	26
* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).				

Sin embargo cuando los sujetos de la muestra no presentan sintomatología depresiva no encontramos esta relación. La correlación no es significativa para estos sujetos. Esto puede deberse a que otros factores pueden estar influyendo en el número de respuestas apropiadas que las madres dan ante el problema, los cuales o no se dan, o no afectan cuando el individuo presenta sintomatología depresiva.

Los resultados muestran una tendencia en la dirección señalada anteriormente por otros autores, ya que los padres que mayor nivel de sintomatología depresiva presentan tienden a ofrecer un menor número de respuestas adecuadas a los problemas de crianza que se les exponen.

6. CONCLUSIONES

A la vista de los resultados podemos concluir que la sintomatología depresiva es una variable importante a tener en cuenta en la resolución de problemas, ya que cuando los sujetos están deprimidos disminuye su rendimiento en la misma. La capacidad para resolver problemas es un factor importante en el desarrollo de situaciones de maltrato.

Podemos afirmar que es necesario cuando se trabaja con familias con esta problemática tener en cuenta la relación encontrada entre depresión y resolución de problemas de crianza. Ya que, de no ser así es posible que estemos interviniendo con una familia la resolución de problemas y obtengamos resultados poco satisfactorios, debido a la sintomatología depresiva que presenta la madre, que en caso de haberla detectado no se ha trabajado.

Las conclusiones sólo son generalizables a madres de estas características, ya que éstas son específicas de familias detectadas por los servicios sociales y con problemas de maltrato infantil. Sin embargo en el trabajo con ellas son muy útiles estudios de este tipo. Por tanto sería conveniente que se replicasen con una muestra mayor, a fin de poder llevar a cabo otro tipo de análisis que nos proporcionasen información más detallada

sobre esta relación y otras que sin duda existen en las situaciones de maltrato infantil.

7. BIBLIOGRAFÍA

Cerezo, M.A. (1990): *Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil. Memoria Anual*. Generalitat Valenciana. Consellería de Treball y Seguretat Social. Direcció General de Serveis Socials.

Cerezo, M.A. (1992); *Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil*. Generalitat Valenciana. Consellería de Treball y Afers Socials. Institut Valencià de Serveis Socials.

Cerezo, M.A. (1995); *El impacto psicológico del maltrato infantil: primera infancia y edad escolar*. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 135-157

Cerezo, M.A. (1996): *El maltrato físico y emocional en la primera infancia*. *Bienestar y Protección Infantil*. 4, Diciembre, 1996; pp20-38.

Cerezo, M.A. y Frias, D. (1994): *Emotional and Cognitive adjustment in abused children*. *Child Abuse and Neglect* 18 (1), pp923-932.

Cerezo, M.A. y Pons-Salvador (1996): *Ecosystem adversity as setting factors in mothers' judgement of child behavior and indiscriminate mothering*. *European journal of psychological assessment*, vol12, Issue 2, pp103-111.

D'oon, A. (1994): *Factores en el mantenimiento de las relaciones coercitivas madre-hijo en familias con problemas de abuso infantil*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

Milner, J.S. and Crouch, J.L. (1993): *Physical child abuse*. *Family Violence*, Hampton, R.L. (Ed). Sage publications. Cap2, pp25-56.

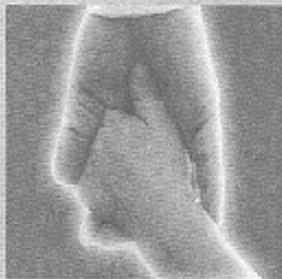
Sevilla, J. y Pastor, C. (1996): *Tratamiento psicológico de la depresión*. Publicaciones del centro de terapia de conducta, pp17-27.

Wolfe, D.A. (1985): *Child-Abusive Parents: An empirical Review and análisis*. *Psychological Bulletin*, 97 (3), pp 462-482.

IV CONGRESO ESTATAL sobre Infancia Maltratada

Murcia, 25, 26 y 27

Abril, 2002

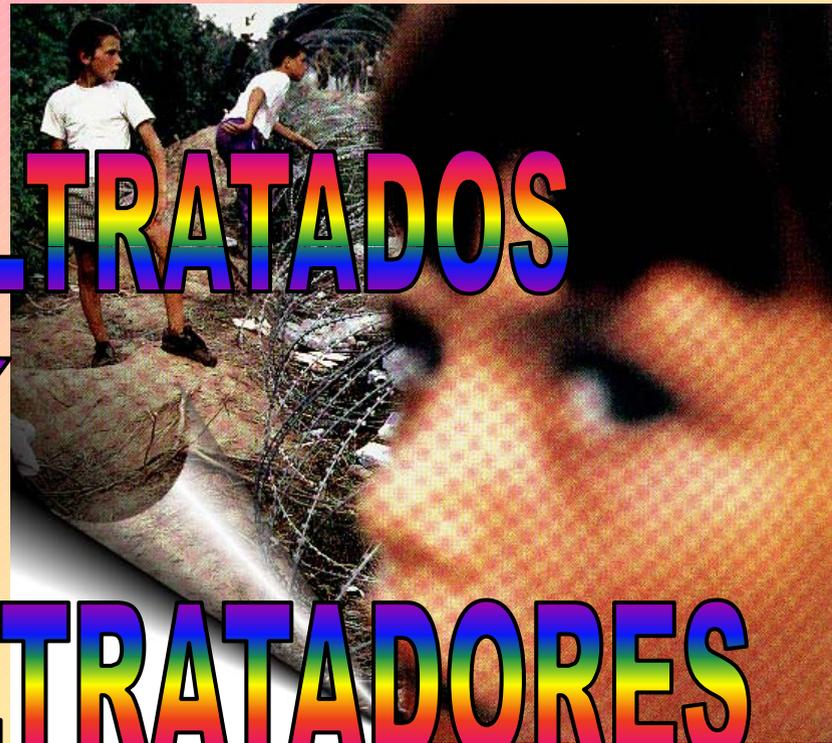


Casimiro Bodelón Sánchez
Máster en Sexualidad Humana
PSICÓLOGO SEXOANALISTA

MENORES MALTRATADOS

Y

MENORES MALTRATADORES



En un Congreso sobre el Maltrato Infantil

¿Está fuera de lugar una comunicación sobre:

MENORES MALTRATADORES?

Si existen tales menores que maltratan:

- ↪ a otros menores,**
- ↪ a adultos,**
- ↪ a sus propios padres.....**



Silenciar este fenómeno sería un error

El primer paso para una posible solución es reconocer públicamente este hecho incontestable.

El menor maltratador acaba siendo maltratado, creándose un círculo maldito en el que nadie gana y todos perdemos.

Un ejemplo: Las adopciones

Un alto porcentaje, entre el 35 y 40% resultan fallidas y son nefastas para alguna de las partes.

La adopción es una lotería que no siempre sale bien. Cuando sale mal es la ruina para la pareja y para la persona adoptada.

Un **Los posibles causas del fracaso:**

Se son aptos para la adopción. de placer,

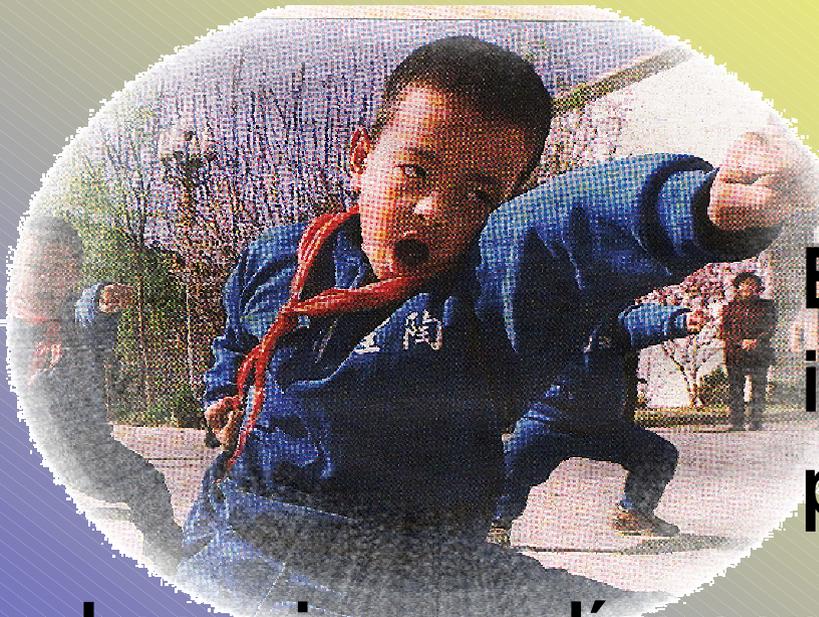
minusval

El odio a la disciplina y al en conductas agresivas hacia cualquier adulto que le invite al orden o a la espera.

**“Lo que recibes gratuitamente
CONQUISTALO para poseerlo, de lo
contrario, te puede hacer mucho daño”**

(Lo que no cuesta no se valora)

**Las consecuencias de estas conductas
claramente disruptivas llevan a las familias a
pedir ayuda, para que la “Entidad pública” se
haga cargo de estos menores.**



El internamiento

Es el siguiente paso, tras la intervención del Organismo protector o judicial.

Los primeros días son de observación. Tanto los menores como sus cuidadores se observan mutuamente. Pasado este tiempo de acomodo provisional, los educadores “imponen” las reglas y los menores planean su resistencia. Se puede conseguir serenar el ánimo del menor o de la menor....

Ante menores agresivos y provocadores, es la mejor respuesta colocar agentes de para su contención.

Eso es lo fácil
soluciones

**“Uniforme autoridad de unos educadores
muy preparados técnicamente y con una
personalidad muy firme y al mismo tiempo
muy humana”**



**Lo otro es puro parcheo
y desconocimiento de la
difícil tarea reeducadora**

**Ese personal no es
fácil encontrarlo en
las listas del paro...**

**Son personas que, además de una alta cualifica-
ción educativa, tienen una auténtica vocación
profesional para tales menesteres.....**

**Hoy abundan los “asalariados” de la educación,
pero escasean los verdaderamente vocacionados.
Ahí está el problema de difícil solución....**

Un dato para la reflexión

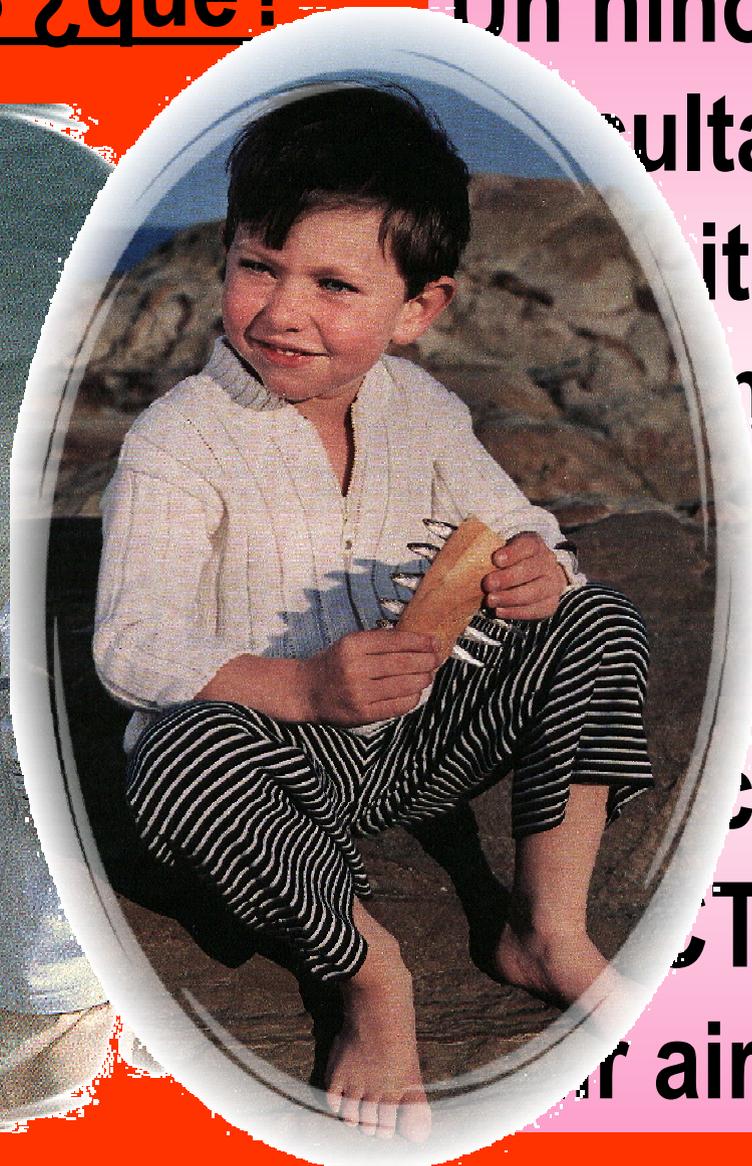
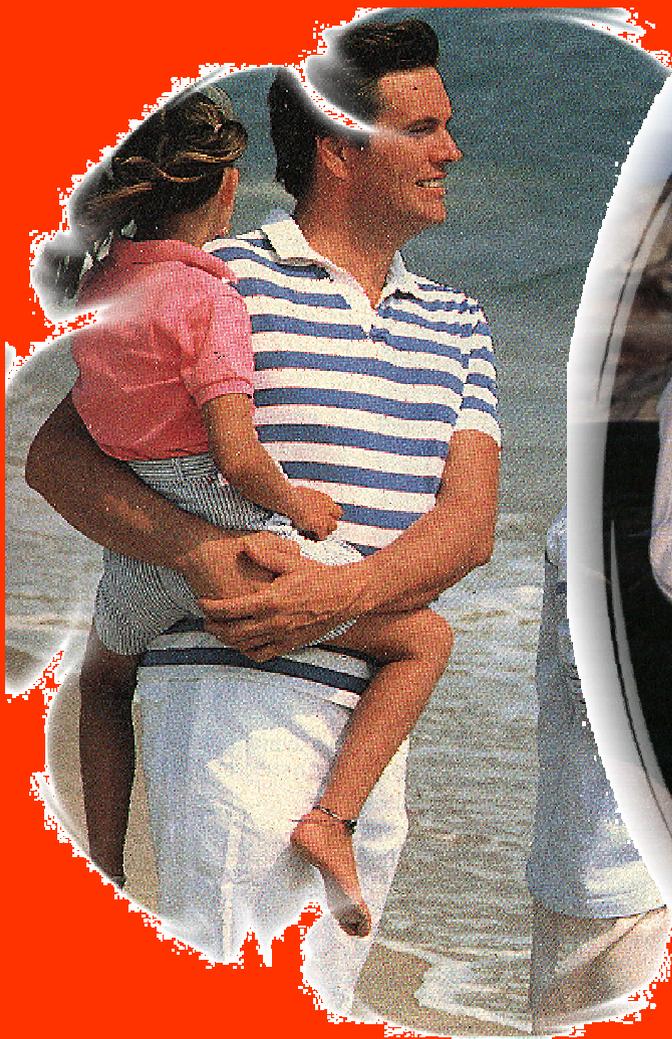
Cuando el personal atemorizado o incapaz para exigir el orden y la disciplina debidas claudica y les dejan hacer los que les dé la gana comete el mayor error educativo.

A fuerza de maltratar, los propios menores maltratadores acaban sufriendo en sus propias carnes el peor de los tratos: el abandono y desprecio de sus cuidadores, hartos de aguantarles.

El perfil de estas personas, teóricamente no debería tener género, pero mientras la realidad sea la que tenemos hoy: mayor número de adolescentes y jóvenes varones con problemas, habría de hacerse una ligera discriminación positiva a favor de educadores masculinos.

Es el varón el que más ha fallado en la educación familiar, de ahí la necesidad de figuras masculinas maduras y equilibradas, que ejerzan de modelo y de contención ante los envites agresivos de estos jóvenes.

Y los padres ¿qué?

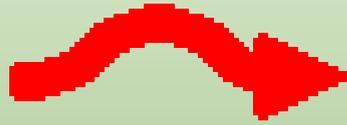


Un niño con
buenas
resultades
de la
prueba
de la
matemática
nación de
los
países
FRANCOS y
otros
FRANCOS para
ser
exitoso.

Ni los padres solos, ni los educadores solos, ni los profesores solos...

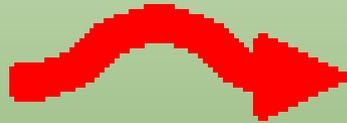
La educación es tarea conjunta y globalizadora, bien coordinada entre todos los implicados, para conseguir lo que resulta un verdadero encaje de bolillos. Un mal paso impedirá el logro de ciudadanos honrados y personas equilibradas...

Autoridad



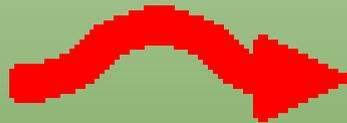
Permisividad

Esfuerzo



Abulia

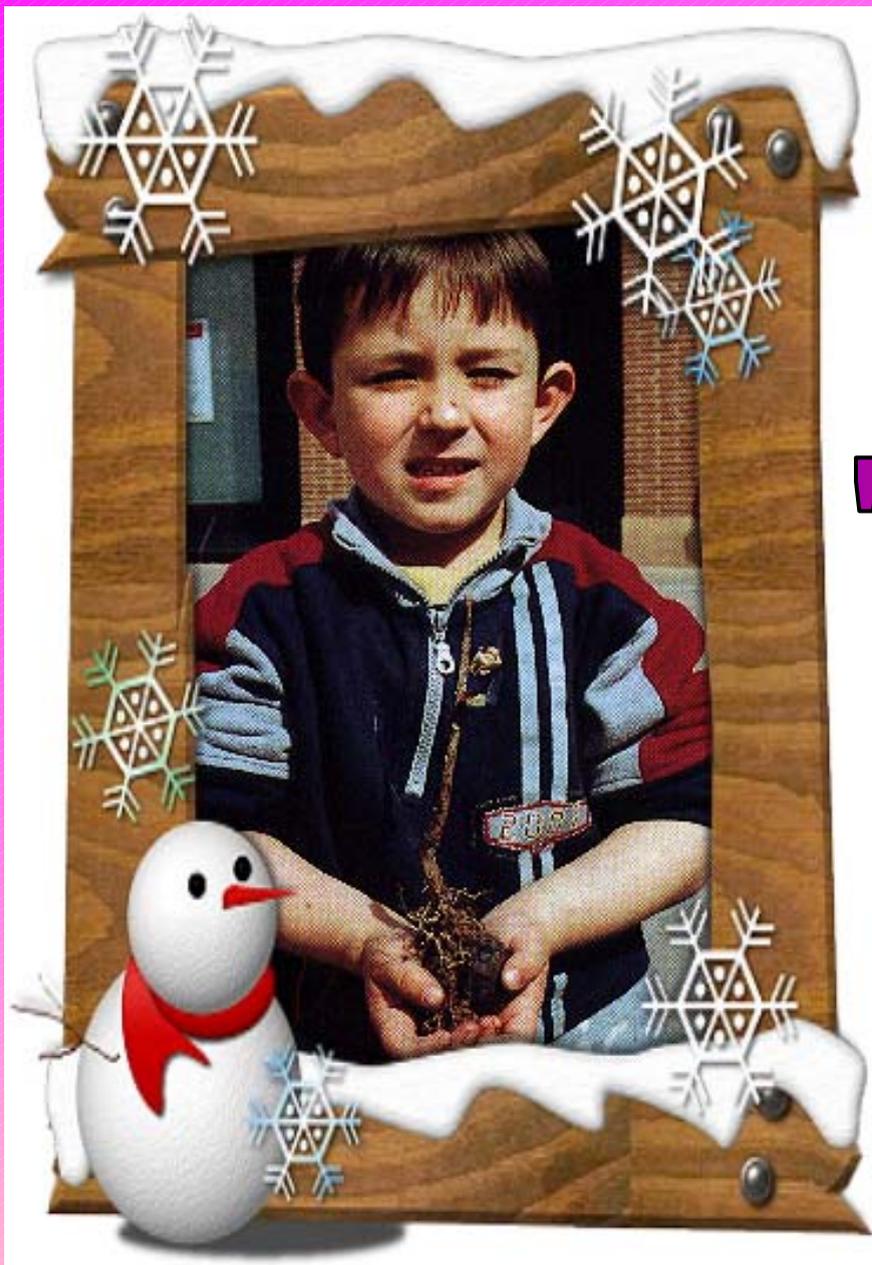
Disciplina



Desmadre

**Volver a la Escuela, donde verdaderos Maestros,
recuperen lo que nunca debimos perder:**

**El Magisterio de los mejores, no
el adoctrinamiento de los vulgares**



Del “yo estoy mal, tú estás mal” actual, al:

“Yo estoy bien y tú estás bien”

Signo de salud y de madurez.

VI Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. El trato institucional a la infancia: respuesta en el siglo XXI, 25-27 de abril de 2002. Murcia. Asociación Murciana de Infancia Maltratada.

Percepción del nivel de adaptación psicosocial en niños escolarizados de 8 a 16 años evaluados como víctimas y agresores.

Carmen Orte, Carmen Touza, Luís Ballester, Patricia Ferrà. Universitat de les Illes Balears

Resumen: Esta comunicación se enmarca dentro de la investigación que estamos llevando a cabo con relación al bullying escolar. Una vez determinada la incidencia y prevalencia del fenómeno del bullying escolar en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, nuestro interés se ha centrado en conocer los problemas de naturaleza psicosocial tanto de las víctimas como de los agresores para que la escuela como institución responsable de la educación de los menores, asuma un papel activo en la prevención de este problema que puede comprometer gravemente el bienestar de los niños. En esta comunicación presentamos los resultados de esta segunda línea de estudio.

Objetivos: Analizar la adaptación psicosocial tal y como es percibida por el propio niño, sus compañeros y sus profesores tutores en alumnos evaluados por sus compañeros como agresores, burladores o víctimas.

Material y método: Realizamos un estudio comparativo entre niños víctimas y agresores y un grupo de comparación formado por compañeros que no habían obtenido este estatus en el estudio. Se utilizó la BAS-1, el TAMAI, y pruebas sociométricas.

Resultados: Se detectan problemas de adaptación psicosocial en los niños analizados desde el punto de vista de su autopercepción. Hay diferencias en la percepción de los profesores-tutores con relación a problemas de socialización entre niños considerados agresores, burladores y víctimas entre sí y respecto a los niños control.

Conclusión: Destacamos la importancia de la detección temprana de los problemas de aislamiento y rechazo escolar así como de las situaciones de agresión e intimidación entre alumnos/as, como forma de prevenir la inadaptación escolar y social percibida. Enfatizamos la importancia de influir sobre las relaciones sociales para influir sobre los aspectos negativos del aislamiento y el rechazo, y el importante papel de la escuela en la prevención de los problemas de adaptación psicosocial en víctimas y agresores.

Introducción

Aunque durante muchas generaciones los niños han sido víctimas de otros niños, han sido repetidamente amenazados, agredidos, humillados, rechazados... sólo desde hace aproximadamente una

década empezamos a ser conscientes en nuestro país de que el *bullying* o maltrato entre los niños y adolescentes es intolerable, porque supone una agresión gratuita, cruel y repetida de personas más fuertes o con más poder hacia otras personas más débiles o con menos poder. Este tipo de comportamiento no ha sido considerado tradicionalmente un problema de violencia, y ni siquiera un motivo de queja en los centros docentes -por distintas razones-, entre los docentes, los padres o los mismos alumnos/as que la padecen. Una cuestión importante en este sentido radica en la definición del concepto de violencia. Coincidimos con Batsche y Knoff (1994) en que el concepto de violencia escolar debe definirse de forma amplia para incluir cualquier condición o acto que cree un clima en el que los estudiantes y los profesores sientan miedo o intimidación además de ser las víctimas de asalto, robo, o vandalismo. Incluir el bullying en la definición de violencia, amplía de forma importante el análisis sobre sus consecuencias, en las personas que la padecen de forma directa o indirecta, y también en el clima escolar, y la discusión sobre el tema de la violencia y la seguridad en las escuelas, tradicionalmente más centrada en problemas de asaltos, robos y vandalismo.

Hay que tener en cuenta que, de acuerdo con los datos sobre incidencia y prevalencia, el bullying puede ser la forma más prevalente de violencia en las escuelas y una de las formas de violencia que es probable que afecte a un mayor número de estudiantes. En el estudio que llevamos a cabo con una muestra de 3033 estudiantes de 9 a 17 años (Orte y otros 1999) en la CAIB, con metodología de cuestionario anónimo, los alumnos que declaran haberse sentido amenazados por algún o algunos compañeros desde el inicio del curso, (que podemos interpretar como nivel de conductas negativas relacionales que se producen en el aula entre iguales) es aproximadamente de un 30%, oscilando entre un 3 un 5%, el porcentaje de alumnado que de forma cotidiana padece esta situación principalmente entre 5º de primaria y 2º de ESO. Se trata de conductas que ocurren con mayor frecuencia en los alumnos que en las alumnas¹ (alguna vez el 25,8% de los chicos y el 22,7% de las chicas; más de cuatro veces el 6,1% de los chicos y el 5,0% de las chicas; casi todos los días casi siempre el 4,7% de los chicos y el 4,3% de las chicas); que tienen lugar en el patio, 28,8%, en el patio y en la clase, 7,6%, en cualquier sitio, 18,2% y que la llevan a cabo compañeros / as de la misma clase². Resultados similares se derivan del estudio llevado a cabo con una

¹Los agresores son varones en la mayor parte de los casos. La única excepción según los datos del Informe del Defensor del Pueblo (1999) se refiere a la conducta de "hablar mal de otros", que las chicas tanto en grupos sólo femeninos como mixtos, realizan de forma más frecuente.

²En el caso de los datos aportados por el Informe del Defensor del Pueblo, (1999) la única excepción son las amenazas con armas. En los pocos casos que se produce este tipo de agresión se trata de compañeros de otro curso superior o de personas ajenas al centro.

población de 306 estudiantes de un colegio concertado de la ciudad de Palma de edades comprendidas entre 3 y 16 años utilizando también cuestionario anónimo y otras técnicas e instrumentos³ (Orte y otros, 2000), al que nos referiremos más adelante. Por otra parte, y de acuerdo con los trabajos de Stephenson y Smith de 1988 (citado en Batsche y Knoff 1994), habría otras cuestiones a tener en cuenta que afectan a la necesidad de sacar a la luz (para intervenir), los problemas de agresión e intimidación entre escolares: En primer lugar, y debido a que son conductas que suelen darse mayoritariamente en forma de agresión e intimidación verbal, aislamiento y exclusión, y por tanto de forma menos visible externamente en lo que se refiere a sus consecuencias, que las conductas, por ejemplo, de agresión física, los profesores pueden no ser conscientes de su importancia y no intervenir en las mismas. En segundo lugar, la propia pasividad del alumno/a agredido/a puede no ser interpretada correctamente ya que suele mantenerse la importancia de este tipo de situaciones como ocasiones para "crecer" ignorando la situación de indefensión y sufrimiento que ello supone para el alumno/ victimizado/a. En tercer lugar, es más probable que el profesorado intervenga sobre las conductas de tipo exteriorizado de los alumnos/as, que en las conductas de tipo interiorizado, ignorando su importancia y consecuencias tanto en el ámbito personal, escolar y social.

El *bullying* atenta contra el derecho de los niños y adolescentes a sentirse seguros en un entorno escolar socioafectivo positivo y, sin duda, afecta negativamente a su desarrollo psicológico y social. Actualmente, disponemos de evidencia empírica sobre las consecuencias, a corto y a largo plazo, de padecer una situación de maltrato entre iguales continuada y severa en la infancia. A corto plazo, y junto al temor de ir a la escuela, podemos hallar en las víctimas problemas de absentismo, dificultades de concentración, alteraciones psicósomáticas, problemas del sueño, (Elliott y Kilpatrick, 1996), pérdida progresiva de la autoestima o de la confianza en sí mismo, ansiedad, dificultades de adaptación social y rendimiento académico, y en algunos casos muy extremos, intentos de suicidio (Ortega, 1994; Rigby 1996). A largo plazo, podemos hallar tendencias depresivas, baja autoestima o sentimientos de desvalorización personal (Olweus, 1993; Farrington, 1993; Batsche y Knoff, 1994; Dietz, 1994) y dificultades en el establecimiento de relaciones de confianza e intimidad (Gilmartin en Rigby, 1996). Los trabajos de Farrington (1993) indican también una continuidad generacional en la problemática de victimización, es decir, que los hijos de las personas que fueron maltratadas en la escuela tienen más probabilidades de ser victimizados.

En cuanto a los agresores, diversas investigaciones han constatado la relación entre la conducta de *bullying* y otras conductas antisociales. No es de extrañar, pues, que en los estudios de los países

³Entre otros, la observación en aula y patio con los alumnos y alumnas de 3 a 7 años la evaluación sociométrica, la observación en diferentes zonas del centro incluyendo el patio de la escuela

escandinavos se hallara una alta correlación entre la conducta de *bullying* en los años escolares y los problemas legales o criminales en la etapa adulta (Olweus, 1993). Los agresores o maltratadores crónicos parecen mantener conductas abusivas en la etapa adulta, afectando a su capacidad de desarrollar y mantener relaciones positivas (Oliver et al. , 1994). Dietz (1994) encontró también entre éstos un mayor grado de depresión en la edad adulta. Un dato importante que ha sido corroborado por un buen número de expertos e investigadores en el tema es el hecho de que un porcentaje elevado de víctimas es también agresor: alrededor del 20% en los estudios de Olweus, 1978; Mykletun, 1979; Roland, 1980, 1987 (citados en Byrne, 1994).

De acuerdo con ello, y dada la importancia de las conductas de agresión e intimidación sobre la adaptación de los alumnos y por tanto sobre el proceso de inadaptación a corto y largo plazo y sus consecuencias también en el ámbito escolar y social, llevamos a cabo un análisis comparativo entre niños y jóvenes cualificados como agresores, víctimas y burladores y un grupo de comparación formado por aquellos que no habían obtenido dicha cualificación de sus compañeros, con relación a la inadaptación, tal como es percibida por el profesor-tutor y tal como es autopercebida por el propio alumnado analizado.

Método

Los datos de los sujetos de 8 a 16 años a los que hacemos referencia aquí, con relación a la percepción del nivel de adaptación psicosocial, proceden de una investigación más amplia dirigida a profundizar en las conductas de agresión e intimidación entre escolares, llevada a cabo en un colegio concertado de Palma de Mallorca con toda la población comprendida entre 3 y 16 años (Orte y otros 2000).

Los datos que hemos utilizado proceden de los análisis realizados a partir de los siguientes instrumentos: Sociograma-A Versión Alumnos; BAS-1, y TAMAI.

El primer objetivo que nos propusimos fue disponer de una medida que permitiera discriminar entre los alumnos y alumnas considerados como agresores físicos, verbales (“burladores”) o víctimas por parte de sus compañeros de clase, así como del grado de aceptación social del que gozaban. Para ello calculamos cuatro índices a partir de los resultados del sociograma utilizado (Sociograma-A Versión Alumnos de Orte Ferrà y Ballester 1999), que nos permitió conocer el número de nominaciones que cada uno recibía, así como el balance entre las elecciones y rechazos que le dirigían sus compañeros.

El segundo objetivo que nos propusimos fue conocer si había relación entre cada categoría de los alumnos/as considerados como agresores, burladores y víctimas y el grado de inadaptación escolar y social y la insatisfacción familiar percibida por los propios alumnos/as. Para ello utilizamos el cuestionario TAMAI (Hernández, P. 1998), se trata de una prueba que evalúa la adaptación en distintos ámbitos. El

TAMAI evalúa la inadaptación escolar desde dos perspectivas: la externa, referida a baja laboriosidad en el aprendizaje y conductas disruptivas en el aula, y la interna, referida a las actitudes desfavorables hacia el conjunto de actores y situaciones del entorno escolar. En cuanto a la inadaptación social, también se evalúa desde dos perspectivas: la de autodescontrol social referida a personas y normas y la de restricción social referida a actitudes de recelo y de desconfianza social. Finalmente, la insatisfacción familiar evalúa por un lado la insatisfacción con el ambiente familiar en cuanto a clima y relación entre los padres, y la insatisfacción con los hermanos.

El tercer objetivo que nos propusimos fue conocer si había diferencias en la socialización de los alumnos y alumnas considerados por sus compañeros de clase como agresores físicos, como agresores verbales (burladores) o como víctimas, de acuerdo a la percepción del profesor-tutor. Para ello utilizamos la Batería de Socialización BAS-1 (Silva, F., Martorell, M.C. 1989). La BAS-1 evalúa un perfil de socialización en el que se consideran cuatro aspectos facilitadores de la misma como el liderazgo, la jovialidad, la sensibilidad social y el respeto-autocontrol, y tres aspectos negativos/perturbadores como la agresividad-terquedad, la apatía-retraimiento y la ansiedad-timidez. También permite obtener una apreciación global de la socialización a partir de la escala denominada criterial socialización.

Resultados

Respecto al primer objetivo, a partir de las puntuaciones obtenidas por los alumnos y alumnas en cada uno de los índices sociométricos, pudimos identificar tres agrupaciones, la de agresores físicos, agresores verbales o burladores y víctimas. A partir del coeficiente de correlación parcial de Pearson, y tal como se muestra en la figura 1, existe relación significativa ($p < 0.000$) entre cada una de las agrupaciones consideradas independientemente de la edad de la muestra considerada.

INSERTAR Figura1

Respecto al segundo objetivo, conocer si había relación entre cada categoría de los alumnos/as considerados como agresores, burladores y víctimas y el grado de inadaptación escolar y social y la insatisfacción familiar percibida por los propios alumnos/as, y tal como se observa en la figura 2, a partir del cálculo del coeficiente de correlación parcial de Pearson -controlando la edad de los grupos de sujetos analizados-, entre las puntuaciones obtenidas en los índices sociométricos y las obtenidas en el test de autoevaluación de adaptación TAMAI, existe relación significativa entre el estatus de agresor y la autopercepción de inadaptación escolar ($p < 0.000$) y la autopercepción de inadaptación social ($p < 0.004$).

Resultados similares se observan en lo que se refiere a la relación entre el ser nominado como burlador /a y la autopercepción de inadaptación escolar ($p < 0.000$), observándose una tendencia marginalmente significativa ($p < 0.055$) respecto a la inadaptación social percibida. En lo que se refiere a la relación entre el índice de victimización, se observa una relación significativa ($p < 0.029$) entre el estatus de víctima y la inadaptación social autopercebida. No se obtuvo ninguna puntuación significativa respecto a la insatisfacción familiar percibida y los índices sociométricos utilizados.

INSERTAR Figura 2

Respecto al tercer objetivo, conocer si había diferencias en la socialización de los alumnos y alumnas considerados por sus compañeros de clase como agresores físicos, como agresores verbales (burladores) o como víctimas, de acuerdo a la percepción del profesor-tutor. Y tal como se observa en la figura 3, a partir del cálculo del coeficiente de correlación de Spearman-Brown -, entre las puntuaciones obtenidas en los índices sociométricos y las obtenidas en la Batería de Socialización BAS-1, los profesores tutores perciben que los alumnos y alumnas evaluados como agresores por sus compañeros de clase tienen dificultades en el acatamiento de normas sociales en términos de responsabilidad y autocritica ya que puntúan de forma negativa ($p < 0.016$) en respeto-autocontrol; presentan conductas perturbadoras de disciplina y agresividad, puntuando de forma positiva en agresividad-terquedad ($p < 0.001$) y, en definitiva, son evaluados por sus profesores-tutores como sujetos con dificultades de adaptación social general ya que presentan puntuaciones de signo negativo en criterial-socialización ($p < 0.011$). Resultados similares se observan en la manera en que los profesores tutores perciben a los alumnos y alumnas evaluados como agresores verbales "burladores" por sus compañeros de clase en lo que se refiere a respeto-autocontrol ($p < 0.049$) y agresividad-terquedad ($p < 0.002$). En lo que se refiere a los alumnos y alumnas evaluadas como víctimas por sus compañeros de clase, sus dificultades son si cabe más importantes, de acuerdo a la evaluación que realizan sus profesores-tutores respecto a su socialización, ya que estos alumnos y alumnas presentan puntuaciones negativas en la mayoría de aspectos facilitadores de la socialización, es decir, en jovialidad ($p < 0.019$) o sociabilidad y buen ánimo; sensibilidad social ($p < 0.021$) o consideración y preocupación hacia los demás; y respeto autocontrol ($p < 0.004$); y puntuaciones positivas en dos de los tres aspectos perturbadores de la socialización, es decir, agresividad-terquedad ($p < 0.000$), y ansiedad-timidez en las relaciones sociales ($p < 0.033$) presentando además puntuaciones negativas en la escala denominada criterial-socialización ($p < 0.002$) que ofrece una visión global del grado de adaptación social del sujeto.

INSERTAR FIGURA 3.

Discusión

Este estudio se ha centrado en la evaluación de las relaciones que existen entre el estatus de agresor, burlador y víctima, la inadaptación escolar y social y la insatisfacción familiar. Hemos calculado cuatro índices sociométricos que nos han servido para discriminar entre los grupos y hemos encontrado relaciones significativas entre el estatus de agresor físico y burlador y la inadaptación escolar y social percibida y el estatus de víctima y la autopercepción de inadaptación social. Además y de acuerdo con las evaluaciones de los profesores-tutores, los alumnos y alumnas evaluados como agresores, como burladores o como víctimas, presentan problemas globales de socialización, siendo estos más importantes, en los alumnos evaluados por sus compañeros de clase como víctimas.

De acuerdo con estos resultados nos gustaría destacar dos cuestiones, en primer lugar que disponemos de una medida empírica que permite discriminar entre grupos de alumnos de acuerdo a la conducta de agredir o ser agredido, lo cual puede resultar de mucha utilidad como medida para analizar estos comportamientos. Hay que tener en cuenta que, tal como hemos comentado, este tipo de conductas no suelen considerarse como conductas de violencia porque, entre otros motivos, son de difícil evaluación. Relacionado con este aspecto está la cuestión de la relación que estos comportamientos mantienen con la inadaptación escolar y social de acuerdo a diferentes evaluadores, los mismos alumnos y alumnas que se autoperciben como inadaptados, y también sus profesores-tutores, que perciben que tienen problemas de socialización. Dada la relación que existe entre el ser evaluado por los compañeros de clase en cualquiera de las categorías comentadas, la inadaptación percibida por el alumno y los problemas de socialización percibidos por el profesorado, es importante que en la escuela se tome conciencia de la importancia de la prevención, la detección precoz y la intervención temprana sobre este tipo de comportamientos que comprometen no sólo los aprendizajes de los alumnos sino también su salud física y psicológica. Coincidimos con Batsche y Knoff (1994) en la importancia de que la escuela asuma el tratamiento del bullying de forma clara para poder evitar o reducir los efectos de este tipo de conductas sobre la inadaptación escolar y social. Tengamos en cuenta, además, que ello es posible hacerlo desde muy pronto, tan pronto como los años preescolares, ya que tanto el estatus social como la nominación de iguales pueden ya identificarse en los años preescolares (Olson y Brodfeld, 1996; Orte y otros 2000).

Referencias

BATSCHE, G.M., y KNOFF, H.M. (1994). Bullies and their victims: understanding a pervasive problem in the schools. *School Psychology Review*, Vol. 23, Nº 2, 165-174.

BYRNE, B.J. (1994). Bullies and victims in a school setting with reference to some Dublin schools. *The Irish Journal of Psychology*, 15,4, 574-586.

DIETZ, B. (1994). Effects of subsequent heterosexual shyness and depression of peer victimization at school. *International Conference on Children's Peer Relations*. Institute of Social Research: University of South Australia.

ELLIOTT, M. y KILPATRICK, J. (1996). *How to Stop Bullying: A Kindscape Training Guide*. Kidscape.

FARRINGTON, D. (1993). Understanding and preventing bullying” En Tonry, M. (ed.). *Crime and Justice a review of research.*, 17. Chicago: University of Chicago Press, 381-458.

HERNÁNDEZ, P. (1998). *TAMAI Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil*. Madrid: TEA.

OLIVER, R. et al. (1994). The perceived roles of bullying in small-town Midwestern schools. *Journal of Counseling and Development*, 72(4), 416-419.

OLSON, S.L. y BRODFELD, P.L. (1991). Assessment of peer rejection and externalizing behavior problems in preschool boys: A short-term longitudinal study. *Journal of Abnormal Child psychology*, Vol. 19, Nº 4,493-503.

OLWEUS, D (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do?*. Cambridge, MA: Blachwell.

ORTE, C., BALLESTER, L., TOUZA, C., FERRÀ, P., MARCH, M.X., ESCODA, M. (2000). *Estudio sobre el bullying en la población de 3 a 16 años de un colegio concertado de Palma de Mallorca*. Palma de Mallorca: Mimeo.

ORTE, C., MARCH, M.X., BALLESTER, L., FERRÀ, P. (1997-2000). *El maltrato e intimidación entre iguales, bullying, en el medio educativo*. Madrid: Dirección General de Enseñanza Superior [Número: PB96-0192].

ORTEGA, R. (1994). Las malas relaciones interpersonales en la escuela: estudio sobre la violencia y el maltrato entre compañeros en segunda etapa de EGB”. *Infancia y Sociedad*, 27/28, 191-216.

RIGBY, K. (1996). *Bullying in schools. And what to do about it?*. Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers.

SILVA, F., MARTORELL M.C. (1989). *Batería de Socialización BAS-1,2*. Madrid: TEA.

El modelo de negligencia infantil: Una Explicación de la Teoría de la
Empatía

María Guibert y Joaquín De Paúl

Universidad del País Vasco

Abril de 2002

El modelo de negligencia infantil: Una Explicación de la Teoría de la Empatía

Introducción

Existe un acuerdo mayoritario en el contexto de la investigación internacional que señala que, entre las diferentes situaciones de maltrato infantil (maltrato físico, negligencia física, maltrato psicológico, negligencia psicológica y abuso sexual), la negligencia física y psicológica constituyen las tipologías con mayor prevalencia e incidencia (Cantwell, 1997; De Paúl, Arruabarrena, Torres, y Muñoz, 1995; Dubowitz, 1999). Tanto a nivel estatal (De Paúl et al., 1995) como a nivel internacional (Wolock y Horowitz, 1984) la mayoría de los estudios coinciden en señalar que la negligencia infantil es la tipología de maltrato/abandono infantil que define a la mitad de los casos de los Servicios de Protección Infantil.

Por otra parte, existen numerosos datos empíricos que sugieren que, al contrario de lo que pudiera pensarse comparativamente con el maltrato físico y el abuso sexual, la negligencia (física y psicológica) provoca una serie de consecuencias de importante gravedad en los niños/as que son víctimas de esta forma de maltrato infantil. Diferentes investigaciones muestran datos que señalan que los niños/as víctimas de situaciones de negligencia presentan puntuaciones menores en las pruebas de inteligencia, problemas emocionales y sociales incluyendo hostilidad, agresión y retraimiento (Galdston, 1971),

retrasos y trastornos del lenguaje (Katz, 1992), menor interacción con iguales (Hoffman y Twentyman, 1984), temperamento difícil (Crittenden 1988), problemas externalizados de comportamiento (Camras y Rappaport, 1993; Crouch y Milner, 1993; De Paúl y Arruabarrena, 1995; George y Main, 1979), retraso no-orgánico del crecimiento (Gardner, 1972) y elevada incidencia de apego ansioso (Crittenden 1985).

Las dos evidencias empíricas, tanto la elevada incidencia como la gravedad de sus causas, ponen de manifiesto que la negligencia infantil es una tipología de maltrato infantil que se constituye en un problema social de gran relevancia. Se trata de un problema para el que deben destinarse importantes esfuerzos de estudio e investigación que tengan como objetivo aumentar el conocimiento sobre su etiología y generar programas de intervención con las familias negligentes y los niños/as víctimas de la negligencia.

Sin embargo, existen dos dificultades a las que se enfrenta el abordaje y la intervención de la negligencia infantil: la ausencia de una definición unificada de negligencia infantil y la escasez de modelos teóricos. La primera dificultad es la ausencia de una definición unificada del fenómeno y la utilización del término “negligencia” para referirse a diferentes situaciones de insatisfacción de las necesidades infantiles. En la literatura científica es posible encontrar definiciones que se centran en el tipo de conducta de los padres (Crittenden, 1999; Farrel y Egeland, 1996; Garbarino, 1986; Helfer, 1990) y definiciones que se centran en las necesidades no satisfechas de los niños (Black, 2000; Dubowitz, Black, Starr y Zuravin, 1993), así como diferentes formas de

clasificar las posibles formas de presentación de las situaciones de negligencia infantil.

La ausencia de una definición unificada de lo que se entiende por negligencia infantil, la diversidad y complejidad de las situaciones que se incluyen en el mismo concepto de negligencia infantil y la utilización del término para referirse a situaciones de muy diferentes características dificulta de manera importante el necesario avance de la investigación epidemiológica, etiológica y terapéutica de este problema social. Sin embargo, y con el objetivo de ilustrar el contenido de la presente comunicación, se propone una definición que, a pesar de haber sido escrita hace más de 25 años, señala los aspectos fundamentales de lo que todos los autores incluyen en el concepto de negligencia infantil. Se trata de la definición realizada por Polansky, Hally y Polansky (1975) y que ha sido utilizada frecuentemente en la literatura científica: "situación en la que un cuidador responsable del niño/a, bien de forma deliberada o por una importante falta de atención, permite que el niño/a experimente un daño que podría ser evitado y/o no es capaz de proporcionarle uno o más de los ingredientes considerados en general necesarios para desarrollar sus capacidades físicas, intelectuales y emocionales".

La segunda dificultad con la que se enfrenta el estudio etiológico y el desarrollo de la investigación sobre la negligencia infantil y el desarrollo de programas de intervención es la escasa o inexistente cantidad de modelos teóricos explicativos de este fenómeno. Tal y como señalan Wolock y Horowitz (1984), lo que resulta más relevante en este ámbito de estudio es la

“negligencia” de la investigación sobre la negligencia infantil. La escasa investigación existente se centra en las consecuencias de esta tipología de maltrato en los niños (Cantwell, 1997) y en su relación con algunos factores de riesgo como el aislamiento social y la falta de apoyo social (DePanfilis, 1997; Polansky, y Gaudin, 1983), la pobreza (Bousha y Twentyman, 1984; Garbarino y Crouter, 1978), la depresión, la ansiedad materna y las alteraciones emocionales en las madres (Egeland y Sroufe, 1981; Famurlaro, Stone, Barnum, y Wharton, 1986), el alcoholismo y el consumo de otras sustancias (Famuralo et al. 1986) y el retraso intelectual (Martin y Walters, 1982).

La reducida cantidad de datos sobre la relevancia de los factores de riesgo estudiados para la negligencia infantil se acompaña de la existencia de únicamente tres propuestas de modelos etiológicos que se hayan centrado de manera específica en esta tipología de maltrato infantil (Burke, Chandy, Dannerberck y Watt, 1998; Crittenden, 1993; Howze y Kotch, 1984).

Lo señalado hasta aquí constituye un resumen de la investigación existente en el contexto internacional sobre la negligencia infantil. Se puede, por tanto, afirmar que la negligencia infantil constituye un problema social de gran incidencia y prevalencia, cuyas consecuencias para los niños/as son severas y con un estado de la investigación que destaca por la escasez de modelos teóricos que permitan entender la conducta de los padres/madres negligentes y, en consecuencia, generar programas eficaces de intervención basados en la evidencia empírica.

En la presente comunicación se propone un modelo teórico explicativo de la conducta negligente que parte de la posible existencia de déficit empáticos en los padres/madres negligentes. Esta propuesta de modelo teórico no tiene como objetivo explicar la conducta negligente de madres/padres con retraso mental, depresión crónica o patología de salud mental severa, consumo de alcohol y/o otras drogas. Se centra explícitamente en la explicación de la negligencia infantil desde la hipótesis general de que algunos padres/madres negligentes presentarían ciertos déficit en las emociones que motivan la conducta de ayuda.

Un modelo teórico de la negligencia infantil basado en el déficit en la emoción empática.

Este modelo explicativo parte de la premisa de que la conducta parental de satisfacción de las necesidades de los niños/as puede ser considerada como una conducta de ayuda y de que toda conducta de ayuda puede ser generada por dos tipos de motivación diferentes: motivación egoísta de ayuda y motivación altruista de ayuda (Batson, Duncan, Ackerman, Buckley, y Birch, 1981). Por ello, este modelo explicativo tratará de justificar la hipótesis general de que los padres/madres negligentes no desempeñan la conducta de ayuda de cuidado de sus hijos/as porque, ante las señales de necesidad de los mismos, no experimentan el tipo de emociones que generan la motivación adecuada de ayuda o porque, experimentando dichas emociones, determinadas cogniciones producen alteraciones en la motivación de ayuda.

Existe una larga y fructífera polémica teórica y empírica sobre la naturaleza de la conducta de ayuda que ha enfrentado a algunos autores que defienden que toda conducta de ayuda es resultado de una motivación egoísta (Cialdini, Houlihan, y Arps, 1984; Pialivin, Piliavin, y Rodin, 1975) y algunos autores que defienden que existen ciertas condiciones en las que la conducta de ayuda puede tener una motivación altruista (Batson, 1996). Estos últimos autores defienden la utilización exclusiva del término “conducta altruista” para aquellas situaciones en las que la conducta de ayuda se produce como consecuencia de una motivación altruista. Desde este punto de vista, se han aportado datos empíricos suficientes y de gran solidez metodológica (Batson, Dyck, Brandt, Batson, Powell, McMaster, y Griffitt, 1988; Batson, Shaw, y Klein, 1995) que sugieren que la motivación (egoísta o altruista) que precede a la conducta de ayuda o a la conducta altruista está condicionada por la emoción que el sujeto experimenta tras la percepción e interpretación de la señal de malestar de otra persona. En la literatura científica desarrollada sobre este interesante tema de investigación destacan numerosos estudios experimentales (Batson, 1996; Batson, y Coke, 1981; Batson, O’Quin, Fultz, Vanderplas, y Isen, 1983) en los que se comprueba que el hecho de experimentar un predominio de la emoción de malestar personal ante una persona necesitada conlleva una motivación de ayuda egoísta, mientras que el hecho de experimentar un predominio de la emoción de preocupación empática ante una persona necesitada favorece la aparición de una motivación altruista de ayuda (Batson, 1996; Batson, y Coke, 1981; Batson et al., 1983).

Existe evidencia empírica que señala que, habiendo experimentado, ante la señal de sufrimiento de otro, un predominio de la emoción de malestar personal, existen menos posibilidades de que se realice la conducta de ayuda (1) si el sujeto puede “escapar” fácilmente de la observación de las señales de sufrimiento (Batson, Bolen, Cross, y Neuringer-Benefiel, 1986; Toi y Batson, 1982), (2) si predice que no va a recibir una evaluación social negativa o un castigo social por no haber ayudado (Fultz, Batson, Fortenbach, McCarthy, y Varney, 1986) y (3) si el hecho de desarrollar la conducta de ayuda no le genera un refuerzo social (Batson, et al., 1988), una mejora de su estado de ánimo o una reducción de su estado de ánimo negativo (Batson, Batson, Griffitt, Barrientos, Brandt, Sprengelmeyer y Bayly, 1989; Batson, Batson, Slingsby, Harrell, Peekna, y Todd, 1991). De la misma manera, existe evidencia empírica que señala que si un sujeto experimenta ante la señal de sufrimiento del otro un predominio de la emoción de preocupación empática la motivación para realizar la conducta de ayuda se mantiene inalterable a pesar de que pueda “escapar” fácilmente de las señales de sufrimiento del otro, de que no vaya a recibir una evaluación social negativa o un castigo social por no haber ayudado, de que llevar a cabo la conducta de ayuda no le genere un refuerzo social, y de una mejora de su estado de ánimo o una reducción de su estado de ánimo negativo (Batson, et al., 1989; Batson et al., 1991). La investigación experimental (Batson, et al., 1983) ha mostrado que la única situación en que, una vez experimentado un predominio de la emoción de preocupación empática, se reducen las posibilidades de llevar a cabo la conducta de ayuda

se produce cuando el sujeto percibe que dicha conducta pudiera tener un alto coste para su propia integridad o seguridad física o material.

Por tanto, la evidencia empírica existente permite concluir que la conducta de ayuda queda más fácilmente garantizada cuando el sujeto experimenta, ante la señal de sufrimiento del otro, una emoción de tipo empático y cuando en esta emoción predomina la preocupación empática sobre el malestar personal. El modelo que se presenta en esta comunicación asume la hipótesis de que las madres y padres negligentes tienen menos tendencia que las madres y padres no negligentes a experimentar un predominio de preocupación empática ante las señales de necesidad de sus hijos/as.

Dada la relevancia para garantizar la puesta en marcha de la conducta de ayuda ante la señal de necesidad de otra persona (en este modelo el hijo/a) del hecho de experimentar la emoción de preocupación empática, es preciso analizar las variables que favorecen o condicionan su aparición. Se asume, siguiendo los trabajos de Batson, Turk, Shaw y Klein, (1995) que para que se experimente la emoción de preocupación empática es necesario que se cumplan dos condiciones: (1) que el sujeto perciba al otro en situación de necesidad y (2) que el sujeto asigne valor al bienestar del otro. Desde esta premisa, se asume que un “espectador” ayuda porque experimenta preocupación empática y esto ocurre porque se da cuenta de que otra persona está en situación de necesidad y lo interpreta como una emergencia y porque considera valioso el que dicha persona mantenga su estado de bienestar.

Desde el punto de vista de la explicación de la ausencia de conducta de ayuda en los padres negligentes resultan de una gran relevancia ambas condiciones. No obstante, resulta adecuado para el desarrollo del modelo teórico de la conducta negligente que se propone en esta comunicación añadir una tercera condición para que se lleve a cabo la conducta de ayuda que ha sido propuesta por Hoefnagels y Zwikker (2001). Según estos autores, para que se dé la conducta de ayuda, además de todo lo señalado anteriormente, el sujeto debe considerar que tiene cierta responsabilidad en la satisfacción de las necesidades o el mantenimiento del bienestar de la otra persona.

Tal y como se señala en la Figura 1, la conducta de ayuda, de un padre/madre con respecto a cualquier situación de necesidad de su hijo/a se iniciaría cuando el niño/a emite una señal evidente de necesidad (por ejemplo el llanto) y/o cuando hay información en el ambiente que sugiere que el niño/a está en necesidad (por ejemplo número de horas que han pasado sin cambiar el pañal o desde el último biberón). Para que se satisfaga la necesidad del niño debe experimentarse una emoción de preocupación empática o de malestar personal. La necesidad del niño se satisface a partir de una motivación altruista generada por la emoción de preocupación empática porque el padre/madre es consciente de que su hijo está en situación de necesidad y porque, dada la condición de haberse producido una vinculación afectiva con su hijo/a, el padre/madre asigna un elevado valor al mantenimiento de su bienestar. Para que el padre/madre sea consciente y se dé cuenta de que su hijo está en situación de necesidad resulta preciso (1) que las señales emitidas por el

niño/a o que los indicadores existentes en el contexto hayan sido percibidos, (2) que se haya llevado a cabo una evaluación adecuada de la severidad de la situación de necesidad del niño/a y (3) que se lleve a cabo una adecuada atribución de la capacidad de control que tiene el niño/a sobre la satisfacción de sus propias necesidades. En caso de que no se den las anteriores condiciones, el padre/madre (1) no experimentará ningún tipo de emoción lo que favorecerá la aparición de la conducta negligente o (2) experimentará ante la señal de sufrimiento del niño/a un predominio de la emoción de malestar personal que genera una motivación egoísta y no garantiza de manera adecuada la satisfacción de la necesidad del niño, ya que puede depender de la facilidad para escapar de la situación, de evitar la evaluación social negativa y los castigos y de no anticipar las recompensas y la mejora del ánimo por ayudar.

La negligencia infantil se puede producir a pesar del predominio de la emoción empática pero como consecuencia de un muy elevado coste percibido de la conducta de ayuda al niño/a. Existen investigaciones sobre situaciones de negligencia infantil que señalan que las madres y los padres negligentes perciben que sus propias necesidades no están adecuadamente satisfechas y pueden presentar una personalidad denominada inmadura que les hace ser dependientes, impulsivos, sin capacidad de asumir responsabilidades, y con orientación narcisista (Polansky, Chalmers, Williams, y Buttenweiser, 1981) como consecuencia de no haber alcanzado una identidad internalizada separada. La inmadurez de las madres negligentes se caracteriza por una

conducta infantil, dependiente y demandante, por la falta de control de impulsos, por la falta de habilidad para posponer la gratificación de necesidades, para pensar con perspectiva temporal y observar la conexión entre sus acciones y las consecuencias, por la utilización de mecanismos de defensa primitivos y por la ausencia de empatía. Esto puede explicar que dichas madres tiendan a anteponer su propio bienestar al de su hijo/a y se comporten de manera negligente a pesar de haber sido conscientes de que su hijo se encuentra en una situación de necesidad y de haberle asignado valor a su bienestar.

Además este modelo teórico plantea la hipótesis de que la conducta negligente tiene lugar como consecuencia del mecanismo de evitación empática (Shaw, Batson, y Todd, 1994). Esta hipótesis plantea que el padre es consciente de que va a tener una oportunidad de ayudar, percibe el coste de la ayuda como alto, se puede percibir con poca capacidad de ayuda y esto hace que se plantean problemas en la percepción de la necesidad, en la evaluación de la severidad y en la atribución de la controlabilidad. Esto causa que el padre no se da cuenta de que el niño está en necesidad por lo que no es necesario la conducta de ayuda. La hipótesis de la exclusión perceptiva del modelo de Crittenden (1993) tendría sentido dentro de la evitación empática ya que puede que los padres ignoren las señales del niño porque se sienten incómodos.

El modelo teórico presentado, sometido a confirmación de investigación empírica permitiría explicar la conducta negligente de algunos padres/madres. Si el modelo teórico fuera confirmado y sus hipótesis apoyadas, la evidencia

empírica y el modelo informaría para generar programas de tratamiento y prevención para casos de negligencia infantil.

Bibliografía

Batson, C. D. (1996). Mood effects of unsuccessful helping: Another test of the empathy-altruism hypothesis. *Personality and Social Psychology, 22* (2), 148-157.

Batson, C. D., Batson, J. G., Griffitt, C. A., Barrientos, S., Brandt, J. R., Sprengelmeyer, P. y Bayly, M. J. (1989). Negative-State Relief and the Empathy-Altruism Hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 56* (6), 922-933.

Batson, C. D., Batson, J. G., Slingsby, J. K., Harrell, K. L., Peekna, H. M. y Todd, R. M. (1991). Empathic Joy and the Empathy-Altruism Hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 61* (3), 413-426.

Batson, C. D., Bolen, M. H., Cross, J. A., y Neuringer-Benefiel, H. E. (1986). Where is the Altruism in the Altruistic Personality?. *Journal of Personality and Social Psychology, 50* (1), 212-220.

Batson, C. D., y Coke, J. S. (1981). Empathy: A source of altruistic motivation for helping. En J. P. Rushton, y R. M. Sorrentino (Eds.), *Altruism and helping behavior* (pp. 167-187). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Batson, C. D., Duncan, B. D., Ackerman, P., Buckley, T. y Birch, K. (1981). Is Empathic Emotion a Source of Altruistic Motivation?. *Journal of Personality and Social Psychology, 40* (2), 290-302.

Batson, C. D., Dyck, J. L., Brandt, J. R., Batson, J. G., Powell, A. L., McMaster, M. R. y Griffitt, C. (1988). Five Studies Testing Two New Egoistic

Alternatives to the Empathy-Altruism Hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (1), 52-77.

Batson, C. D., Turk, C. L., Shaw, L. L. y Klein, T. R. (1995). Information Function of Empathic Emotion: Learning That We Value the Other's Welfare. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (2), 300-313.

Batson, C. D., O'Quin, K., Fultz, J., Vanderplas, M. y Isen, A. M. (1983). Influence of Self-Reported Distress and Empathy on Egoistic Versus Altruistic Motivation to Help. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (3), 706-718.

Black, M. M. (2000). Long-term psychological management of neglect. En Reece, R. M. (Ed), *Treatment of child abuse: Common ground for mental health, medical, and legal practitioners* (pp.192-200). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Bousha, D., y Twentyman, C. (1984). Mother-child interactional style in abuse, neglect, and control groups: Naturalistic observations in the home. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 106-114.

Burke, J., Chandy, J., Dannerbeck, A. y Watt, J. W. (1998). The Parental Environment Cluster Model of Child Neglect: An Integrative Conceptual Model. *Child Welfare*, LXXVI (4), 389-405.

Camras, L. A., y Rappaport, S. (1993). Conflict behaviors of maltreated and nonmaltreated children. *Child Abuse and Neglect*, 17, 455-464.

Cantwell, H. B. (1997). The Neglect of Child Neglect. En M. E. Helfer y R. S. Kempe (Ed.) *The battered child* (pp. 347-373). Chicago: The University of Chicago Press.

Cialdini, R. B., Schaller, M., Houlihan, D., Arps, Fultz, J., y Beaman, A. L. (1987). Empathy-based helping: Is it selflessly or selfishly motivated? *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 749-758.

Crittenden, P. M. (1985). Social networks, quality of child rearing, and child development. *Child Development*, 56 (5), 1299-1313.

Crittenden, P. M. (1993): An information-processing perspective on the behavior of neglectful parents. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 27-48.

Crittenden, P. M. (1988). Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. En K. Browne y P. Stratton (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse* (pp. 161-189). New York: John Wiley.

Crittenden, P. M. (1999). Child Neglect: Causes and Contributors. En H. Dubowitz (Ed.): *Neglected Children, Research, Practice and Policy*. Thousand Oaks: Sage.

Crouch, J. L. y Milner, J. S. (1993). Effects of child neglect on children. *Criminal Justice and Behavior*, 20 (1), 49-65.

DePanfilis, D. (1997). Social isolation of neglectful families: A review of social support assessment and intervention models. *Child Maltreatment*, 1 (1), 37-52.

De Paúl, J. y Arruabarrena, M. I. (1995). Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse y Neglect*, 19 (4), 409-418.

De Paúl, J., Arruabarrena, M. I., Torres, B., y Muñoz, R. (1995). La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Guipúzcoa. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 49-58.

Dubowitz, H. (1999): *Neglected Children, Research, Practice and Policy*. Thousand Oaks: Sage.

Dubowitz, H., Black, M., Starr, R. H. y Zuravin, S. (1993). A conceptual definition of child neglect. *Criminal Justice and Behavior*, 20 (1), 8-26.

Egeland, B. y Sroufe, L. A. (1981). Attachment and early maltreatment. *Child Development*, 52 (1), 44-52.

Famularo, R., Stone, K., Barnum, R. y Wharton, R. (1986). Alcoholism and severe child maltreatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56 (3) 481-485.

Farrell E. M. y Egeland, B. (1996). Child Neglect. En J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny, y T. Reid (Eds.), *The APSAC (American Professional Society on the Abuse of Children) Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oaks: Sage.

Fultz, J., Batson, D., Fortenbach, V. A., McCarthy, P. M. y Varney, L. L. (1986). Social Evaluation an the Empathy-Altruism Hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (4), 761-769.

Garbarino, J. (1986). Can we measure success in preventing child abuse? Issues in policy, programming and research. *Child Abuse and Neglect*, 1 (2), 143-156.

Garbarino, J. y Crouter, A. (1978). Defining the community context for parent-child relations: The correlates of child maltreatment. *Child development*, 49 (3), 604-616.

Gardner, L. (1972). Deprivation dwarfism. *Scientific American*, 227 (1), 76-82.

George, C. y Main, M. (1979). Social interactions of young abused children: Approach, avoidance, and aggression. *Child Development*, 50, 306-318.

Helfer, R. E. (1990). The Neglect of Our Children. *Child Abuse*, 37 (4), 1990.

Hoefnagels, C. y Zwikker, M. (2001). The Bystander Dilemma and Child Abuse: Extending the Latané and Darley Model to Domestic Violence. *Journal of Applied Social Psychology*, 31 (6), 1158-1183.

Hoffman, P. D. y Twentyman, C. T. (1984). A multimodel assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development*, 55 (3), 794-802.

Howze, D. C. y Kotch, J. B. (1985). Disentangling life events, stress and social support: Implications for the primary prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 8 (4), 401-409.

Katz, K. B. (1992). Communication problems in maltreated children: A tutorial. *Journal of Childhood Communication Disorders*, 14 (2), 147-163.

Martin, M. J. y Walters, J. (1982). Familial correlates of selected types of child abuse and neglect. *Journal of Marriage and Family*, 44 (2), 267-276.

Piliavin, I. M., Piliavin, J. A., y Rodin, J. (1975). Costs, diffusion, and the stigmatized victim. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 429-438.

Polansky, N.A., Chalmers, M.A., Williams, D.P. y Bittenwieser, E.W. (1981). *Damaged parents: An anatomy of child neglect*. Chicago: University of Chicago Press.

Polansky, N. A. y Gaudin, J. M. (1983). Social Distancing of the Neglectful Family. *Social Service Review*, 6, 196-207.

Shaw, L. L., Batson, C. D. y Todd, R. M. (1994). Empathy Avoidance: Forestalling Feeling for Another in Order to Escape the Motivational Consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (5), 879-887.

Toi, M. y Batson, C. D. (1982). More Evidence That Empathy Is a Source of Altruistic Motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (2), 281-292.

Wolock, I. y Horowitz, B. (1984). Child maltreatment as a social problem: The Neglect of Neglect. *American Orthopsychiatric Association*, 54, 530-543.



VI CONGRESO ESTATAL SOBRE INFANCIA MALTRATADA

MURCIA 25. 26 Y 27 de abril DE 2002

***“FORMACIÓN DEL PROFESORADO EN MATERIA DE PROTECCIÓN
A LA INFANCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID”***

**AUTORES: ASESORES DEL DEPARTAMENTO DE APOYO ESCOLAR PARA LA
PROTECCIÓN DE LA INFANCIA.**

CENTRO REGIONAL DE APOYO A LA FORMACIÓN DE LA INFANCIA “ EL VALLE”.

DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN ACADÉMICA

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

COMUNIDAD DE MADRID

COMUNICACIÓN ORAL

INTRODUCCIÓN:

La rapidez con la que se suceden los cambios y modificaciones en la sociedad actual obligan a la escuela, al profesorado y a la Administración Educativa a plantearse medidas y adaptaciones permanentes que les permitan responder a los nuevos retos y exigencias sociales.

En el Título 4º de la LOGSE se establece que la Formación Permanente del Profesorado es un derecho y una obligación y que la calidad del Sistema Educativo, depende en buena medida, de ésta. Por otra parte, la Ley Orgánica de Participación, Evaluación y Gobierno de los Centros Educativos determina, en su Artículo Primero que los poderes públicos, para garantizar la calidad de la enseñanza impulsarán y estimularán la formación

continua y el perfeccionamiento del profesorado. La formación del profesorado constituye uno de los pilares en que se asienta un sistema educativo de calidad.

La innovación e investigación educativas son instrumentos facilitadores de la actualización y adaptación de los profesores a las nuevas exigencias educativas.

La Educación ha de tener como objetivo el desarrollo global del niño, propiciando la adquisición de valores democráticos incorporando al proceso de enseñanza-aprendizaje las situaciones cotidianas, personales y familiares, mediante metodologías activas, participativas y colaborativas .

Desde los principios educativos de trabajo en equipo del profesorado, de la función tutorial, la colaboración con las familias, con el entorno sociocultural y formación del profesorado, se lleva a cabo una labor preventiva que promueve el bienestar de la infancia.

A través de estos principios, la escuela, es en sí misma compensadora de desigualdades, lo que ya supone un primer nivel preventivo de situaciones de desventajas y desajustes sociales.

Desde la escuela el profesorado tiene que dar respuesta a un alumnado con características personales, sociales y culturales diversas, y a problemáticas específicas que se le plantean. En este sentido, una de las tareas más básicas es la identificación de aquellas situaciones de riesgo que se producen en los niños que no tienen cubiertas sus necesidades y/o no se les respetan sus derechos.

Considerando que la escuela es un espacio idóneo para detectar las situaciones de desamparo y riesgo social de la infancia y la adolescencia, y que el profesorado y otros profesionales de la educación carecen de una formación inicial en esta materia, se hace necesario responder a esta demanda en los planes de formación permanente.

La Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, para desarrollar esta tarea formativa ha creado el Departamento de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia en el Centro Regional de Apoyo a la Formación de la Infancia "El Valle" (Decreto 4/2001 de 18 de

enero, y Orden 2105/2001 de 30 de mayo) con las siguientes funciones:

- Sensibilización sobre el papel de la escuela en las situaciones de riesgo social de la infancia y la adolescencia.
- Información a los profesionales de la educación sobre recursos institucionales de la Comunidad de Madrid en materia de protección de la infancia.
- Formación específica en el ámbito de la protección a la infancia
- Programas de intervención orientados a ofrecer respuestas educativas a los alumnos en riesgo social, incrementando su competencia curricular y su desarrollo socioemocional mediante la mejora de habilidades sociales y autoestima, mejora de la competencia educativa de las familias y coordinación con otros servicios de protección a la infancia.
- La participación en la investigación en materia de protección de la infancia, así como la promoción de proyectos de innovación en la prevención, detección e intervención en poblaciones en riesgo social en el ámbito escolar.
- Creación de un fondo de documentación, que pueda servir como centro de recursos para los profesionales de la educación.

OBJETIVOS:

En cuanto a los objetivos planteados por este Departamento destacamos entre otros:

- Potenciar la Formación Permanente del profesorado en materia de protección a la infancia.
- Informar y sensibilizar a los diversos profesionales de la educación acerca del papel preventivo de la escuela en situaciones de riesgo social y desprotección de la infancia.
- Reflexionar sobre la definición y conceptualización del maltrato, así como en sus tipologías e indicadores de riesgo y programas de prevención.
- Dar a conocer el marco legal en materia de protección a la infancia.

- Difundir los recursos de la Comunidad de Madrid en materia de protección a la infancia.

- Analizar algunos instrumentos de detección y derivación para el alumnado en situación de riesgo social.

MATERIALES Y MÉTODOS

La escuela desarrolla un papel preventivo para evitar la aparición de situaciones que puedan comprometer el desarrollo normal de los alumnos. Si éstas se han producido, tratará de corregirlas o paliarlas.

Este Departamento colabora con la escuela en la potenciación del bienestar de la infancia, en esta tarea preventiva.

Según el momento de la intervención, la prevención se contempla desde tres niveles:

Niveles de Prevención	Finalidades
Primaria	Encaminada al establecimiento de medidas protectoras que eviten la aparición del problema.
Secundaria	Con un triple fin: abordar el problema tan pronto como aparezca, mitigar las manifestaciones del mismo y evitar la consolidación y cronicidad de la problemática planteada.
Terciaria	Con la finalidad, por un lado, de paliar las consecuencias negativas del problema que ya se ha dado y por otro lado asegurar que dicho

problema no se vuelva a producir.

Cuando las situaciones de riesgo social son acometidas desde la prevención primaria, casi siempre se evita que lleguen a situaciones de conflicto social. Cuando ha faltado la prevención primaria o ésta no ha sido efectiva, es necesario intervenir a nivel de prevención secundaria, para tratar de atajar el problema, mitigar las consecuencias y evitar que se consolide la problemática presentada. Y solamente cuando no han existido o han fracasado los niveles de prevención anteriores, es imprescindible y con carácter de extrema gravedad y urgencia, trabajar en prevención terciaria para intentar la erradicación del problema, y/o paliar las consecuencias del mismo.

La prevención primaria debe llevarse a cabo desde los distintos contextos en los que se desarrollan los niños, y debe ir encaminada a:

- Eliminar o reducir las circunstancias ambientales y sociales que aumentan el riesgo de que se produzcan malos tratos.
- Incrementar las habilidades personales en la resolución de conflictos.
- Sensibilizar a la población acerca de lo que es y lo que supone el maltrato infantil.
- Formar a los profesionales para que dispongan de los conocimientos y de los recursos adecuados para detectar las situaciones de riesgo.

Mediante la formación permanente se instrumentalizan los programas preventivos que promueven actitudes positivas hacia la infancia, así como se enseñan y aprenden estrategias y habilidades que reducen la probabilidad de que se puedan producir malos tratos.

Es importante que la escuela enseñe una serie de conocimientos, destrezas y habilidades que permitan a los niños y adolescentes distinguir las situaciones de maltrato y abuso. El contenido de este tipo de actuaciones debe incluir aspectos como: identificación de señales de peligro de maltrato y abuso, búsqueda de apoyo en los adultos y conocimiento del propio cuerpo (Cantón, 1997). Si en la escuela se procede de este modo, estaremos

asegurando que se dota a los individuos de una serie de actitudes y conductas que van a favorecer la autonomía, la tolerancia y el respeto por los demás, lo que sin lugar a dudas va a contribuir a prevenir los malos tratos en la infancia.

Así mismo, desde la escuela es importante favorecer la capacitación de las familias para que sepan afrontar los problemas y conflictos en la relación con sus hijos, mediante distintas modalidades de intercambio y formación .

En este sentido, los profesionales del ámbito educativo deben buscar el bienestar de la infancia, asumir el papel de protectores de los derechos que tienen los niños y conocer cual es la realidad del problema de los malos tratos en su contexto.

La prevención secundaria va dirigida a la detección, recogida de información y conocimiento de los canales de derivación, así como a diseñar programas de intervención eficaces para niños y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo.

En general, se consideran familias en situación de riesgo, aquellas que por encontrarse desestructuradas, ser inestables o no disponer de las estrategias suficientes para la resolución de las tensiones y los conflictos que surgen dentro de la dinámica familiar no pueden asegurar que se satisfagan las necesidades físicas, psicológicas y/o sociales de los niños que viven en ellas.

La formación de los profesionales tanto en prevención primaria como en prevención secundaria debe incluir, entre otros, los siguientes aspectos básicos: necesidades de la infancia y la adolescencia, el maltrato infantil, tipologías, indicadores del maltrato infantil, factores de protección y factores de riesgo, detección, notificación, el papel de la escuela ante el maltrato, legislación en materia de protección.

Si los profesionales que trabajan con la infancia tienen una sólida formación teórico-científica, estarán en disposición de detectar y recoger información de las situaciones de riesgo y desamparo, así como para desarrollar programas de intervención eficaces.

Además, no podemos olvidar que, desde el modelo ecológico y contextual en el que nos

basamos, resulta necesario hablar de factores protectores y factores de riesgo. Ello implica que el diseño de programas de prevención secundaria debe ir dirigido a potenciar los factores protectores que se encuentren en cada situación concreta. Por lo que la escuela, a través del desarrollo del currículo, de la formación en valores y/o del establecimiento y desarrollo de programas de intervención específicos, deben favorecer la potenciación en los niños de factores de protección como autonomía, responsabilidad, asunción de derechos y deberes, desarrollo de la afectividad, establecimiento de vínculos afectivos, individuación, habilidades de interacción con adultos y con iguales, actitud asertiva, constructiva y/o crítica, etc.

La prevención terciaria, finalmente, trata de asegurar que el problema no vuelva a producirse y de reducir la duración y gravedad de las consecuencias del mismo. Se puede identificar con lo que entendemos por rehabilitación o curación de las secuelas físicas, psíquicas y sociales. En la medida en que un niño maltratado deje de serlo y aprenda otras formas de relación y resolución de los conflictos se están evitando las consecuencias negativas del problema.

Uno de los objetivos prioritarios de la intervención en protección infantil se centra en poder garantizar la seguridad e integridad física y psíquica del niño, una vez que ha sido detectada la situación de maltrato.

La Consejería de Educación en el curso 2001-2002 a través del Departamento de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia, está desarrollando acciones dirigidas a los profesionales del ámbito educativo para facilitar una información y formación relativa a:

- Las situaciones de riesgo social que puedan vivir algunos de los alumnos.
- El marco legal relativo a la protección a la infancia.
- Los recursos de atención a la infancia existentes en el entorno cercano.
- La sensibilización para:

Realizar acciones en el campo preventivo.

Detectar precozmente situaciones de riesgo y/o maltrato.

Derivar y canalizar las situaciones detectadas.

Adecuar la respuesta educativa a las necesidades de los alumnos en situación de riesgo.

Se expone a continuación un cuadro resumen de las actuaciones que desde la escuela y desde la formación para la el apoyo escolar y protección de la infancia se realizan en relación a los niveles de prevención:

Niveles de Prevención	Actuaciones en el ámbito educativo
Primaria	<p>Sensibilización de los profesionales de la educación acerca de lo que es y lo que supone el riesgo social y el maltrato en la infancia y la adolescencia.</p> <p>Formación en conocimientos y recursos adecuados para detectar las situaciones de riesgo</p> <p>Participación en las comisiones interinstitucionales de atención a la infancia.</p> <p>Promoción en los centros de la planificación y el desarrollo de actuaciones encaminadas a la prevención a través del currículo dando mayor relevancia a los contenidos transversales.</p> <p>Desarrollo de proyectos de innovación en factores de protección a la Infancia.</p>
Secundaria	Detección de las situaciones de riesgo y/o sospecha de maltrato.

	<p>Valoración de las situaciones de riesgo y y/o sospecha de maltrato.</p> <p>Utilización de los procedimientos de los canales de derivación</p> <p>Diseño de programas de intervención.</p> <p>Profundización en formación de contenidos específicos</p> <p>Formación a los diferentes colectivos según sus necesidades.</p>
Terciaria	<p>Detección de las situaciones de abandono, maltrato o abuso.</p> <p>Valoración de las situaciones de abandono, maltrato o abuso.</p> <p>Utilización de los procedimientos de los canales de derivación</p> <p>Programas de intervención orientados a ofrecer respuestas educativas a los alumnos en situación de maltrato.</p> <p>Formación específica en actividades de compensación del riesgo social, del maltrato en sus diferentes tipologías.</p>

Para el estudio de necesidades se han diseñado instrumentos de detección y se acude a los foros establecidos por la estructura educativa para la recogida de estas necesidades a fin de ajustar lo más posible la respuesta a la demanda.

El diseño de formación se adecua a las necesidades detectadas en cuanto a contenidos modalidades, temporalización, idoneidad de los formadores y estrategias metodológicas..

El punto de partida y marco general de actuación es, el plan anual de Formación del Profesorado de la Comunidad de Madrid, basado en las necesidades de formación detectadas en el profesorado a través de los instrumentos de detección.

Consideramos el centro educativo la unidad básica de formación y como uno de los ejes de la Formación del Profesorado, por ello se favorece la formación dirigida a equipos docentes a través de diferentes modalidades formativas , así como la innovación e investigación por medio del apoyo y asesoramiento a los centros. La investigación-acción y el desarrollo profesional colaborativo permitirán a los profesionales generar su propio conocimiento para trabajar en la protección de la infancia y la adolescencia, constituyéndose

este conocimiento en una de las fuentes de contenido de las actividades de desarrollo profesional.

CONCLUSIONES:

Desde la presentación en los distintos foros educativos de este Departamento, la función formativa del mismo ha sido bien acogida y las demandas formativas, expresadas a través de las diferentes estructuras de coordinación, con los diferentes Centros de Apoyo al Profesorado y los Servicios de Unidades de Programas Educativos de la Comunidad de Madrid, como una necesidad de formación en materia de riesgo social, desamparo y maltrato infantil.

En este momento, podemos indicar que el profesorado, en general, está sensibilizado en cuanto a esta necesidad de formación para la protección a la infancia en el ámbito escolar como medida preventiva, integradora y compensadora de desigualdades sociales

Podemos concluir que la formación de profesorado en materia de maltrato infantil ha estado ausente en la mayoría de los planes iniciales de formación del profesorado, y sin embargo actualmente los profesores sienten la necesidad de formación en este campo y la Administración intenta dar una respuesta ajustada a esta realidad.

NOTA: El tipo de iconografía que se utilizará será transparencias.

Título de la comunicación: “Aprendo a cuidarme”: un programa de sensibilización en el ámbito escolar contra el maltrato infantil.

Autores: Sergio Palacio Martín, Teresa Fontangordo Alonso y Amaia Bravo Arteaga

Organismo: Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo

Soporte para la presentación: retroproyector de transparencias

Introducción

Dentro de una política encaminada a la consecución del bienestar infantil y por tanto, a la prevención de futuros problemas en la adolescencia y edad adulta, ASACI (Asociación Asturiana para la Atención y el Cuidado de la Infancia) tiene entre sus fines “prevenir y denunciar los malos tratos a la infancia” y “sensibilizar a la sociedad sobre el maltrato y los derechos de la infancia”. De acuerdo con este planteamiento, y siguiendo la experiencia de otras asociaciones que también trabajan en la prevención contra el maltrato infantil, el pasado año pusimos en marcha el “Programa de sensibilización en el ámbito escolar contra el maltrato infantil: Aprendo a cuidarme”.

Este programa nace con el propósito de sensibilizar a la comunidad escolar de Educación Infantil y Primaria en el tema del maltrato infantil, y así facilitar la prevención y detección de aquellas situaciones en las que se vulneren los derechos de la infancia.

Los niños son educados de una forma u otra, y esto es fruto de la realidad en la que nacen, que en circunstancias normales es la de sus padres o cuidadores (condiciones materiales, red de apoyo social, actitud hacia la

educación, concepción de la infancia, maduración personal, higiene, alimentación, etc...) y la de la educación formal que reciben.

El estilo de vida de los cuidadores, su conducta y sus valores, determinarán que las necesidades básicas del niño estén o no cubiertas y que por tanto, el niño se desarrolle de una manera adecuada o inadecuada. Por otro lado, las teorías del aprendizaje han demostrado la importancia que los modelos conductuales a los que son expuestos los niños (en el hogar, la escuela y su entorno más próximo) tienen sobre el futuro comportamiento del niño.

Asimismo, la escuela ha de funcionar como uno de los pilares del sistema de protección del bienestar infantil. El trabajo desempeñado por maestros y profesores, no sólo permite completar la formación y educación del niño, sino vigilar su desarrollo y detectar posibles situaciones de riesgo que pongan en peligro su bienestar.

El hecho de que la escolarización haya alcanzado prácticamente a toda la infancia desde los 3 años, nos permite suponer que la gran mayoría de los niños y niñas que sufren situaciones de maltrato pasan al menos 6 horas al día sentados en un pupitre y jugando en el recreo ante la mirada de los maestros/as. La escuela se convierte así en un observatorio privilegiado de la infancia y en una oportunidad de detectar y poner en marcha los procedimientos establecidos para aquellos casos en los que exista sospecha de malos tratos o negligencia.

La relación que se establece en nuestra sociedad entre los niños y sus cuidadores da lugar a prácticas de cuidado adecuadas o competentes y a

prácticas de cuidado arriesgadas o incompetentes. Cuando el trato que realiza el cuidador no satisface (por los motivos que sea) las necesidades mínimas exigibles en nuestra cultura y esta insatisfacción afecta al desarrollo psicológico, social y/o físico del niño, la sociedad y cada persona tiene el deber moral y legal de actuar con el fin de mejorar su situación (Artículo 13 Ley Orgánica 1/1996 de 15 de Enero de Protección Jurídica del Menor: *Obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva*).

La información generada durante los últimos años por las investigaciones sobre el maltrato infantil, y la existencia de factores de riesgo en nuestra sociedad que posibilitan la aparición de conductas de maltrato hacia la infancia, hacen patente la importancia de este fenómeno como un problema de dimensión social. Entre los mencionados factores de riesgo presentes en nuestra sociedad se encuentran: el desconocimiento de las necesidades y derechos de la infancia; las pautas educativas y culturales maltratantes; la representación social del maltrato sesgada por los medios de comunicación (parece que maltratar es sólo dar palizas, abusar sexualmente o tirar en un contenedor a un bebé recién nacido); la existencia de familias en circunstancias de dificultad socio-económica; la alta competitividad laboral, que dificulta el poder dedicar una adecuada atención a la infancia por parte de los cuidadores; y la falta de recursos públicos y redes sociales para suplir estas carencias.

Por medio de las fuentes indirectas (hospitales, Servicios Sociales,...), sabemos que al menos quince de cada mil niños/as son objeto de malos tratos, aunque con toda seguridad debido a las dificultades de detección inherentes al maltrato infantil la cifra es mucho más alta. Los estudios de prevalencia avalan

esta hipótesis. Ante esta evidencia, es necesario desarrollar procedimientos que faciliten la detección de las situaciones de desprotección infantil.

Es la prevención y la detección, por medio de la sensibilización, la forma de evitar y detener estas situaciones. Este programa se ajusta a las directrices trazadas en el Plan de Atención a la Infancia, Familia y Adolescencia 2000-2003 y se encuentra dentro de las acciones propuestas en el Área de prevención y apoyo familiar del Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia del Principado de Asturias.

Para la puesta en marcha de esta experiencia, ASACI y la Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias editaron el material de apoyo del programa “Aprendo a cuidarme” que consiste en una *guía para los maestros/as* (Llamazares y Palacio, 2000), -cuya primera parte está reproducida y adaptada del libro de López y Álvarez (1996), publicado por AMAIM, Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada-; un *tríptico* para los alumnos/as de Educación Primaria, -reproducido y adaptado a partir del material elaborado por Rea, Asociación castellano leonesa para la defensa de la infancia y la juventud (Monjas, 1998)-; y una *pegatina* para los alumnos/as de Educación Infantil.

También colaboraron con ASACI en la puesta en marcha de la experiencia piloto, la empresa Mantequerías ARIAS y el Ayuntamiento de Oviedo

Objetivos

El propósito del programa es sensibilizar a la comunidad escolar de Educación Infantil y Primaria en el tema del maltrato infantil, con el objetivo de prevenir y detectar situaciones de desprotección infantil.

La metodología utilizada para el logro de estos objetivos es la formación de los maestros/as de los ciclos de Educación Infantil y Primaria que quieran participar en el programa.

Esta formación tiene una doble finalidad: formar a expertos en la detección y en los procedimientos de actuación ante una sospecha de maltrato; y capacitarles para que sean los mismos maestros/as los encargados de enseñar a sus alumnos/as la diferencia entre una conducta bien-tratante y una mal-tratante. Mediante la práctica de una serie de habilidades en el aula, se pretende que los niños aprendan a pedir ayuda en el caso de sospechar que ellos mismos o un compañero están sufriendo una situación de maltrato. La segunda parte de la guía para maestros desarrolla el procedimiento para trabajar estas habilidades, proponiendo algunas actividades.

Las habilidades que los profesores/as han de trabajar con los niños/as son las siguientes:

- Identificar las situaciones de maltrato o de riesgo/peligro.
- Identificar sus propios sentimientos.
- Identificar sus redes de apoyo.
- Saber actuar ante situaciones de maltrato o de riesgo/peligro.

Además se contempla el asesoramiento a los maestros/as en su labor de detección y prevención de los casos de desprotección infantil, así como el fomento de la colaboración y el contacto con los servicios de protección infantil.

Finalmente, incluimos otro objetivo en el programa: el contribuir a la *sensibilización social* contra el maltrato infantil para facilitar un aumento del número de denuncias. Esto se lleva a cabo mediante la divulgación de la experiencia en los medios de comunicación, actividades de sensibilización, visitas a los Centros de Salud y U.T.S. de las zonas de los colegios implicados y la participación en foros especializados.

Desarrollo de la experiencia piloto

La experiencia piloto presentada nos permitió formar a 54 maestros/as, y mediante éstos, los beneficiarios finales fueron 613 niños/as pertenecientes a los ciclos de Educación Infantil y Primaria de dos colegios del municipio de Oviedo.

Las actuaciones que se desarrollaron para alcanzar los objetivos propuestos fueron:

- Reuniones con la dirección de cada colegio, en las que se explicaba el programa, sus objetivos y metodología.
- Reuniones con los Centros de Salud y U.T.S. correspondientes a los dos colegios en las que les informábamos de nuestras actuaciones y nos informaban de la realidad que percibían.
- El trabajo conjunto con los maestros/as de Educación Infantil y Primaria durante dos sesiones de formación.

- El trabajo de los maestros/as con los beneficiarios/as finales del programa: sus alumnos.
- Evaluación del programa.

Contenidos de las sesiones

La primera sesión tuvo como finalidad la comprensión del fenómeno del maltrato infantil. Esto se hizo mediante la adquisición de los siguientes conceptos:

- Dificultades en la detección: representación social del maltrato infantil, medios de comunicación y mitos.
- Par buentrato-maltrato: el par como un continuo, necesidades de la infancia (López, 1995 y López y cols., 1995), los derechos de la infancia en positivo (Verdugo y Soler, 1996), participación infantil, el criterio del niño y su desarrollo físico, psicológico y social como límite entre maltrato y buentrato.
- Detección de tipos de maltrato: tipos (físico, emocional, institucional,...), indicadores de detección y consecuencias del maltrato infantil.
- Actuación ante una sospecha de maltrato.

La segunda sesión se centró en la metodología a utilizar en el trabajo de los maestros/as con los niños. Esto se hizo por medio de los materiales didácticos diseñados como material de apoyo del programa (Guía para maestros/as, tríptico para los alumnos/as de Educación Primaria y pegatina para los de Educación Infantil) y la metodología incluida en la segunda parte de la guía.

Las dos sesiones fueron evaluadas por los maestros/as mediante la *ficha de valoración* del programa.

Indicadores utilizados en la evaluación

Para realizar la evaluación del programa, elaboramos dos instrumentos para recoger y analizar de forma sistemática la información necesaria: la *ficha de sesión* y la *ficha de valoración*.

La *ficha de sesión* recoge el desarrollo e incidencias de cada sesión de trabajo con los maestros/as y es cumplimentada por los formadores del programa.

En la *ficha de valoración*, son los maestros/as los que evalúan aspectos relativos a la consecución de los objetivos que pretende el programa. Mediante este cuestionario se valoran las sesiones (metodología y contenidos), el material de apoyo, el trabajo realizado por el profesor con los alumnos, la percepción del interés de los niños/as, y finalmente, se les pregunta por los casos de sospecha de maltrato detectados y, en su caso, por las actuaciones llevadas a cabo.

El mejor indicador de la consecución del objetivo final del programa sería el aumento del número de casos de sospecha de desprotección detectados desde el ámbito escolar y el consecuente incremento de denuncias.

El programa de sensibilización en el ámbito escolar contra el maltrato infantil “*Aprendo a cuidarme*”, pretende llegar por medio de los colegios a una plena implantación en los núcleos de población más importantes del Principado de Asturias.

Referencias bibliográficas

- Llamazares, P. y Palacio, S. (2000). Aprendo a cuidarme. Programa de sensibilización en el ámbito escolar contra el maltrato infantil. Oviedo: Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia y ASACI.
- López, E. y Álvarez, M. (1996). El maltrato infantil: guía para maestros. Murcia: AMAIM.
- López, F. (1995). Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- López, F.; Torres Gómez de Cádiz, B.; Fuertes, J.; Sánchez Redondo, J. M. y Merino, J. (1995). Necesidades de la infancia y protección infantil 2. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Monjas, M.I. (Dir.) (1998). Programa de sensibilización en el ámbito escolar contra el maltrato infantil. Valladolid: Rea y Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.
- Verdugo, M.A. y Soler, V. (1996). La convención de los derechos del niño hacia el siglo XXI. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.

1. INTRODUCCION

En este documento, sintetizamos las experiencias y conocimientos de la visita realizada en el mes de septiembre de 2000, por técnicos de servicios de protección a la infancia de nuestra comunidad a diferentes recursos sociales de la ciudad de Berlín. Esta acción, se enmarca dentro del Proyecto "TRUKE" avalado y cofinanciado por el Programa Leonardo da Vinci de formación profesional y reciclaje de profesionales de la Unión Europea.

Aprovechamos la ocasión para agradecer públicamente la colaboración y disponibilidad de los técnicos del *Servicio de Formación y Reciclaje para profesionales de Protección a la Infancia y a la Juventud de la Ciudad y Estado Federal de Berlín* dependiente del Senado para la Educación, Juventud y Deportes -Consejería de Acción Social-Bienestar Social a nivel de gobierno del Estado Federal y Ciudad de Berlín-, y especialmente a la *Sra. Cornelia Schiemann* y *Sr. Hans Rosenbrock*.

1.1 PROYECTO "TRUKE"

El proyecto TRUKE, realizado en colaboración entre el Servicio de Infancia de la Diputación Foral de Bizkaia y Agintzari, S.Coop. de Iniciativa Social, tiene como objetivo, el intercambio entre agentes responsables de la formación y reciclaje de entidades del ámbito de infancia en Europa bajo el patrocinio de la Unión Europea y el Programa Leonardo da Vinci destinado a la formación de profesionales en el ámbito de la Unión Europea.

Entre otras actividades el proyecto plantea diferentes actividades que deben culminar en la realización de espacios de formación, reflexión y debate en torno a aquellos contenidos relativos al acogimiento familiar que se consideren más oportunos.

El proyecto Truke es un programa de intercambio de responsables de formación para la transferencia de tecnología, contenidos, procesos de mejora, métodos de formación permanente de profesionales y gestión de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales.

Concretamente, la representación técnica de Bizkaia para conocer los servicios de acogimiento familiar de Berlín estaba formada por:

- *Alazne Madinabeitia San Vicente*, pedagoga y técnico del Servicio de Infancia de Gizartekintza Saila / Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia y Directora del Programa de Acogimiento Familiar no-preadoptivo y en familia ajena.
- *Javier Jesús Mugica Flores*, psicólogo, técnico de Agintzari, S. Coop. de Iniciativa Social, entidad colaboradora de la Diputación Foral de Bizkaia en temas de infancia y familia y actualmente responsable de la gestión de las tareas encomendadas al Equipo de Promoción del Acogimiento Familiar.

En dicho proyecto además de las entidades que elaboran el presente informe participan las siguientes entidades:

- COOSS Marche, cooperativa de servicios sociales de Ancona, Italia.
- Sozialpädagogische Fortbildungsstette, Haus Schweinfurthstrasse dependiente del Senado de Educación, Juventud y Deporte de Berlín, Alemania.

La visita de los representantes de Bizkaia posibilitó el conocimiento de diferentes servicios de acogimiento familiar y protección a la infancia y a la juventud de los distritos de la ciudad estado de Berlín. Se mantuvieron reuniones de trabajo, tanto con técnicos de la administración central, como con trabajadores/as sociales y pedagogos/as sociales al cargo de servicios de gestión, información, formación, valoración y seguimiento en el ámbito del acogimiento familiar. Se visitaron entidades de promoción del acogimiento familiar, asociaciones de grupos de autoayuda, experiencias de acogimientos profesionalizados, centros de acogida residencial,...

Por otra parte, así como los técnicos de la entidad acogedora en Berlín- Haus Schweinfurthstrasse- organizaron el programa de visitas, la asociación parternarial para este proyecto entre el Servicio de Infancia de la Diputación Foral de Bizkaia y Agintzari, S. Coop. de Iniciativa Social hizo lo propio en la visita que efectuaron los técnicos italianos de la Cooperativa COOSS Marche de Ancona. Esta entidad de acción social, cuenta con mas de 500 miembros trabajando en servicios de atención domiciliaria, acogimientos residenciales, educación social de menores, minusvalías, madres de día, inserción laboral, investigación social,... Los técnicos de esta cooperativa, centraron su interés en el conocimiento de los Programas de Infancia desarrollados en el marco del PISE –Plan de Intervención Socioeducativa con niños, niñas y adolescentes y sus familias-.

2. BERLÍN COMO CONTEXTO DE LA VISITA

2.1 DATOS GENERALES ALEMANIA

Alemania es una República Federal desde el año 1949 que termina de consolidarse tras la reunificación de las dos repúblicas alemanas existentes hasta el año 1991. Tras la Segunda Guerra Mundial y la derrota del régimen dictatorial Alemania es dividida y pierde la tercera parte de su territorio -toda la Prusia Oriental, gran parte de la Prusia Occidental y toda la Región de Silesia-.

A nivel social esto supone un auténtico desbarajuste. Millones de alemanes son expulsados de sus hogares y sus territorios quedan bajo la soberanía de la Unión Soviética y de Polonia como parte de la compensación de guerra. Alemania es dividida y se construye un muro físico y cultural que ha sobrevivido medio siglo. La desaparición de este muro y la reunificación, que en realidad ha sido un proceso de absorción de la antigua República Democrática de Alemania, ha supuesto una cantidad tal de retos sociales que aún conforman parte de las tensiones regionales en su seno y de los conflictos sociales y políticos presentes.

Este proceso, también ha afectado y afecta las políticas sociales a nivel de protección a la infancia y a la juventud y a la realidad del acogimiento familiar. La RFA tiene en la actualidad unos 82 millones de habitantes repartidos en 16 estados federados y a lo largo y ancho de sus 360.000 Km² de superficie, con una densidad de 228 habitantes / Km². Señalar que 3 de los estados federales, son ciudades estado (Berlin, Hamburgo y Bremen).

El desarrollo socioeconómico y cultural es elevado y podemos afirmar que algunas de sus estructuras, prácticas y recursos a nivel de servicios sociales en general y de servicios para la protección de la Infancia y de la juventud en particular, pueden servirnos de referencia para el desarrollo y promoción de los nuestros.

Aunque en los capítulos siguientes nos detendremos en detallar el sistema de protección a la infancia, señalaremos que los servicios de acogimiento familiar son una realidad consolidada, rica, creativa y solvente que merece la pena conocer y aprovechar por su alto grado de desarrollo y diversidad. En Alemania el acogimiento familiar es un recurso antiguo que arranca en los años setenta con la desinstitucionalización de los centros de acogida residencial. Este proceso de normalización de la vida de los menores protegidos se va estructurando y

consolidando como una auténtica alternativa, eficaz y de alta calidad, en el ámbito de la protección a la infancia.

Podemos hablar de la existencia de una cultura de acogimiento familiar anterior a la nuestra y realmente más presente como medida de protección:

- A finales de 1996 en Alemania 75.500 menores (60% del total) son atendidos en unos 3000 hogares o grupos de convivencia.
- 50.700 niños, niñas o adolescentes que viven con familias de acogida -mayoritariamente familia ajena-.
- En este mismo periodo, 7.420 menores fueron adoptados, de los cuales la mitad eran menores de seis años.

Según nos informan los técnicos la adopción nacional en Alemania es más difícil que entre nosotros. Se requiere voluntariedad de los padres y madres o abandono manifiesto y riesgos físicos y psíquicos probados para poder llevarla a efecto. Gran parte de estas adopciones son de menores que previamente han sido acogidos y en beneficio y defensa de sus intereses se produce la adopción, favoreciendo estrategias de consenso con la familia natural y garantizando el acceso del niño a sus orígenes con apoyos y mediaciones.

La adopción abierta gana día a día más terreno y los niños y niñas tienen la posibilidad de mantener sus vínculos familiares aunque estén adoptados. Este requisito se plantea tras constatar en la práctica, los beneficios para el desarrollo emocional de los niños/as adoptados/as.

2.2 BERLÍN COMO CONTEXTO DE LA VISITA

El estatus de Berlín durante la Guerra Fría ha sido realmente algo muy singular y posibilitó unas formas de vida muy peculiares, que con la reunificación han tenido que cambiar. Para empezar Berlín Oeste, es una isla de aproximadamente 400 km² en medio de la República Democrática de Alemania, completamente aislada de la República Federal y con un estatus político distinto al ser una ciudad ocupada militarmente por las potencias ganadoras de la Segunda Guerra Mundial. Al igual que Alemania tras la guerra Berlín fue dividida en 4 sectores:

- El Soviético que se convertiría en el Berlín Oriental y capital de la República Democrática.
- Los sectores francés, inglés y estadounidense que conformarían el Berlín Occidental gestionado por la República Federal pero sin capitalidad política.

Berlín era una ciudad sitiada por el muro, subvencionada en más de un 60% como símbolo que era para Alemania y que es habitada por una población con tendencias ligeramente más librepensadoras que en el resto de Alemania. Era la ciudad donde grupos sociales alternativos se podían permitir experimentar nuevas formas de vida y de organización social. Este contexto sociocultural genera numerosos movimientos alternativos, también en el ámbito de la protección a la infancia y a la juventud. Es donde se comienza la desinstitucionalización y la introducción de prácticas más avanzadas de protección a la infancia y a la juventud.

En el proceso de reunificación la decisión de volver a hacer de Berlín la capital del Estado Alemán genera cambios importantes:

- Regresa la administración central y la clase funcionarial crece e incrementa su poder.
- Se vuelven a instalar en Berlín los “lobbys” de todo tipo.
- Vuelven las embajadas y las representaciones del estado: parlamento, ministerios, representaciones territoriales, centrales de empresas, organismos públicos.
- Llegan cantidades ingentes de dinero para financiar todos estos movimientos.
- Se inicia un movimiento inmobiliario especulativo sin precedentes, terrenos fronterizos que nadie desea habitar se convierten en el centro neurálgico del estado,... Berlín es una inmensa obra.

- El resto de Alemania piensa que Berlín ya no necesita ser subvencionada y exige que viva de sus propios recursos, con lo que los recortes presupuestarios son algo que están a la orden del día especialmente para los asuntos sociales. Debe asumir su autonomía financiera.
- Se inician una serie de reformas administrativas que van de la reunificación inicial de la ciudad y todo lo que esto supone a nivel físico y organizativo a la reducción de distritos para generar unidades administrativas más homogéneas con la consiguiente fusión de administraciones entre las que están los Servicios de Infancia. Hasta el año 2000 eran 23 los distritos, cada uno con su propio Servicio de Infancia. En la actualidad se han reducido a 12. Cada nuevo distrito tiene en torno a los 300.000 habitantes. En el futuro Berlín y Brandenburgo (Estado federado en el que se haya Berlín) se deben fusionar y generar un solo estado federado.
- En el ámbito de los servicios de protección a la infancia y a la juventud se ha iniciado un proceso paulatino de privatización de algunos recursos con el objetivo de abaratar costes. Tradicionalmente Berlín Oeste ha tenido una ratio mayor de recursos públicos que el resto de Alemania.

Para hacernos una somera idea del Berlín actual podemos dar los siguientes datos:

- 38 Km de norte a sur y 45 Km de este a oeste 3.400.000 Habitantes (Ha perdido población desde 1990)
- 434.000 extranjeros (12,8%)
- Grandes movimientos de población internos 427.000 tan solo en 1999
- 891,4 Km² (algo menos de la mitad de la extensión de Bizkaia)

Para finalizar esta breve exposición de la realidad sociodemográfica de Berlín presentamos algunos datos significativos para contextualizar las prestaciones sociales y la situación de las familias.

PRESTACIONES SOCIALES

Pensiones contributivas	Unidad	1991	1995	1999
Numero de pensiones	Cantidad	378 366	378 689	394 699
Gastos	Mill. DM	4 538,0	5 588,4	6 167,1
Prestaciones contra el paro y otras ayudas		1991	1995	1999
Preceptores	Cantidad	117 565	158 801	219 863
Ayudas para víctimas de guerra		1991	1995	1999
Personas con derecho a estas percepciones	Cantidad	43 877	38 708	29 989
Gastos	Mill. DM	26,0	24,5	19,4
Perceptores de Salario Social		1991	1995	1999
Perceptores de estas ayudas a fin de año	Cantidad	158 611	201 235	275 557
Gastos	Mill. DM	2 464,3	3 767,5	3 587,7
Peticiones de asilo y ayudas económicas		1991	1995	1999
Perceptores de estas ayudas a fin de año	Cantidad	.	31 863	30 582
Gastos	Mill. DM	.	573,4	401,0
Grandes minusválidos		1991	1995	1999
Total	Cantidad	329 366	317 475	.
Ayudas económicas para vivienda		1991	1995	1999
Perceptores (Unidades convivenciales)	Cantidad	284 768	189 066	195 916
Gastos	Mill. DM	316,9	399,4	513,5

HOGARES Y FAMILIAS

Población según el tamaño de los hogares	Unidad	1991	1995	1999
Total de hogares / unidades convivencia	1 000	1 754,6	1 831,9	1 811,3
Hogares unipersonales	1 000	787,0	846,0	855,9
Hogares de más de una persona	1 000	967,5	985,9	955,4
Con 2 personas	1 000	521,2	553,5	564,1
Con 3 personas	1 000	238,3	234,3	211,0
Con 4 personas	1 000	162,3	151,4	138,0
Con 5 o más personas	1 000	45,8	46,7	42,4
Familias	Unidad	1991	1995	1999
Total de familias	1 000	874,3	879,0	844,4
Parejas / matrimonios sin hijos	1 000	350,1	363,2	375,1
Familias con hijos/as (todas las edades)	1 000	524,2	515,8	469,4
Parejas/matrimonios	1 000	363,2	342,0	292,8
Monoparentales Femeninas	1 000	140,0	147,2	147,9
Monoparentales Masculinas	1 000	21,0	26,6	28,7
Familias con hijos menores de 18 años	1 000	412,3	414,6	366,4
Parejas / matrimonios	1 000	293,9	280,1	230,7
Monoparentales	1 000	118,3	134,5	135,7

PRESUPUESTOS FAMILIARES

Población al 30 de abril	Unidad	1991	1995	1999
Total	1 000	3 424,4	3 465,7	3 393,5
... Según la participación en la vida productiva	Unidad	1991	1995	1999
Población activa	1 000	1 886,1	1 877,8	1 784,1
Población ocupada	1 000	1 689,9	1 595,9	1 472,6
Población en paro	1 000	196,1	281,9	311,6
Población no-activa	1 000	1 538,3	1 587,9	1 609,4
... Según sea la principal fuente del presupuesto familiar predominante	Unidad	1991	1995	1999
Población activa	1 000	1 645,7	1 547,1	1 395,9
Prestaciones por paro	1 000	115,9	182,4	222,0
Pensionistas / Jubilados	1 000	629,3	651,8	734,8
Hogares mantenidos por padres o cónyuges	1 000	873,2	839,4	764,7
Por cuenta propia / autónomos, etc..	1 000	15,3	16,9	17,0
Salarios sociales	1 000	65,2	127,2	184,4
Otras formas de ayuda y apoyos sociales	1 000	79,8	100,9	74,8

3. LEY DE AYUDA A LA INFANCIA Y A LA JUVENTUD

La actual Ley de Ayuda a la Infancia y a la Juventud alemana entra en vigor en 1991 y articula los derechos de los menores y de los jóvenes en lo que respecta a medidas de apoyo y recursos sociales para su promoción y desarrollo.

Esta se define como una ley de trabajo social en favor de los jóvenes y como una ley que busca promocionar su participación creando foros y facilitándoles recursos de desarrollo, ayuda y autonomía.

Otro de los pilares básicos de esta ley es la promoción de las capacidades educativas de la familia en todos los aspectos posibles marcando una doctrina y una práctica que restringe la anterior potestad de los técnicos de infancia para la toma de decisiones en torno a la vida de los menores y jóvenes y favorece el que la familia del niño, niña, adolescente o joven deje de ser la “causa” de los problemas y pase a ser el “recurso” para la resolución de las situaciones carenciales y de necesidad.

La ayuda a la familia es concebida como la forma de ayuda a los menores y jóvenes prioritaria. La familia debe participar en este proceso identificándola como una de las partes que participan en la definición del plan de caso. Las vinculaciones deben ser respetadas al punto que la nueva ley dificulta los procesos de adopción en cuanto medida para apartar a la familia. Se ordena que antes de separar al niño de su familia se han de poner en marcha todos los dispositivos posibles (ayudas económicas, asesorías psicosociales, intervención socioeducativa, ...) que posibiliten que el niño/a, el/la adolescente o el/la joven puedan disponer de su familia. Se establecen procedimientos para la reclamación legal de las familias cuando se lesionan sus derechos e intereses y no están de acuerdo con las instituciones.

En definitiva, y utilizando la expresión de uno de los técnicos entrevistados, la ley se hace eco de una de las máximas del trabajo de protección a la infancia y juventud que establece que “los niños y niñas no quieren padres nuevos o madres nuevas sino a sus padres y madres pero de otra manera”.

Por otra parte, señalar que no es una ley centrada exclusivamente en el abordaje de las situaciones de riesgo o desamparo. En aras de la normalización y conciliación de la vida familiar con la vida laboral regula los derechos en torno a las plazas de guarderías favoreciendo la creación de estructuras y procedimientos en torno al acogimiento de día o la red de madres de día.

Así mismo, favorece la consolidación legal de las ayudas de carácter ambulatorio y semiambulatorio al estilo de la intervención socioeducativa con menores y familias, las asesorías psicosociales, centros de día y dispositivos de carácter grupal y fomento de la autoayuda.

La ley plantea igualmente un reordenamiento en la articulación de los acogimientos familiares y en su artículo 33 establece la necesidad de adecuar los recursos de ayuda en los acogimientos familiares a las necesidades de los niños y a la debida protección del vínculo con su familia. Recoge expresamente la intervención para la mejora de las condiciones de la familia natural, garantizando la medida como algo temporal. Prevé adecuaciones en la medida y los recursos ofertados en los casos de niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales. Así mismo, otorga a los acogedores el derecho a ser escuchados por el juez cuando se traten temas referidos al niño que tienen acogido en su familia.

Otro aspecto importante de la ley es el fortalecimiento de las entidades colaboradoras en materia de protección a la infancia y a la juventud, las cuales deben de estar debidamente homologadas. Así mismo, reordena el control de los hogares de acogida así como los principios para la exposición y presentación de las estadísticas relativas a la protección a la infancia y a la juventud

La Ley de Ayuda a la Infancia y a la Juventud alemana atribuye al Gobierno Federal la función de promulgar leyes, de su reforma,... del establecimiento de planes generales de infancia en colaboración con centrales de las entidades colaboradoras.

Los estados federados –Bundesländer- se responsabilizan de promulgar leyes que completen la ley estatal, de promocionar las acciones y actividades de ayuda a la infancia y a la juventud de los entes locales, mediante asesoramiento, investigación, la formación y el reciclaje de profesionales , la financiación,...

Los municipios se responsabilizan junto con sus entidades colaboradoras de llevar a efecto y gestionar los recursos, servicios, así como de arbitrar las medidas concretas de apoyo y ayuda.

3.1 ENTIDADES COLABORADORAS ALEMANAS EN MATERIA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y LA JUVENTUD

En Alemania la prestación de servicios la llevan a cabo las entidades colaboradoras debidamente controladas y supervisadas por los servicios de infancia.

En 1994 hay registrados unos 69.000 servicios de atención a la infancia y a la juventud que van desde las guarderías, centros de día, hogares, hasta servicios de asesoría psicosocial, atención socioeducativa,... dan trabajo a unas 510.000 personas de las cuales el 88% son mujeres. Unas 600.000 personas colaboran voluntariamente en estos dispositivos y entre ellos se encuentran las familias de acogida, miembros de asociaciones, voluntarios que prestan ayuda en acompañamientos y tareas menores, tutores...

Todos estos servicios dependen mayoritariamente de grandes organizaciones o redes, que en mayor o menor medida se encargan de las cuestiones laborales, de la gestión de los recursos, de la negociación con las instituciones, de la representación de sus entidades afiliadas, etc. Su poder es muy grande y junto con el estado y los usuarios determinan el devenir de la protección a la infancia y a la juventud.

Estas grandes organizaciones son:

- Obra del Diaconado de la Iglesia Evangélica Alemana
- Caritas Alemana (Iglesia Católica)
- Red de Servicios Sociales de la Comunidad Judía
- Arbeiterwohlfart ("Bienestar Obrero" de origen en los sindicatos)
- Cruz Roja Alemana
- Federación Paritaria de Entidades de Acción Social (Red de entidades pequeñas e independientes)

4. PARTICULARIDADES DE LOS SERVICIOS DE INFANCIA

Antes de entrar a describir los aspectos referidos al acogimiento familiar conviene destacar las diferencias organizativas más relevantes respecto a la concepción de los servicios de infancia en nuestra comunidad.

En Alemania los servicios de infancia tienen carácter local y están separados de los servicios sociales de base, tal como los entendemos nosotros. Los servicios de infancia alemanes serían según nuestra definición “servicios de base y especializados en materia de infancia, juventud y familia”.

Por tanto no hay diferenciación orgánica de competencias entre las instituciones en función de si el menor está en riesgo o en desamparo, con lo que se favorece una menor dispersión y descoordinación de las medidas de protección y de los recursos de atención. Igualmente esta estructuración local acerca físicamente los dispositivos de protección a los usuarios y perceptores y a las comunidades naturales de pertenencia.

A nivel local se resuelven todas las medidas de protección (ayudas económicas, ayudas socioeducativas individuales y grupales, tutelajes, intervención familiar, acogimiento residencial, acogimiento familiar, adopción,...) y los recursos público-privados se gestionan igualmente desde este ámbito. Cada servicio de infancia convivia con la red de entidades colaboradoras la oferta de servicios que deben proveer a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, ya estén en situación de riesgo o de desamparo, siguiendo el principio de promoción de la iniciativa social.

Los servicios de gestión, administración y control son públicos y los servicios de atención directa a los usuarios son de gestión privada. El personal tanto público como privado se rige por convenios laborales similares y las diferencias económicas y salariales son mínimas. Tan solo la estabilidad laboral del empleado público es mayor. El paro en el ámbito de las profesiones de atención a la infancia es bajo y las diferencias profesionales entre trabajadores sociales y pedagogos sociales es mínima. Se valora la polivalencia y se practica la multidisciplinariedad.

4.1 PRESTACIONES DE LOS SERVICIOS DE INFANCIA

Según la ley, los servicios de infancia deben garantizar los siguientes formatos de ayuda atendiendo a los principios anteriormente descritos :

- Asesoramiento socioeducativo
 - Grupos de apoyo psicosocial para niños, niñas, adolescentes, jóvenes, padres y madres
 - Intervención socioeducativa con menores
 - Intervención socioeducativa familiar
 - Intervención educativa en centros / programas de día
 - Acogimiento familiar a tiempo completo con formatos diversos adecuados a las diversas tipologías de necesidades y especificidades
 - Acogimiento residencial u otras formas de convivencia (Hogares de emancipación, viviendas tuteladas...)
 - Intervención socioeducativa individual intensiva (menores infractores, minusválías,...)
 - Ayudas para la integración social de menores con minusválías psíquicas
- Finalizamos este capítulo aportando los datos relativos a las actuaciones de los servicios de infancia en Berlín.

ACTUACIONES DE LOS SERVICIOS DE INFANCIA

CASOS ABIERTOS	1991	1995	1999
Confirmaciones de paternidad solicitadas	8.496	8.091	8.151
Paternidades confirmadas	8.071	7.685	7.857
• Mediante reconocimiento voluntario	7.690	7.304	7.535
• Mediante mandato/decisión judicial	381	381	322
Paternidades no-confirmadas	425	406	294
Adopciones	188	223	111
Expedientes de retirada total o parcial de la guarda	528	709	457
Medidas judiciales para la retirada total o parcial de la guarda	480	634	371
Cesión parcial o total de la guarda al Servicio de Infancia	360	556	316
Casos cerrados de medidas judiciales de ayuda a la juventud	10.006	12.700	14.108

ASESORAMIENTO A MENORES Y JÓVENES CENTRADOS EN LOS SIGUIENTES TIPOS DE AYUDA	1991	1995	1999
• Asesoramiento educativo familiar	5.504	9.478	12.799
• Asesoramiento a los menores y jóvenes	3.410	5.473	6.898
• Asesoramiento sobre drogodependencias	225	88	133

APOYO A LOS MENORES Y JÓVENES A TRAVÉS DE	1991	1995	1999
• Acompañamiento socioeducativo	886	342	349
• Ayuda domiciliaria	195	261	305
• Intervenciones grupales	193	151	352
Familias con proyectos de intervención socioeducativa	1.866	457	976

APOYO A LOS MENORES Y JÓVENES MEDIANTE MEDIDAS DE AYUDA FUERA DE SU ENTORNO FAMILIAR	1991	1995	1999
• Apoyo socioeducativo en grupos y centros de día	21	51	198
• Intervención socioeducativa individual intensiva	11	10	29

5. EL ACOGIMIENTO FAMILIAR EN BERLÍN

La tabla que presentamos a continuación, permite contrastar la incidencia de los diferentes tipos de medida de acogimiento como medidas de protección a la infancia y a la juventud en la ciudad de Berlín.

Es importante destacar las diferencias existentes entre las dos zonas, aunque a lo largo de los últimos años de reunificación las diferencias se van desdibujando, si bien suponen en cierta medida un reto que deben de superar los 12 servicios de infancia de Berlín. Antes de la reunificación, en Berlín Oeste el acogimiento en familia alcanzaba el 60% de las medidas de protección (1 acogimiento en familia extensa por 4 en familia ajena) mientras en el Berlín Este el acogimiento era algo limitado casi en exclusiva al acogimiento en familia extensa (con abuelas principalmente) y el acogimiento en familia ajena era algo residual, siendo lo habitual el acogimiento residencial.

	Berlín		OESTE		ESTE	
Total de menores y jóvenes protegidos al 31 del 12 de 1999	11.151		6.747	60,5%	4.404	39,5%
• Niños / varones	6.117	54,9%	3.612	53,5%	2.505	56,9%
• Niñas / mujeres	5.034	45,1%	3.135	46,5%	1.899	53,5%
EDADES						
Menores de 3 años	199	1,8%	118	1,7%	81	1,8%
De 3 a 6 años	374	3,4%	233	3,5%	141	3,2%
De 6 a 12 años	1.707	15,3%	989	14,7%	718	16,3%
De 12 a 18	3.765	33,8%	2.167	32,1%	1.598	36,3%
Mayores de 18 años	5.106	45,8%	3.240	48,0%	1.866	42,4%
ATENCIÓN DE DÍA	381	3,4%	168	2,5%	213	4,8%
Acogimiento familiar	36	0,3%	21	0,3%	15	0,3%
Centro de día	345	3,1%	147	2,2%	198	4,5%
ACOGIMIENTO FAMILIAR	3.039	27,3%	1.935	28,7%	1.104	25,1%
Familia Extensa	636	5,7%	252	3,7%	384	8,7%
Familia Ajena	2.403	21,5%	1.683	24,9%	720	16,3%
ACOGIMIENTO RESIDENCIAL	7.637	68,5%	4.567	67,7%	3.070	69,7%
Hogares	6.398	57,4%	3.819	56,6%	2.579	58,6%
Grupos de convivencia	982	8,8%	530	7,9%	452	10,3%
Propia vivienda	257	2,3%	218	3,2%	39	0,9%

En los apartados siguientes de este capítulo, reseñaremos las consideraciones mas importantes de las visitas realizadas a los diferentes servicios de protección.

5.1 TÉCNICO RESPONSABLE DE ACOGIMIENTOS FAMILIARES DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DE BERLIN

El Sr. Geisler (Pedagogo Social) técnico responsable de la planificación de las plazas educativas de la Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport. (Administración del Senado para las Educación, Juventud y Deportes), nos introdujo en la política de la Ciudad-Estado de Berlín en torno al acogimiento familiar.

Su exposición se centra en el análisis de costes por prestación y servicio para evaluar las políticas respecto a la situación del acogimiento familiar en Berlín.

El Senado de Berlín valora el acogimiento familiar como una medida de mayor calidad que el acogimiento residencial y su idoneidad es especialmente mayor para los niños y niñas de menor edad que han de salir de su entorno familiar. Es una atención 24 horas al día durante los 365 días al año, emocionalmente mejor y muchísimo más estable y además es una medida personalizada y adaptada a cada menor. Ningún hogar residencial puede reproducir sus cualidades.

Desde el punto de vista de los costes (Ver datos de financiación al final de este apartado), el acogimiento familiar es 3,5 veces más barato:

- El acogimiento residencial le cuesta a Berlín 7000 DM (598.500 Pts/mes por niño/a.
- El coste medio niño/a mes en acogimiento familiar es de 2000 DM (171.000.- Pts).
- Los acogimientos terapéuticos cuestan cerca de 3000 DM (256.500.-Pts/ mes) por niño/a.

Si además el Senado quiere reducir costes realmente el incremento del número de acogimientos es una alternativa muy adecuada. Es mayor calidad de trato a menor coste.

Antes de la reunificación Berlín tenía un 55% de niños/as acogidos/as en familia, en la actualidad es algo menor al 30% y el Senado ha marcado en su plan actual el objetivo de llegar al 45 % de niños/as en acogimiento familiar.

Para diseñar estrategias por distritos analiza la diferencia existente entre los acogimientos residenciales y los familiares observando diferencias significativas. Plantea como hipótesis explicativa la mayor o menor riqueza del distrito y la pertenencia del distrito al sector Este o al sector Oeste de la ciudad. Descubre que estas variables; Este-Oeste // rico-pobre, no son en absoluto válidas.

Descubre que las variables que modulan la mayor presencia de acogimientos en los distritos, contrariamente a su hipótesis inicial, son:

- Las creencias más favorables a este tipo de medida en las jefaturas de los servicios de infancia.
- La implicación y el entusiasmo de los RRHH responsables de llevar a efecto los acogimientos en los diferentes servicios de infancia, el trabajo en equipo para sacar situaciones adelante.
- La mayor inversión de recursos de apoyo al sistema de acogida familiar por parte de los servicios de infancia.

Por tanto sobre estas variables es sobre las que piensan incidir para incrementar el número de acogimientos familiares. El poco peso social y escaso poder político de los acogedores es otro factor que se ha de mejorar y él propone la promoción de lobbys de acogedores que reequilibren el peso de esta medida frente a las demás. Tradicionalmente el lobby de los acogimientos residenciales es muy fuerte en Alemania y llegan a marcar con su presión tendencias claras en la actuación. Estos acogimientos residenciales están en manos de entidades privadas que defienden sus intereses. En Alemania, el acogimiento familiar está fundamentalmente en manos de funcionarios y trabajadores públicos, los cuales no hacen efecto lobby en la defensa de los intereses de dicha medida.

Otra medida que van a poner en práctica es el fortalecimiento de los grupos y asociaciones de familias de acogida para que su presión y peso social sobre la sociedad y la administración sea mayor y defiendan sus intereses como acogedores. Para favorecer y fortalecer este lobby también tienen previsto facilitar la entrada de las entidades privadas en la gestión y promoción de los acogimientos familiares para que el acogimiento sea también una medida sobre la que puedan depositar sus intereses.

FINANCIACION DE LOS ACOGIMIENTOS FAMILIARES EN BERLIN

Acogimientos a jornada completa	Importe por acogida	Importe para la educación por cada niño
<u>Acogimiento de larga duración de 1 niño</u>		
		8.550.-Pts
Grupo de edad 1 (de 0 a 7 años)	52.839.-Pts	
Grupo de edad 2 (de 8 a 14 años)	66.861.-Pts	
Grupo de edad 3 (de 15 en adelante)	90.117.-Pts	
Suplemento para escolares	21.033.-Pts	
<u>Acogimiento múltiple</u>	Igual que en el acogimiento de larga duración por cada niño según edad	80.541.-Pts
<u>Acogimiento de corta duración de 1 niño</u>		
		76.950.-Pts
Complemento único por cada niño	16.587.-Pts	
Importe diario para contratos por día		1.342.-Pts
<u>Acogimientos terapéuticos</u>		
		153.900.-Pts
Grupo de edad 1 (de 0 a 7 años)	62.210.-Pts	
Grupo de edad 2 (de 8 a 14 años)	79.036.-Pts	
Grupo de edad 3 (de 15 en adelante)	106.943.-Pts	

Acogimientos de día	Importe por acogida	Importe para la educación por cada niño
<u>Acogimiento de día de un niño</u>		
Grupo de edad 1 (de 0 a 7 años)	31.233.-Pts	32.216.-Pts
<u>Acogimiento de día múltiple</u>		
	Importe como el acogimiento de día de un niño	53.762.-Pts
<u>Acogimiento terapéutico de día de un niño y ayuda para la educación</u>		
Grupo de edad 1 (de 0 a 7 años)	37.483.-Pts	102.600.-Pts

5.2 PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ACOGEDORES TERAPÉUTICOS

Sra. Cornelia Schiemann (Pedagoga social). Haus Schweinfurthstrasse Sozialpädagogische Fortbildungsstätte (Centro de formación continua en el ámbito de la Pedagogía Social). La cualificación de padres y madres de acogida terapéutica. La escuela de padres y madres de acogida.

El marco legal de protección al menor, reconoce la obligación de prestar atención específica a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con necesidades especiales promoviendo los acogimientos terapéuticos que van dirigidos a aquellos menores con minusvalías psíquicas y físicas y trastornos emocionales de privación afectiva y comportamiento.

Acoger a determinados menores puede ser realmente una tarea difícil que requiere de habilidades y conocimientos que no están al alcance de todos. Surge la necesidad de formar específicamente a acogedores/as para estos niños/as mediante programas específicos. Esta formación cualifica a los acogedores, que en caso de estar en posesión de titulación educativa, sanitaria o social no necesitan esta formación para ser homologados como acogedores/as terapéuticos/as.

El seminario de formación como acogedor/a terapéutica supone 1 sesión semanal de 3,5 horas. durante todo el curso escolar y 4 fines de semana intensivos y está al cargo de dos ponentes. Se han hecho ya 28 seminarios en Berlín de este tipo. Los contenidos de esta formación se centran en: Psicología evolutiva, trastornos, crecimiento personal, abordaje de situaciones y conflictos, vínculos y pérdidas emocionales, minusvalías en la infancia, familia de origen, cuestiones legales y específicas del acogimiento.

5.3 EQUIPO DE ACOGIMIENTO FAMILIAR DEL SERVICIO DE INFANCIA DEL DISTRITO DE KREUZBERG - BERLÍN OESTE

Sra. Barbara Heinemann-Milde (Trabajadora Social). Se le entrevista en torno a la tramitación de menores en acogimiento familiar, el seguimiento de los padres y de las madres de acogida en un distrito de Berlín Oeste.

Como punto de partida, plantea que no hay unas condiciones tipo para ser acogedor/a, que el proceso de selección es muy largo e incluye elementos de información, formación y elaboración de expectativas (17 sesiones con dos técnicos). Es casi un proceso de cambio y de maduración personal en torno a las posibilidades, capacidades y deseos de acoger.

El proceso de valoración de las familias de acogida se centra en la adecuación de los acogedores a las necesidades de los niños acogidos de forma que estos tengan unas expectativas realistas respecto de las dificultades que van a tener que afrontar a todos los niveles. Dificultades que están en el plano de la educación del niño acogido portador de trastornos importantes que requieren una posición fuerte, firme y segura por parte de los acogedores. Repercusiones que el proceso de acogimiento tiene sobre los miembros de la familia de acogida, ya sea sobre cada uno a nivel personal, sobre la pareja y sus dinámicas de relación, sobre los propios hijos naturales e incluso, sobre las relaciones con la familia extensa, el vecindario y los recursos comunitarios.

Valoran las habilidades para resolver conflictos a todos los niveles, la capacidad para implementar estrategias educativas adecuadas a las necesidades de los niños acogidos. También tienen en cuenta las historias de vida de los acogedores (infancia, adolescencia, juventud), el desarrollo de la vida en común de los miembros de la pareja (fases de noviazgo, primer hijo,...).

La medida de acogimiento familiar es preferencial para menores de 6 años y exclusiva para menores de 3 años. No hay centros para menores de 3 años y en el estado de Brandenburgo -donde Berlín se integrará- está prohibido institucionalizar niños y niñas tan jóvenes. Según las teorías del vínculo y del apego actuales, el niño o la niña menor de 6 años necesita vínculos emocionales seguros y estables, es posible el señalar cambios en las dinámicas vinculares, pero es un tema muy delicado y se ha de hacer respetando las necesidades y los vínculos de los niños sean estos del tipo que sean. Las teorías vinculares están desarrollándose mucho y están marcando y consolidando directrices en torno a la forma de proceder. Hay que ofertar al niño experiencias vinculares seguras y

estables, deben mantenerse los vínculos del pasado, no deben hacerse separaciones traumáticas ni bruscas y es posible reparar en el niño los efectos nocivos de sus vinculaciones y apegos sin necesidad de provocar rupturas radicales.

El proceso de toma de decisión de separación de la familia natural lo hacen acorde a las leyes de protección y teniendo presente las teorías sobre el vínculo. La reforma legal de 1991 les obliga a tener muy en cuenta las voluntades de las partes afectadas y han de ser exquisitamente respetuosos a la vez que hacerles partícipe de todo el proceso. La familia natural debe de estar presente en el diseño de plan de caso. La ley les restringe a los técnicos la potestad de promover adopciones forzosas en contra de la voluntad de los padres y madres (solo son el 5% en Alemania)

La adopción nacional es una medida minoritaria y muy restringida desde la reforma legal, pues los procedimientos requieren de más consenso y de una preparación exhaustiva de los afectados. Los técnicos no tienen tanto poder para determinar separaciones y los vínculos se consideran un derecho del niño y un instrumento vital para su desarrollo emocional. Deben apoyar a la familia en beneficio del niño y esta debe ser tenida como un recurso para el bienestar de los niños.

En interés del menor un acogimiento de larga duración puede devenir en adopción si hay abandono o consentimiento de la familia natural. Cada vez más se acude a la fórmula de la adopción abierta y las madres que ceden a sus hijos en adopción pueden plantear ciertas condiciones. Mientras los padres cumplan unos mínimos la relación debe ser preservada en interés del niño. Está reconocido y garantizado el derecho a saber sobre los propios orígenes.

5.4 SRA. FREUND ACOGEDORA DE DOS MENORES CON TRASTORNOS DE DEPRIVACIÓN AFECTIVA

Familia Freund . Familia acogedora de dos menores con trastornos importantes a nivel afectivo, emocional y de comportamiento. La Sra. Freund está en proceso de cualificación y formación como acogedora terapéutica, a pesar de que es enfermera y según las directrices no precisa formación especializada. Ella considera que sí y ha conseguido una supervisión con una fundación de salud mental.

Relata experiencias y vivencias muy duras como familia acogedora de dos menores con trastornos emocionales y de comportamiento. Esta familia de acogida está formada por padre, madre y dos hijas, una de 20 años ya emancipada y otra de 14 años y dos niños acogidos de 11 y 9 años con muchos trastornos de tipo emocional (deprivación afectiva).

El acogimiento les ha obligado a readaptar toda su vida familiar e incluso disgustos con familiares y vecindario. El seguimiento en la escuela es continuo y han de desarrollar muchos esfuerzos para traer y llevar a los menores a sus psicoterapias y recursos de apoyo.

Sin apoyo técnico afirma que no hubieran podido continuar. El curso de capacitación como acogedora terapéutica le posibilita continuar, entender los comportamientos y dinámicas emocionales de los niños e incrementar sus recursos y dedicación. Tuvo que optar entre seguir trabajando o dedicarse a los niños y optó por estos ya que la financiación de los acogimientos terapéuticos lo posibilita. El enganche emocional y su compromiso personal es lo que según ella le mantiene en la tarea.

La Señora Freund relata infinidad de anécdotas relativas a su experiencia de acogimiento familiar, las cuales concuerdan con las experiencias relatadas por los miembros de las familias de acogida en Bizkaia que están haciendo acogimientos familiares de niños y niñas con trastornos significativos.

5.5 EQUIPO DE ACOGIMIENTO FAMILIAR DEL SERVICIO DE INFANCIA DEL DISTRITO DE TREPTOW – BERLÍN ESTE

Sra. Angelika Eichhorn, Trabajadora Social. Con ella nos entrevistamos en torno a la tramitación de menores en acogimiento familiar, el seguimiento de los padres y de las madres de acogida, en un Distrito de Berlín – EST.

Procede de la anterior estructura de Berlín Este. Se refiere al acogimiento en familia extensa presente en la zona este desde la figura de las abuelas con miedo a perder los contactos con sus nietos. La reunificación conlleva garantías vinculares y reduce la cantidad de estos acogimientos, al no ser necesario para mantener régimen de visitas. Opina que los vínculos de sangre no deben entenderse como idóneos porque sí. Es preciso evaluar también a las familias extensas como acogedoras pues a veces llegan a empeorar el problema del niño al reproducir los mismos errores.

El apoyo en el seguimiento se fundamenta sobre la satisfacción de las necesidades del niño acogido. El procedimiento comienza por seleccionar familias de acogida válidas e idóneas. Opina que el humor es un buen indicador de idoneidad y ella lo utiliza como técnica en las entrevistas. Trata de descubrir el por qué los candidatos desean acoger y el rol que el niño desempeña en el funcionamiento familiar y de pareja. Hace balance entre los lados fuertes y los lados débiles de los candidatos y busca conocer la forma que tienen para resolver sus dificultades y los potenciales problemas. Busca acogedores firmes, que sepan poner límites, a la vez que son flexibles. Piensa que los acogedores tienen que ser creativos e ingeniosos en la búsqueda de soluciones. Deben de tener aguante, resistencia, paciencia para afrontar las dificultades y pruebas del niño.

El proceso que siguen en el servicio para iniciar un proceso consiste en valorar primero la situación del niño de manera muy coordinada e implicando siempre a la familia natural en el proceso de toma de decisiones.

En Alemania la tutela del niño protegido está repartida entre los diferentes agentes encargados de protegerle. El trabajo de coordinación entre los recursos técnicos es fundamental y este debe responder a la satisfacción de las necesidades del niño y contar en la medida de lo posible con el consentimiento de la familia natural, la cual conserva el poder de tomar ciertas decisiones (p.ej. cambios de colegio, ...) A la familia acogedora inicialmente se le da toda la información relevante del caso para que decida si acepta o no acoger al niño propuesto.

Reconoce que a veces los técnicos tienen prejuicios con respecto a las familias de acogida, tienen miedo a perder su “poder” ante la situación del niño, se cree que la intervención de los profesionales implica necesariamente competencia para la solución de situaciones. A veces se desconfía de las familias de acogida por la falta de posibilidad de controlar ciertos aspectos de su intimidad, que pueden vivirse como riesgos para el niño. No se vive bien que las familias demanden recursos. Piensa que en la medida que los técnicos y las familias se conocen, intercambian experiencias, comparten decisiones y cooperan en beneficio del niño los prejuicios desaparecen. Considera imprescindible que los técnicos de infancia se formen en el ámbito de la teorías del vínculo para hacer un buen trabajo con los niños y entender mejor los procesos del acogimiento familiar.

La Sra. Eichhorn afirma que un acogedor satisfecho es el mejor modo de captar a otros acogedores pues ellos son los que traen a otras personas dispuestas cuando tienen una buena experiencia. Piensa que es fundamental que entre ellos intercambien experiencias y formen grupos de autoayuda. Los acogedores aportan a los niños acogidos experiencias que los centros de acogida y los profesionales no pueden aportarles. Opina que los acogedores necesitan recursos para hacer mejor su labor.

La Sra. Eichhorn es especialmente activa en el seguimiento y apoyo de los acogedores. Opina que sin seguimiento hay acogimientos imposibles (Familia Freund). En relación a este caso alaba a la Sra. Freund y afirma que fue un error no separar a los dos hermanos. En casos como este donde los niños tienen tantas necesidades de afecto y atención puede ser necesario y no siempre juntos están mejor. Las familias pueden llegar a agotarse rápidamente y pueden llegar a no poder con la situación.

La Sra. Eichhorn utiliza técnicas dramáticas para ayudar en los seguimientos y para evaluar a las familias candidatas. Nos hace una exposición de las técnicas con muñecos, que ayudan a sus clientes a exponer situaciones que a veces no saben como interpretar cuando las viven en directo, pero que cuando las escenifican, las representan y las analizan a modo de experiencia externalizada (técnicas dramáticas) pueden llegar a captar situaciones, dinámicas relaciones, conflictos, sentimientos latentes y toda una serie de emociones ligadas a estas experiencias.

5.6 ASESORIA PARA PADRES Y MADRES DE ACOGIDA GESTIONADA POR UNA ASOCIACIÓN DE ACOGEDORES

La entrevista tiene lugar con las señoras. *Heidrun Sauer*, (Socióloga), *Ellen Hallmann* (Pedagoga Social), *Bettina Meissner* (Pedagoga Social). Trabajadoras de la Asociación para la Promoción del Acogimiento de Niños/as. Esta organización realiza actividades de promoción del acogimiento y de captación, grupos formativos y de autoayuda de padres y madres de acogida de familias ajenas y extensas

El Equipo de profesionales es dependiente de una asociación de acogedores que demandaban asesoramiento técnico y ante la inexistencia de tal recurso hace 20 años deciden organizar sus propios recursos con la colaboración del Senado de Berlín. Entre sus objetivos están la captación, información, promoción y difusión del acogimiento familiar y el asesoramiento individual durante el acogimiento.

Organizan también grupos de encuentro y de formación de acogedores sobre sus situaciones específicas y como entidad se dedican al desarrollo de nuevos proyectos, organización de encuentros profesionales, elaboración de documentos, materiales de trabajo en torno al acogimiento familiar.

- Grupos de abuelas acogedoras (acogimiento en familia extensa). Acogimiento muy minoritario en Berlín
- Programa de acogimiento de niños con SIDA
- Acogimientos profesionalizados
- Apoyo a acogimientos especialmente críticos
- Promoción de seminarios, encuentros

5.7 PROGRAMA PROFAM, GESTIÓN DE ACOGIMIENTOS FAMILIARES PROFESIONALIZADOS DE URGENCIA EN SITUACIONES DE CRISIS

La entrevista tiene lugar con la señora *Cornelia Dittrich* (Pedagoga social) en torno al programa PROFAM de acogimientos familiares profesionalizados simples para situaciones de urgencia y el trabajo de situaciones de crisis con apoyos familiares.

Este proyecto PROFAM es un programa de colaboración partenarial de un sistema de acogimientos profesionales de urgencia y dirigido a resolver situaciones de crisis y valorar la situación en colaboración con los servicios de infancia. Funciona en colaboración de varias entidades y varios servicios de infancia de diferentes distritos de Berlín.

En las 22 familias de acogida profesional, uno de los adultos tiene formación como educador/a social y trabajan en situación de crisis tanto con los niños como con sus familias de origen. Salvo que la situación lo requiera la organización y los servicios de infancia tan solo se dedican a las gestiones, la supervisión y las tomas de decisión. De manera que podemos hablar de acogedores y acogedoras que hacen además la función de educadores/as familiares y vuelven a conectar a la familia en crisis con los recursos comunitarios a la vez que cuidan y educan a sus hijos.

Reciben entre 2000 y 2500 DM (171.000 y 256.500 Pts.) por cada niño/a al mes, más 700 DM (59.850 Pts) por niño y mes para alimentación y vestido. A esto le añaden el dinero para educación que todos los alemanes cobran por sus hijos.

Es un recurso muy eficaz que entre sus éxitos están los muchos retornos a familia natural y la reconexión de las familias con los recursos comunitarios, además de servir estas familias de referente y modelo para el futuro. Los acogimientos tienen como tope de duración 6 meses. Pasado este periodo el menor retorna a su familia o es atendido en otro recurso (familia de acogida,...)

Según la señora Dittrich su lema podría ser “LOS NIÑOS NO QUIEREN OTROS PADRES QUIEREN A SUS PADRES DE OTRA MANERA” y entre las ideas subyacentes a este proyecto se encuentran :

- Los términos de padre o madre de acogida, o padre adoptivo y madre adoptiva no son acertados desde el punto de vista del niño/a

- El padre y la madre son los biológicos, los demás vienen solo a hacer apoyos o tareas complementarias
- No habla de familia acogedora sino de familia educativa, cuyo éxito es devolver al niño a su familia
- Ambas familias han de trabajar juntas
- Normalmente se ayuda poco a la familia natural y se valora poco sus capacidades de cambio, este proyecto plantea a la familia natural como el recurso del niño que hay que rehabilitar para su bienestar global

5.8 RESPONSABLE TÉCNICA DE ACOGIMIENTOS FAMILIARES DE DÍA / MADRES DE DÍA

La Sra. *Evelyne Kubsch* de la *Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport*. (Administración del Senado para las Educación, Juventud y Deportes) nos atiende para tratar las características y estructuras elementales a tener en cuenta en los acogimiento familiares de día de menores en Berlín, conocidos como el Servicio de las Madres de día.

Una modalidad de prestación reconocida para todas las familias sin necesidad de tener dificultades sociales son los acogimientos de día / madres de día / Centros de día. Es una medida destinada a cubrir las necesidades de los niños y niñas sin escolarizar mientras sus padres trabajan. Se trata de dar cuidados cercanos a la vida familiar a estos niños, garantizando la solvencia pedagógica de las madres de día.

En los años 70, los padres y las madres que han de ir a trabajar y no tienen donde dejar a sus hijos (por falta de guarderías) buscan personas afines que los cuiden y crean una red que llegar a dejar a las guarderías en minoría (esta experiencia existe en más países europeos y ha demostrado superar en calidad a la atención prestada en las guarderías).

En los años 90 se regula la homologación de este tipo de servicios y la capacitación y reciclaje de las madres de día, así como la financiación y la práctica de esta actividad. Se establece la posibilidad de grupos grandes de 3 a 8 niños con 2 madres de día previamente autorizados y garantizando una serie de prestaciones de espacio, dedicación,...

El funcionamiento es sencillo, son los propios padres y madres quienes eligen y convenian con las madres de día la forma de la prestación que suele ser más versátil que las guarderías y se realiza en domicilios particulares. El servicio de infancia controla que se cumplan los requisitos, cofinancia y coordina a las madres de día. Se están ya desarrollando acogimientos de día terapéuticos para niños y niñas con minusvalías, trastornos mentales y necesidades especiales.

5.9 ASESORIA PARA MADRES DE DÍA GESTIONADA POR UNA ASOCIACIÓN DE ACOGEDORES

La entrevista se celebra con la señora *Leonie Wallenta*, madre de día y supervisora y responsable de la Agencia de Madres de Día gestionada por la Asociación para la Promoción del Acogimiento de Niños/as) para tratar de los procesos de selección, formación, reciclaje y apoyo a las madres de día y su Servicio de Gestión de Acogimientos de Día

Realizan gestión privada de acogimientos de día a través del sistema de madres de día (asignaciones, coordinaciones). Asesoran y forman a las madres de día en temas de cuidados a los niños, estimulación, juegos, actividades (individual y grupalmente)

Forman, asesoran y reciclan para acogimientos de día terapéuticos: niños y niñas con deficiencias, trastornos y necesidades especiales. El Servicio de infancia homologa a estas madres de día. Uno de los contenidos más importantes de su formación junto con la satisfacción de las necesidades evolutiva de los niños y niñas, son las estrategias de buena relación de resolución de conflictos entre la familia y las madres de día. Fomentan el progreso, la promoción, la difusión en torno a los acogimientos de día / madres de día.

6. MODELOS DE DIVERSIFICACIÓN Y DE RECURSOS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA EN BERLÍN

6.1 SERVICIO DE INTERVENCIONES DE URGENCIAS INFANTILES

Nos atiende el señor *Lenerz*, psicólogo del Servicio de Urgencias e Intervención en Crisis para niños/as y acogida residencial de urgencias. Prestaciones, gestiones y procedimientos. Se trata de un servicio público.

El Servicio de Urgencias funciona 24 horas, 365 días al año. Está a disposición de cualquier niño, niña o adolescente que lo solicite. Su demanda es prioritaria y se atiende por encima de los intereses de familiares y adultos, a los que solo se comunica la presencia del menor en el centro. Pueden asumir una especie de tutela automática, estando obligados a comunicarla a los padres o tutores y a las autoridades.

Hacen un trabajo centrado en el ámbito familiar y la situación particular del menor. La mayoría de los menores regresan a casa con un plan de trabajo pactado con la familia.

Actúan en situaciones de crisis y disponen de diferentes recursos :

- Atención y asesoramiento en crisis inmediata (directa o telefónicamente 60%) a menores y familias y con especialización en intervenciones de crisis y protección
- Grupos de acogida abiertos 24 h. (máximo 2 meses)
- Equipo de recepción, valoración y orientación
- Coordinación con todos los recursos de infancia, también asesoran a profesionales de otras ramas

6.2 THOMAS-HAUS BERLIN, CENTRO DE PEDAGOGÍA TERAPÉUTICA Y TERAPIA DEL LENGUAJE

El señor *Steinke* es el psiquiatra de un servicio de atención de Pedagogía Terapéutica para niños y niñas con trastornos del desarrollo (lenguaje, motricidad, comunicación) y minusvalías psíquicas y físicas. Está a punto de jubilarse y tiene toda una gran experiencia profesional en torno niños con minusvalías graves.

El centro es una Guardería terapéutica para 40 niños y niñas. Su interés para nosotros radica en que el 50% niños que atiende están acogidos en familias. Son niños con minusvalías importantes: parálisis cerebrales, Síndrome de Down, hiperactividad, trastornos del desarrollo, epilepsias, autismo,... Minusvalías graves. Sus edades van de 2 a 7 años y trabajan en grupos pequeños de entre 5 y 7 niños/as.

Realizan un trabajo terapéutico intensivo e individualizado: fisioterapia, musicoterapia, ergoterapia, arteterapia, liraterapia, tratamientos médicos, psiquiátricos. Se centran en el aprendizaje y desarrollo de las habilidades de comunicación: habla, movimiento, relación,... Para su posterior integración en centros escolares. No buscan la descripción de problemas sino sus soluciones.

Buscan la participación de padres y madres en la estimulación y en los tratamientos y en actividades cotidianas estimulantes. Tienen numerosas entrevistas de supervisión y cada responsable de grupo visita algunas tardes a la familia y al niño/a para hacer seguimiento.

A nivel de equipo de profesionales tienen una coordinación muy intensa y entre profesionales de distintas ramas, con un alto grado de polivalencia y realizan muchas visitas domiciliarias. Sus resultados son espectaculares y persiguen sacar toda la normalización posible del niño a nivel de comunicación y movimiento antes de su escolarización.

6.3 HAUS CONRADSHÖHE HOGAR DE ACOGIDA RESIDENCIAL TERAPÉUTICA PARA NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

Nos atienden de forma sucesiva miembros del equipo del centro y de diferentes servicios; *Adriane Wachholz-Abidun* (Psicóloga), *Clarisa Winkler* (Educadora-acogedora), *Andrea Uçar* (Educadora-acogedora), Educadoras Grupo Tiger.

El centro es un complejo de hogares y servicios comunes: Grupos Familiares, Grupos Educativos, Grupos de Chicas adolescentes, Grupos de Emancipación, Equipo Psicoterapéutico.

Su capacidad es de 74 plazas para menores de 6 a 18 años, dividido en grupos convivenciales con servicios comunes (gestión, mantenimiento, ocio, atención psicosocial, psicoterapia,...) y atendido por 70 profesionales. Está estructurado en viviendas separadas dentro del mismo edificio. Algunos recursos los comparten con grupos de la comunidad y del barrio.

- Grupos familiares: 1 educadora que convive de forma permanente con 6 menores en régimen familiar e integra a sus propios hijos y familiares en la dinámica. Grupos que conforman viviendas y hogares. En esta ocasión la educadora es como una madre de acogida profesionalizada y supervisada. Este tipo de acogimiento residencial es para los más jóvenes y los que se prevé que van a estar mas tiempo. Suelen ser niños/as más difíciles.
- Los Hogares para preadolescentes cuentan con equipos educativos estables que rotan pero manteniendo la pertenencia a un grupo de forma estable. En estos grupos la colaboración y participación en las tareas es un factor importante. Los más mayores (17 años en adelante) disponen en el complejo de viviendas tuteladas para jóvenes, donde ellos gestionan su vida cotidiana y se encaminan hacia la emancipación. Tienen un presupuesto que deben administrar y del que deben de dar cuentas y una supervisión y apoyo psicosocial.
- Cuentan para todo el complejo con un Servicio de atención psicosocial (3 psicólogos/as) para los menores y jóvenes, para los educadores y las familias de los menores: psicoterapia para estos, para sus familias, diagnósticos, supervisión de educadores y de equipos, formación continua, análisis de casos, trabajo en equipo...

6.4 FUNDACIÓN FRIEDRICHS Y ASOCIACIÓN BERLINESA PARA EL ASESORAMIENTO SOCIAL Y LA PSICOTERAPIA

El Sr. *Kurt Eberhard* (Psicólogo) nos invita al 25 Aniversario de la Asesoría para padres y madres de acogida y presentación de programas de apoyo a familias acogedoras de menores con trastornos emocionales. Se trata de una fundación de profesionales de la salud mental infanto-juvenil, especializados en el tratamiento y en la investigación de las problemáticas y trastornos de los niños, niñas y adolescentes en situación de desprotección

Tienen un programa especial para familias de acogida de niños, niñas y adolescentes con trastornos psíquicos, centrado en la intervención socioeducativa y en la atención psicoterapéutica. Colaboran con la Asociación para el Asesoramiento Social y la Psicoterapia y han puesto en marcha un programa de apoyo a jóvenes acogidos emancipados. Últimamente y ante la saturación de los servicios públicos de formación de acogedores terapéuticos están ellos cualificando también a familias acogedoras terapéuticas.

6.5 ASESORIA Y GRUPO DE AUTOAYUDA PARA MADRES (Y PADRES) DE ORIGEN DE MENORES PROTEGIDOS

Una de las entrevistas más impactantes la tenemos con la señora *Elke Lehnst* (Pedagoga social). Junto con otras, organizaciones, instituciones y mujeres ha organizado una asesoría y grupos de autoayuda de madres y padres de niños/as adoptados/as o acogidos/as. Creando un lobby de familias naturales.

En esta organización trabajan las problemáticas de las familias naturales derivadas de los procesos de retirada de sus hijos e hijas y organizan su participación en los planes de caso de protección de sus hijos, en los cuales por ley deben de poder estar presentes para dar su opinión y conformidad.

Elke Lehnst cedió a su hijo en adopción cuando era adolescente. Hoy es pedagoga social entregada a la defensa de los intereses de las familias naturales. Ha fundado y organizado seminarios y asesorías para las familias de origen. Y algunas de sus asociadas acompañan a las familias de origen en su participación en los planes de caso

Las madres que han dado sus hijos en adopción o se los han retirado no olvidan nunca este suceso, tienen muchas dificultades e impedimentos para superar el proceso de separación voluntaria o retirada forzosa y esto supone un auténtico trauma que difícilmente superan a lo largo de su vida. El deseo de olvidar y de privacidad no es real. Ni la decisión cuando la pueden tomar es tan libre como se supone. Angustiadas por la situación a menudo la única salida es abandonar a su hijos, o incluso siendo incapaces de cuidar de si mismas difícilmente pueden cuidar a nadie. Precisamente cuando de forma mayoritaria tampoco ellas fueron bien cuidadas por sus padres y madres.

Sufren por ello trastornos emocionales de todo tipo (depresiones, ansiedad, angustia, estigmatización, rechazo social y familiar, sentimientos de culpa, duelo y pérdida emocional. Por otro lado saben que sus hijos/as les necesitan para elaborar una sana identidad personal y ellas quieren saber de ellos y colaborar en la medida de sus posibilidades.

Actualmente hay varias organizaciones de este tipo, tanto en Berlín como en el resto de Alemania, organizan seminarios y colaboran con los profesionales para coordinar sus actuaciones. Mantienen también trato con asociaciones de familias adoptivas y de acogida y sobre todo están ayudando con sus grupos y acciones de autoayuda a todas esas mujeres que aún hoy sufren trastornos derivados de

unos procesos de intervención profesional poco adecuados o cuidadosos para con las familias naturales de los niños que son protegidos por el estado.

7. VALORACION DE LA EXPERIENCIA DE INTERCAMBIO

Realmente fuimos atendidos exquisitamente por colegas de Berlín. Se nos invitó a conocer gran variedad de servicios públicos y privados y nos dieron todas las explicaciones solicitadas.

Pudimos visitar sus experiencias más avanzadas e interesantes y estuvimos con colegas que mostraban una sólida formación teórico-práctica en los ámbitos que exponían.

Hemos traído una interesantísima colección de documentos que nos permitirán conocer mejor sus concepciones, formas de trabajar y recursos y tal vez lo más interesante es que hemos recibido numerosas invitaciones y propuestas para continuar contactos y relaciones en el futuro.

7.1 CONCLUSIONES

Como conclusiones fundamentales de la visita-estudio en torno a los acogimientos familiares podemos concluir los siguientes aspectos:

- Hemos conocido modelos y servicios técnicos consolidados en materia de acogimiento familiar que pueden servirnos de referente para el futuro y ahorrarnos etapas en el proceso de desarrollo de esta medida.
- El incremento de acogimientos mejora la calidad de la protección debida por el estado a los menores en situación de desprotección.
- El acogimiento es la medida de protección idónea y preferente para los menores de 6 años en cuanto que es la que mejor garantiza el desarrollo evolutivo adecuado para esta franja de edad.
- Incrementar la participación de entidades privadas, de colectivos de acogedores y del efecto lobby que acarrea su participación, puede ser una buena estrategia para promocionar el acogimiento familiar como una medida más que aún debe competir especialmente el acogimiento residencial y la adopción.

- El estudio, análisis y conocimiento de los procesos de vinculación entre el niño/a y su familia son elementos fundamentales para evaluar la conveniencia, la dinámica y los objetivos del acogimiento familiar
- El apoyo a la familia natural y su participación en todo el proceso de acogimiento es también un recurso que ayuda al cambio y a la rehabilitación de la familia natural y fortalece los vínculos entre el niño/a o adolescente y los suyos.
- Hemos podido comprobar con satisfacción que nuestro modelo de trabajo con todas las partes implicadas en el acogimiento ha despertado curiosidad en algunos técnicos con los que hemos trabajado que reconocen que la cooperación o el trato respetuoso entre familia natural y familia de acogida es algo difícil y complicado, mientras que para nosotros es algo habitual. Luego también podemos exportar experiencias.
- La diversificación en el ámbito del acogimiento familiar es una estrategia que puede mejorar la atención al niño/a, teniendo en cuenta:
 - Tipologías de niños/as y adolescentes que se deben de beneficiar de la medida : niños con minusvalías físicas, psíquicas y emocionales, con enfermedades crónicas incurables, con trastornos de comportamiento, con procesos graves de privación afectiva. Es posible y se deben de desarrollar diferentes tipos de acogimiento familiar para diferentes tipos de niños/as o adolescentes
 - Recursos diferenciados y diversificados destinados a los acogedores de manera que en función de las necesidades de los menores se les doten de los recursos que precisen para paliar sus dificultades. Hay niños/as o adolescentes que para ser acogibles se precisan más recursos. Estos recursos van desde el aporte económico, a formación especializada, apoyo intensivo, refuerzo y apoyo psicológico, apoyo escolar, refresco para acogedores,...
 - Tipologías diferenciadas de acogimiento : simples, permanentes, de urgencias, profesionalizados, para bebés, referenciales para niños de difícil inserción en familia, para adolescentes, de fin de semana y vacaciones, acogimientos de día para aquellos

menores que puedan convivir en cierta manera con sus familiares, de grupos de hermanos...

- Acogimientos de día para situaciones de riesgo o relativamente normalizadas
- Flexibilización de los límites del acogimiento familiar como medida. Las diferentes medidas de protección siguiendo el criterio de “adecuación de los recursos a las necesidades de los niños y niñas” tienen límites diferentes y no son excluyentes entre sí, sino que comparten espacios, métodos, criterios,... En este sentido hemos conocido experiencias como :
 - Acogimientos donde los acogedores son profesionales del ámbito de la protección y son homologados como acogedores terapéuticos.
 - El acogimiento familiar aplicado a la minusvalía de niños pequeños en calidad de acogimientos terapéuticos. El acogimiento familiar como mecanismo de integración de minusválidos o deficientes.
 - Hogares funcionales con funcionamiento de familia de acogida donde la educadora se convierte en referente permanente más allá de los que es un compromiso profesional, pero a la vez mantiene todas las ventajas de un hogar a nivel de recursos y servicios.
 - Acogedores de urgencias que a la vez son educadores familiares y sociales de la familia natural.
 - Asociación de autoayuda de familias naturales donde además de apoyarse mutuamente desarrollan programas de cooperación con redes y profesionales
 - Programas psicoterapéuticos dirigidos a situaciones específicas de niños y niñas en acogimiento familiar.
- En cuanto al estatus de los acogedores estos además de disponer de recursos acordes a las necesidades de los niños y niñas que acogen tienen por ley derecho a ser escuchados por el juez como una de las partes en temas referidas al niño/a acogido/a y las relaciones de acogida especialmente en acogimientos de larga duración están jurídicamente protegidas, por lo que el niño o la niña tienen derechos respecto de su familia de acogida una vez finalizado su acogimiento.

Indice

1.	INTRODUCCION	1
1.1	PROYECTO "TRUKE"	1
2.	BERLÍN COMO CONTEXTO DE LA VISITA	3
2.1	DATOS GENERALES ALEMANIA	3
2.2	BERLÍN COMO CONTEXTO DE LA VISITA.....	5
3.	LEY DE AYUDA A LA INFANCIA Y A LA JUVENTUD	9
3.1	ENTIDADES COLABORADORAS ALEMANAS EN MATERIA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y LA JUVENTUD	11
4.	PARTICULARIDADES DE LOS SERVICIOS DE INFANCIA	12
4.1	PRESTACIONES DE LOS SERVICIOS DE INFANCIA	13
5.	EL ACOGIMIENTO FAMILIAR EN BERLIN	15
5.1	TÉCNICO RESPONSABLE DE ACOGIMIENTOS FAMILIARES DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DE BERLIN	16
5.2	PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ACOGEDORES TERAPÉUTICOS	19
5.3	EQUIPO DE ACOGIMIENTO FAMILIAR DEL SERVICIO DE INFANCIA DEL DISTRITO DE KREUZBERG - BERLÍN OESTE	20
5.4	SRA. FREUND ACOGEDORA DE DOS MENORES CON TRASTORNOS DE DEPRIVACIÓN AFECTIVA	22
5.5	EQUIPO DE ACOGIMIENTO FAMILIAR DEL SERVICIO DE INFANCIA DEL DISTRITO DE TREPTOW – BERLÍN ESTE.....	23

5.6	ASESORIA PARA PADRES Y MADRES DE ACOGIDA GESTIONADA POR UNA ASOCIACIÓN DE ACOGEDORES	25
5.7	PROGRAMA PROFAM, GESTIÓN DE ACOGIMIENTOS FAMILIARES PROFESIONALIZADOS DE URGENCIA EN SITUACIONES DE CRISIS	26
5.8	RESPONSABLE TÉCNICA DE ACOGIMIENTOS FAMILIARES DE DÍA / MADRES DE DÍA	28
5.9	ASESORIA PARA MADRES DE DÍA GESTIONADA POR UNA ASOCIACIÓN DE ACOGEDORES	29
6.	MODELOS DE DIVERSIFICACIÓN Y DE RECURSOS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA EN BERLÍN.....	30
6.1	SERVICIO DE INTERVENCIONES DE URGENCIAS INFANTILES... ..	30
6.2	THOMAS-HAUS BERLIN, CENTRO DE PEDAGOGÍA TERAPÉUTICA Y TERAPIA DEL LENGUAJE	31
6.3	HAUS CONRADSHÖHE HOGAR DE ACOGIDA RESIDENCIAL TERAPÉUTICA PARA NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES	32
6.4	FUNDACIÓN FRIEDRICHS Y ASOCIACIÓN BERLINESA PARA EL ASESORAMIENTO SOCIAL Y LA PSICOTERAPIA.....	33
6.5	ASESORIA Y GRUPO DE AUTOAYUDA PARA MADRES (Y PADRES) DE ORIGEN DE MENORES PROTEGIDOS	34
7.	VALORACION DE LA EXPERIENCIA DE INTERCAMBIO.....	36
7.1	CONCLUSIONES.....	36

VI Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada

"El Trato institucional a la infancia.
Respuestas en el Siglo XXI"



POSTERS



LA ESCUELA EN EL HOSPITAL

JF. Coserria Sánchez, A. López Andrades , F. García González, P. Melara Ramos, A. Delis Martín, MC Blanco Ruiz, I. Gómez de Terreros.
Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Partiendo de la idea de que la calidad de vida es algo más que la ausencia de enfermedad, la permanencia de un niño o niña en un centro hospitalario, debe ir encaminado no solo a erradicarla, sino al favorecer un desarrollo armónico de su personalidad; dando así respuesta mediante cuidados y atenciones a todas sus necesidades.

Fundamento: La escuela para niños y niñas hospitalizados debe defender un Proyecto Educativo cuyo objetivo sea una educación integral que atienda a las necesidades pedagógica, lúdicas, expresivas, sociales y afectivas, aspectos que favorecen y estimulan su desarrollo y aprendizaje.

Objetivos: Desviar la atención del niño mantenida en su enfermedad hacia tarea escolar o de ocio. Proporcionarle un ambiente que lo motive al juego, a la socialización y a la instrucción. Seguir el programa docente paliando el retraso escolar durante la hospitalización. Continuar el desarrollo de los objetivos docentes propios del currículum escolar.

¿Para qué? *Establecer relaciones con otros niños. * Olvide su enfermedad. * Prosiga su proceso escolar.

¿Cómo? A través del cuento, con el que alimentamos la fantasía del niño. Mediante el seguimiento de currículum escolar. Poniendo a su disposición las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Posibilitando que los niños ingresados puedan asistir y compartir clase con sus compañeros. Mediante el juego, de ahí nuestro lema “enseñar jugando” o bien con actividades diversas como el cine, teatro, actividades plásticas y creativas, música, etc.

PROYECTO MUNDO DE ESTRELLAS

JF. Coserria Sánchez, A. López Andrades , F. García González, M. Merchante Sánchez, M. Díaz Rodríguez, JM. Ortigosa, I. Gómez de Terreros.
Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El Proyecto Mundo de Estrellas surge como una iniciativa del Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud, con el objetivo de crear una comunidad virtual para la mejora de la calidad de vida de los niños hospitalizados, en los hospitales públicos de Andalucía.

Tiene dos alcances: *Asistencial*, constituido por 29 hospitales del Servicio Andaluz de Salud más las 3 empresas públicas (Alto Guadalquivir, Poniente y Costa del Sol). *Residencial y educativo*, se quiere potenciar de forma paralela la creación de un entorno “periférico” que permita llegar a los dos entornos de estancia habitual de los niños: la residencia familiar y la escuela.

Se marcan como objetivos: * Programa de Atención Integral al Niño Hospitalizado. * Normalización de los niños ingresados en un Centro Hospitalario. * Conocerse e interactuar a través de mundos virtuales.

Para el desarrollo del proyecto contamos con equipos multimedia en los que acceden a un mundo virtual en 3 dimensiones, adaptados a su edad y nivel cognitivo, permitiendo el chat o la videoconferencia con otros niños.

El proyecto se enriquece con dos subprogramas específicos: *consulta virtual* en niños atendidos por la Unidad de Fibrosis Quística en su domicilio y *Aula Virtual* a través de la conexión Escuela-Hospital, que permite al niño que lo precise (en hemodiálisis), asistir virtualmente hablando a clases, aunque se encuentre hospitalizado.

COMUNICACIONES DE JESÚS GARCÍA PÉREZ (SERÍAN TRES, LA PRIMERA, LA QUE VIENE CON EL TEXTO SERIA COMO POSTER, LAS OTRAS DOS QUE ENVIARA / ENVIAREMOS LA PRÓXIMA SEMANA SERIAN COMO COMUNICACIONES ORALES)

MALOS TRATOS EN EL AMBITO SANITARIO

J. García Pérez*; J. Lirio Casero*; G. Morande Lavín**; C. Salcedo Carrasco***; J.A. Díaz Huertas****

Unidad de Pediatría Social*, Unidad de Psiquiatría Infantil**, Unidad de Trabajo Social***; Insitute Madrileño del Menor y la Familia ****.

OBJETIVOS:

Casuística, aspectos específicos, relación con la severidad de los síntomas y actuación multidisciplinar en pacientes atendidos en las unidades de Pediatría Social, Trabajo Social y Psiquiatría Infantil diagnosticados de maltrato.

MATERIAL Y METODOS:

Desde enero de 1997 a diciembre del 2000, participaron en el estudio 208 niños con historia de maltrato en sus diferentes tipos. Se realizaron entrevistas estructuradas para obtener información detallada de los acontecimientos y circunstancias que motivaron el maltrato. Se notificaron todos los casos al Instituto del Menor y la Familia así como al Juez y Fiscal de Menores.

RESULTADOS:

De los 208 niños las edades estaban comprendidas entre 0 y 8 años. 112 (57% fueron niños) y 96 (43%) niñas 105 (50,7%) eran menores de 1 año, 147 (70,6%) menores de 3 años y 61 (30,7%) entre 3 y 8 años.

En cuanto a su tipología predomina la negligencia: 73 casos (35%) seguido del maltrato físico 46 casos (26%) el maltrato psíquico 44 (21%), maltrato prenatal 30 (19%) Munchausen por poderes 7 (3,5%) y abuso sexual 8 (4%).

En 148 (71%) de origen urbano, 170 (82%) de nivel económico bajo y con vivienda inadecuada: 129 casos (62%) 29 (14%) procedían de ambientes marginales.

En relación a los factores de riesgo 89 (43%) proceden de familia monoparental, 77 (37%) con drogadicción de los padres, 27 (13%) con alcoholismo y 35 (17%) con patología psiquiátrica. En los antecedentes de malos tratos en los padres, nos encontramos con 42 (20%) y en los hermanos de los estudiados 20 (9,7%), 87 (42%) de los padres no son conscientes de su comportamiento inadecuado.

CONCLUSION:

En maltrato puede presentarse de forma diversa. La incidencia mas elevada fue la negligencia. EL abuso sexual seguro representó una baja incidencia, a nuestro juicio no correspondiendo a la realidad, dadas las dificultades de detección de dicha patología.

El perfil del niño maltratado fue el de un niño de edad temprana entre 0 y 3 años que pertenece a una familia de nivel social medio o bajo, que vive en zona urbana de, limitados recursos sociales y educativos, con padres que suelen tener problemas psíquicos o de droga sin tratamiento y con escasa conciencia de su inadecuado comportamiento, ya que han sido a su vez igualmente tratados en su infancia.

Comunicaciones orales titulo:

- Malnutrición como signo de maltrato y negligencia en población inmigrante

J García Pérez,...

- Abuso sexual y bulimia

J García Pérez,...

Esta persona se inscribirá en el Congreso:

TÍTULO: **PROGRAMA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL MALTRATO INFANTIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

AUTORES: **J. Esteban Gómez ***; **J. A. Díaz Huertas ***; **J. Casado Flores ****; **E García ***; **M. A. Ruiz Díaz *****

ENTIDAD: *Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales.
**Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Niño Jesús.
***Psicología Social y Metodología. Facultad de Psicología. U.A.M.

Correspondencia: Joaquín Esteban Gómez
C/ Santa Tecla 1 bis 28022 Madrid
e-mail: joaquin.esteban@comadrid.es

Los profesionales de enfermería nos enfrentamos a un problema social que supera la simple atención profesional y constituye un ejemplo evidente de actuación integral, multidisciplinaria (trabajo social, justicia, policía, educación, etc.) desde los distintos ámbitos de actuación en el que se desarrolla nuestra actividad: Atención Primaria, hospitalaria, salud mental, urgencias, atención a mujeres embarazadas, centros de acogida

Ocupamos una posición privilegiada en la prevención y detección e intervención en casos de maltrato infantil pero en la actualidad, no todos los profesionales ni el propio sistema sanitario esta en condiciones de atender adecuadamente todos sus aspectos.

Por todo ello, desde el Programa de Atención al Maltrato Infantil hemos iniciado un programa específico para profesionales de enfermería con los siguientes

OBJETIVOS

Sensibilizar y formar a los profesionales de enfermería
Desarrollar protocolos de actuación de enfermería
Fomentar la notificación de casos detectados
Conocer las características epidemiológicas del maltrato infantil
Prevenir los malos tratos en la infancia
Mejorar atención sanitaria niños maltratados
Incrementar la coordinación con otros ámbitos

DESTINATARIOS

El programa va dirigido a los profesionales de enfermería que trabajan en los distintos ámbitos de atención a la infancia y la familia: atención primaria, hospitalización, urgencia extrahospitalaria, servicios municipales de salud, centros de menores, etcétera.

MÉTODO

Realización de cursos de formación teórico-prácticos sobre maltrato infantil, no solo en los aspectos clínicos sino también de intervención.

Elaboración del manual: Atención de Enfermería al maltrato Infantil.

Establecimiento de un Convenio de colaboración con el Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid.

RESULTADOS

Desde el inicio del Programa de Atención al Maltrato Infantil se ha contemplado la formación de enfermería, en los 12 cursos realizados han participado 400 enfermeros / as.

Algunos de los referentes del programa son enfermeros / as

Se ha colaborado en actividades organizadas por distintas instituciones) de enfermería (Cursos, Congresos)

Se ha realizado el primer curso específico para profesionales de enfermería, diciembre de 2000, con la asistencia de 100 profesionales. La evaluación del curso y las referencias al resto de actividades del Programa han sido valoradas muy positivamente, solicitando que se incrementen las actuaciones en este área.

DETECCION DE NIÑOS CON RIESGO SOCIAL EN NUESTRO HOSPITAL DURANTE 2001 Y SU EVOLUCION POSTERIOR

Coserria Sánchez, JF (*); Reina González, AM (*); Camacho Lovillo, MS (*); Jiménez Girón, AV (**); Gayán Guardiola, M (**); López Andrades, A (**); Gómez de Terreros, I (*)

(*) Unidad de Pediatría Social. (**) Unidad de Trabajo Social. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El niño está inmerso en un medio ambiental, familiar y social donde está expuesto a numerosos factores de riesgo. La problemática social es un motivo cada vez más frecuente de asistencia sanitaria en la infancia. Los profesionales sanitarios debemos de estar atentos ante los signos de alarma que ponen en evidencia la existencia de una situación familiar y social anómala, para de esa manera poner en marcha los mecanismos necesarios para conseguir el mayor bienestar del niño y su familia.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio es evaluar la eficacia en la detección de niños con riesgo social en nuestro hospital y analizar las actuaciones sanitarias posteriores que se llevaron a cabo sobre estos niños.

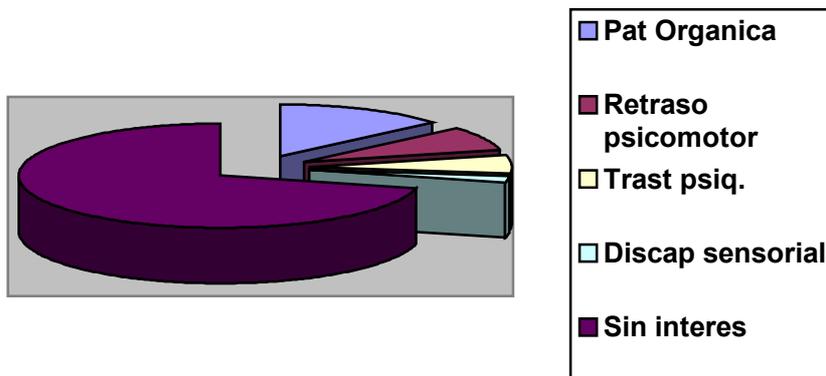
MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de 52 niños que fueron remitidos a la unidad de Trabajo Social durante el 2001, estudiando antecedentes personales del niño, las consultas al servicio de urgencias (motivo de consulta, procedencia y número de veces que consultaron en urgencias antes de ser remitidos a la unidad de Trabajo Social), sus posibles ingresos (motivo del ingreso, número de ingresos), el diagnóstico de la unidad de Trabajo Social y su posterior seguimiento.

RESULTADOS

De los 52 niños estudiados, 32 de ellos fueron hombres y 20 de ellos mujeres.

Entre los antecedentes personales de los niños, presentaban patología orgánica crónica 7 casos, retraso psicomotor 4 casos, trastorno psiquiátrico 3 casos, discapacidad física o sensorial 1 caso, y sin antecedente de interés 37 casos.

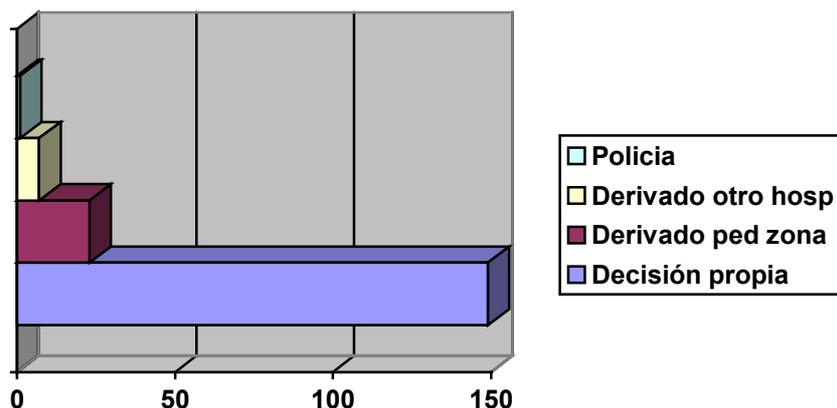


De los niños estudiados, acudieron a urgencias antes de ser remitidos a la unidad de Trabajo Social:

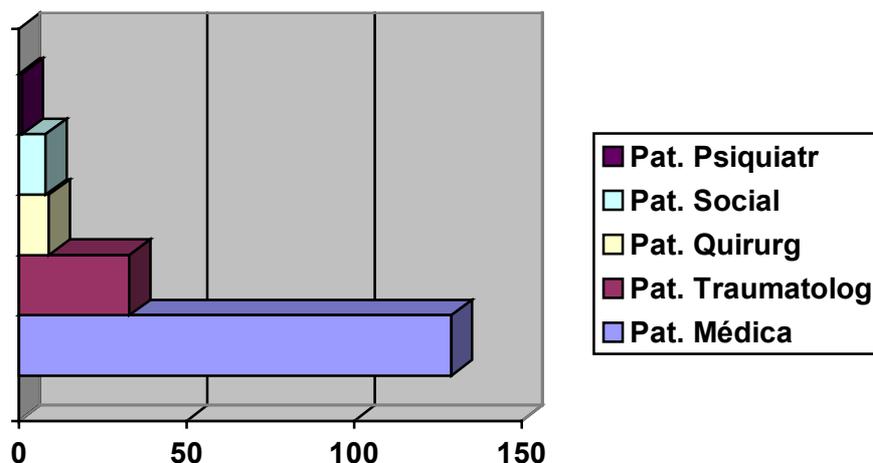
- 19 casos en una ocasión
- 10 casos en 2 ocasiones
- 6 casos en 3 ocasiones
- 7 casos en 4-5 ocasiones
- 6 casos en 6-7 ocasiones
- 4 casos en más de 7 ocasiones

para un total de 180 consultas a urgencias.

La procedencia de los niños fue: decisión propia en 149 ocasiones, derivados por pediatra de zona en 23 ocasiones, derivados de otro hospital en 7 ocasiones y traído por la policía en una ocasión.

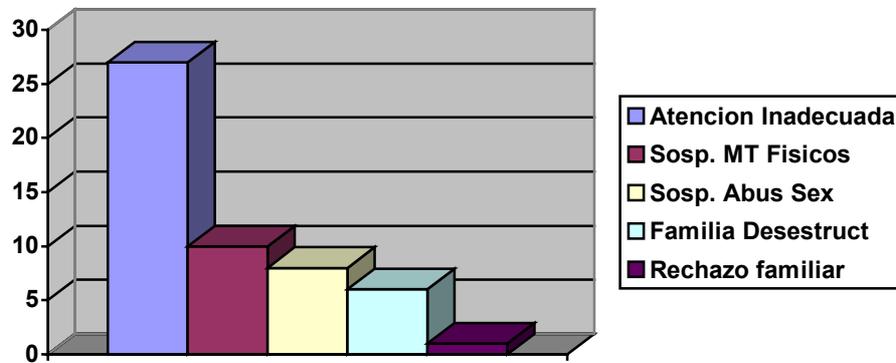


El motivo por el que acudieron a urgencias fue: patología médica 129 ocasiones, patología traumatológica 33 ocasiones (traumatismo craneoencefálico 9 ocasiones), patología quirúrgica 9 ocasiones, patología social 8 ocasiones (sospecha de abusos sexuales 4 ocasiones, intoxicación por drogas o medicamentos 2 ocasiones, e intento de autolisis en 2 ocasiones), y patología psiquiátrica en una ocasión.

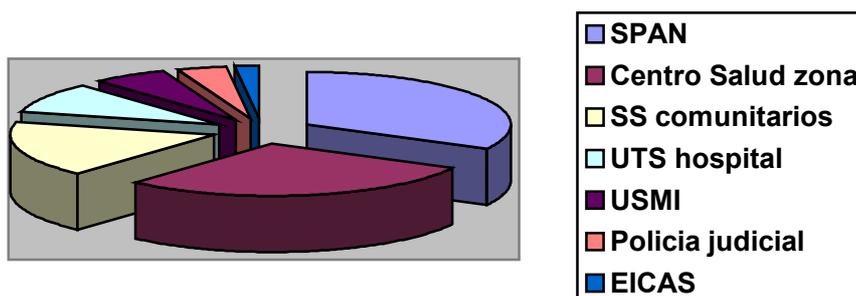


De los 52 niños, requirieron ingreso 41. De ellos, 21 pacientes requirieron 1 ingreso, 7 niños 2 ingresos, 7 niños 3 ingresos, 2 niños 4 ingresos, y 3 niños más de 4 ingresos, para un total de 85 ingresos. En 5 ocasiones se requirió ingreso en UCI. Los motivos de ingreso fueron: 64 casos patología médica, 12 casos patología traumatológica, 3 por razón social, 2 por patología quirúrgica, 2 por sospecha de malos tratos, 1 por alteración de la conducta y uno por sospecha de abusos sexuales.

Los diagnósticos de la unidad de Trabajo Social fueron : 27 casos atención inadecuada, 10 casos sospecha de malos tratos físicos, 8 casos sospecha de abusos sexuales, 6 casos familia desestructurada, y un caso por rechazo familiar.



El seguimiento posterior se realizó por el Servicio de Protección del Menor (SPAN) en 17 casos, centro de salud de la zona en 15 casos, servicios sociales comunitarios en 9 casos, unidad de Trabajo Social del hospital en 5 casos, unidad de Salud Mental Infantil en 3 casos, policia judicial de menores en 2 casos y equipo de abusos sexuales (EICAS) en una ocasión.



CONCLUSIONES

- El 70% de los pacientes no tiene antecedentes personales de interés.
- El 55% de los casos se detectaron entre la primera y segunda consulta a urgencias.
 - El 70% de los casos acuden por patología orgánica y el 80% por decisión propia.
 - El 80% fueron ingresados
 - El problema social detectado más frecuente fue la atención inadecuada.
 - El 46% se derivó a centros de salud de la zona y servicios sociales comunitarios y el 30% al SPAN por situación de alto riesgo social.

SERVICIO DE ORIENTACION PARA FAMILIAS ADOPTIVAS (S.O.F.A.)

INES GONZALEZ TEJADO, ANA ROSSER LIMIÑANA Y EMILIO VITORIA MUÑOZ.
DIRECCION TERRITORIAL DE BIENESTAR SOCIAL DE ALICANTE.

INTRODUCCION.

Existe abundante literatura (Rosenboom, 1991, Triseliotis, y cols., 1998, etc.) referida a los factores indicadores de fracaso más frecuentes en los procesos de adopción así como de aquellos que son favorecedores del éxito en los mismos, referidos tanto a la institución como a los propios implicados.

Si nos centramos en el cometido de las Entidades Públicas para garantizar la buena marcha de estos procesos, encontramos que para estos autores es un elemento favorecedor del éxito en la adopción la existencia de servicios post-adopción o de seguimiento de la evolución de las adopciones, con capacidad de dar respuesta a las necesidades de las familias y de los menores.

A través del Poster se presenta el Servicio de Orientación a las familias adoptivas, recientemente implantado por los Servicios de Adopción de la Consellería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana, en cada una de las provincias.

OBJETIVOS:

Los objetivos planteados van orientados fundamentalmente a la prevención de riesgos en los procesos adoptivos mediante la intervención especializada y a partir de la orientación familiar en situaciones de crisis: revelación, problemas de vinculación afectiva, procesos de identidad, adolescencia, etc.

METODOLOGIA:

En el Poster se presentarán

- los materiales de difusión del servicio,
- los objetivos y metodología del programa,
- las fases del proceso metodológico.
- la tipología inicial de las demandas.

MODELO PREVENTIVO DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE RIESGO SOCIAL EN LA INFANCIA DESDE EL MARCO EDUCATIVO APLICABLE A TODOS LOS NIVELES Y CICLOS.

Ana Gil Lavado

Quiere partir de la importancia que educación tiene en este tema por su vinculación con la infancia y familia durante una etapa crucial, además de la necesidad de formular un espacio donde se establezcan líneas de actuación. En la Guía de atención al maltrato en Andalucía (ADIMA, 1993) planteábamos un modelo de actuación para las situaciones de riesgo en la infancia. Desde este artículo se proponen otras posibilidades de intervención desde un enfoque global e interinstitucional, de manera que su objetivo se enmarque en una perspectiva preventiva, esto es: Prevención primaria, secundaria y terciaria.

Entendemos que nos encontramos ante un **modelo de actuación preventivo integrado en procesos, dinámico y ecológico**. Porque procesos dinámicos? Porque ante una situación de riesgo o grupo de riesgo incidirán los factores de riesgo que la condicionan y la pueden modificar de tal forma que si los factores de riesgo se agravan la situación evoluciona en consecuencia, pudiendo ser conducida de un procedimiento a otro, además, por su naturaleza y gravedad podría darse una obligada notificación a la instancia adecuada. También es posible que intervenida en un último estadio, la situación estudiada, podría mejorar y pasar a un seguimiento o tratamiento más normalizado en su medio. De ahí la importancia de considerar ese dinamismo positivo con la finalidad de favorecer la red de recursos y paliar en la medida de lo posible los efectos que esos condicionantes de riesgo tienen sobre la infancia y adolescencia.

Ahora bien, situándonos en la importancia que la figura del orientador tiene desde el primer nivel de actuación hasta el último, tanto en la toma de decisiones para valorar como para canalizar o derivar la situación. El orientador, en el medio educativo, puede ser consultado y a su vez ser una vía de consulta a otras fuentes o servicios. Veremos, que desde el punto de vista de **la orientación** nos encontramos ante un **modelo de consulta** (Álvarez Rojo, 1994) y desde la perspectiva y la importancia de la relación con la red de recursos, del entorno, al tratarse de situaciones sociales, podríamos llamarle: de **consulta colaborativo**.

Dadas las características especiales de un Centro de Educación Infantil en el cuidado y atención a la infancia y las características propias de los centros socioeducativos (0-3 años) ya que participan con especial relevancia en la crianza de los niños y su atención asistencial. Estableciéndose sus competencias en el Decreto 180/2000 a la Dirección General de Infancia y Familia, sí como la importancia que desde el ámbito educativo en

general tiene la educación integral de la infancia se propone un procedimiento de actuación de riesgo, en dos niveles de atención, donde se refuerza la prevención y se deja un último nivel de notificación o urgencia. Estos procedimientos podrían ser aplicables a toda la extensión educativa, desde el primer ciclo de Infantil.

PREVENCIÓN PRIMARIA

En un **primer nivel de atención** nos encontramos ante situaciones de riesgo que no han concluido en episodios maltratantes. Definimos estas situaciones de riesgo como aquellas contingencias desfavorables, circunstancias psicosociales familiares y/o individuales, que hacen que determinados niños tengan peligros reales de recibir maltrato. Partiríamos de características precisas como **la detección** de indicadores de abandono en el grupo clase; déficit socio cultural o grupos de riesgo por edad u otros condicionantes, y el establecimiento de una tabla de **criterios de intervención** referidos a la Educación para la Salud, como las pautas de crianza, sobre las que intervenir. La repercusión de estas pautas de crianza en sus necesidades básicas de higiene, cuidados y necesidades emocionales. El conocimiento de los modelos educativos como medio para favorecer la relación infancia -familia. El refuerzo en factores personales de competencia personal. A su vez, desde el propio medio educativo se realizaría una reflexión sobre sus propias actitudes y dinámicas con la infancia, que produciría un feedback sobre sí mismo para favorecer y fomentar actitudes de buenas prácticas u buen trato, de forma que pudieran establecerse mayores canales de participación.

Su finalidad educativa sería incidir positivamente sobre la crianza de los niños, favoreciendo su desarrollo integral. La repercusión de estas acciones en sus necesidades básicas emocionales y educativas propiciarían además ambientes de bienestar en el contexto educativo.

La actuación se vendría a enmarcar en un **plan marco preventivo de salud integral escolar**. Se establecería una estructura sólida y diseñada desde los diferentes niveles o etapas educativas, para el desarrollo de los programas de educación para la salud prevista en los contenidos curriculares. Así podríamos plantear, desde las Direcciones de los centros la configuración y desarrollo de talleres de padres implicando la colaboración del profesorado y los orientadores de los mismos. Así como la configuración de una estructura sólida; desde las Delegaciones Provinciales para la coordinación con los diferentes servicios como el Servicio Andaluz de Salud; la administración local desde las áreas de salud y educación en la creación e implantación de programas en el marco de este plan preventivo. Este plan abarcaría; desde el primer ciclo de Educación infantil, hasta el último ciclo y etapa.

Desde el plan andaluz de salud se prioriza la atención a la infancia en sus propuestas de actuaciones: vacunaciones, enfermedades crónicas y congénitas, salud escolar y malos tratos a la infancia.

Se contempla con especial importancia el programa de Salud materno infantil; así como el desarrollo de la educación maternal. Por otra parte con el decreto 219/85 de la Consejería de Salud y el Decreto 195/85 sobre Ordenación de los Servicios destacamos entre otros programas: El Programa de Atención a la Salud infantil y el programa de salud escolar (educación para la salud en la escuela) desarrollo de promoción de salud, exámenes de salud escolar, relación con el medio ambiente y apoyo a otros programas.

También se cuentan con programas que incluyen a los adolescentes, que resultan de la colaboración y coordinación con educación entre otros: Proyecto Forma Joven a través de las aulas de orientación, Elige y otros.

Desde los servicios comunitarios se desarrollan programas dirigidos a infancia y familia con programas específicos de educación para la salud en el medio educativos, desde las áreas de salud y educativa de las administraciones locales. Su finalidad sería reducir situaciones de riesgo en el ámbito comunitario.

Desde el ámbito educativo, la educación para la salud es una realidad que viene existiendo en los centros a lo largo de la última década, aunque se requeriría la elaboración de un plan de salud escolar para hacerla más efectiva. Desde la perspectiva de la ley orgánica del sistema educativo (LOGSE) el Ministerio de Educación y Ciencia en (1992) expresaba: "Una buena educación para la salud debe pretender que los alumnos desarrollen hábitos y costumbres sanos, que lo valoren como uno de los aspectos básicos de la calidad de vida y que rechacen las pautas de comportamiento que no conducen a la adquisición de un bienestar físico y mental "

El objetivo desde este nivel sería el desarrollo y diseño de estrategias para reducir factores de riesgo, o bien, reforzar factores personales que disminuyan la aparición del mismo. La escuela se situaría en un marco comunitario, como agente activo y promotor de salud y bienestar.

Nuestra finalidad sería utilizar, desarrollar y coordinar al máximo los recursos existentes y facilitar el acceso a éstos de aquellos sectores de población, que se encuentran en situaciones desfavorecidas, o bien, grupos de riesgo con condicionantes objetivos desfavorables para el desarrollo de la salud. A su vez desde estos programas y servicios establecer una relación muy estrecha con la docencia y así conseguir una implicación real y directa de todo el profesorado.

Si trabajamos en el desarrollo de los programas de educación para la salud implícita en los contenidos curriculares y tratamos de reforzar los recursos técnicos y materiales con sus actuaciones específicas estamos incidiendo en la línea de la prevención primaria en el maltrato infantil y violencia familiar. Entre los programas en el ámbito educativo podemos citar programa de prevención infantil, las escuelas o talleres de padres, educación para la salud escolar, habilidades sociales, planes de atención a la diversidad, planes para la paz y no-violencia; educación sexual entre otros. En la línea de recursos materiales se potencian los existentes como comedores escolares; campamentos; actividades lúdicas, deportivas y de tiempo libre; las residencias escolares. Desde otros sectores, planes de familias, ayudas domiciliarias, centros de día, planes de vivienda y planes de empleo.

Desde este artículo se quiere resaltar la importancia que el primer ciclo de educación infantil (0-3 años) tiene en estos temas. La necesidad de una reflexión que desde el ámbito educativo y de la salud debe realizarse en este espacio, con el planteamiento y la necesidad de establecer una atención temprana adecuada.

En la comunidad autónoma, en la orden del 17, de Julio del 95, se reflejaban directrices sobre organización y funciones de la acción tutorial del profesorado y departamentos de orientación. Destacándose, muy positivamente, la orientación con y hacia la familia y el acercamiento a las instituciones o centros de trabajo del entorno. Entre las principales funciones de orientación de los distintos servicios de Andalucía se señalan las "labores de atención temprana y prevención".

PREVENCIÓN SECUNDARIA

En un **segundo nivel de atención** se pretendería detener o paliar una situación de riesgo existente, mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado siempre que no exista un peligro para la vida del niño. Para ello, sobre la base de los indicadores recogidos o percibidos a través de los protocolos existentes y la valoración realizada de la situación se realizaría una toma de decisión que se protocolizaría en "**criterios de decisión**" con la finalidad de facilitar y clarificar que situaciones se derivan y hacia donde sobre la base de determinados criterios.

Ejemplos de los protocolos existentes tenemos: Protocolo para situaciones de riesgo en la infancia (ADIMA, 1993); Protocolo para situaciones de riesgo en la Infancia 0-3 años (Gil, Ana 1998); Instrumentos para la detección de 3-6 años (Díaz- Aguado et al, 2001). También se cuenta con otro instrumento para aplicarlo desde los 6-16 años (Díaz -Aguado et al. ,1996).

Partiríamos de un modelo colaborativo con el entorno y de consulta cuando fuera necesario con el S.A.N (Servicio de Atención al Niño) estableciéndose en este nivel y desde este organismo un Servicio especializado de apoyo a los centros educativos. De esta forma reforzaríamos el primer y segundo nivel de atención.

Al encontrarnos en el ámbito educativo, debemos priorizar, el partir de un contexto de apoyo a las familias y al niño favoreciendo, cuando la situación lo permita, las actuaciones de primer y segundo nivel. Se considera que si no se presta la atención que se requiere, en los primeros niveles de atención, y directamente se notifican situaciones al tercer nivel, nos centraríamos en un modelo autoritario y punitivo, con una excesiva intervención institucional en la vida de las familias y con unas consecuencias también maltratantes sobre las mismas.

Si sería necesaria la notificación al SAN, en él último nivel o prevención terciaria, o bien en este segundo nivel. Si al valorar la situación consideramos necesario un procedimiento de urgencia, por la gravedad de la misma, desde ese momento se optaría por el criterio de Notificación. Estas actuaciones ante situaciones de riesgo social serían válidas para todas las etapas y ciclos educativos, desde el primer ciclo hasta el último.

Criterios de decisión /permanencia

Serían aquellas situaciones que se dan en el medio educativo, donde se pudieran encontrar ciertas características maltratantes de carácter muy leve, mas bien educacionales por modelos educativos rígidos o bien por desconocimiento de las necesidades de cuidado y afecto que los niños necesitan, pueden citarse entre otras aquellas actitudes de exigencias excesivas en sus rendimientos etc. Son situaciones en las que fácilmente se encuentran profesores y orientadores en su trabajo diario y que con unas orientaciones y seguimiento adecuado, no requerirían su salida del medio educativo, ni siquiera la conexión con los servicios sociales del entorno.

Criterios de decisión /derivación

Se realizaría una buena coordinación y organización con una adecuada protocolización que favoreciese la apertura de canales de información entre los servicios educativos, sanitarios, y sociales de forma que se estimule una efectiva coordinación y se establezca un trabajo colaborativo entre los mismos y con ello se refuerce la red de recursos del entorno existente. Las derivaciones se establecerían a través de los trabajadores sociales de estos servicios haciendo constar la problemática o situación de riesgo.

-Servicios Comunitarios: Se tendrían como criterios para su derivación aquellos alumnos con indicadores de abandono, absentismo escolar, desventaja o deprivación social, o bien aquellas situaciones que precisan recursos o programas específicos; Ayuda domiciliaria, vivienda, seguimiento psicológico -social -familiar.

Desde este ámbito, también se estructuran los servicios o Equipos Especializados y los Equipos de Tratamiento de familias en riesgo, recientemente creados por convenios Junta de Andalucía y Ayuntamiento.

***USMI (Unidad de Salud Mental Infantil):** Se tendrían en cuenta como criterios de derivación a estos equipos aquellos alumnos de cuyas situaciones de riesgo destacamos indicadores de problemáticas psicológicas que requiriesen un estudio /valoración clínica de profundidad. o bien porque se requiera discriminar el diagnóstico

***EBAP (Equipo Básico de atención de Primaria, o Centros de Salud)** Se tendrían en cuenta como criterios de derivación a estos equipos aquellas situaciones de riesgo donde pudieran encontrarse indicadores de abandono o físicos con la presencia de alguna enfermedad o la necesidad de su diagnóstico, desconocimiento de tratamientos o incertidumbre en su evolución. Según el Decreto 195/85 de Ordenación de los servicios de atención primaria de Salud de Andalucía "los EBAP desarrollaran su actividad en colaboración y coordinación técnica y funcional con los servicios sanitarios especializados "

***EICAS (Equipo de Investigación de Casos de Abuso sexual)** Se tendrían en cuenta como criterios de derivación los indicadores que acusen sospecha de abuso sexual con conocimiento familiar y que requieren una valoración especializada. Otros criterios nos conducirían a la notificación al SAN por un procedimiento urgente.

***IAM (Instituto Andaluz de la Mujer)** Se tomarían como criterios de derivación aquellas situaciones leves de violencia familiar que precisan asesoramiento psicológico, legal y no se aprecian problemáticas en los alumnos que pudieran ser atendidas por otros servicios, de apreciarse requerirían también derivación a Usmi o bien, criterios de notificación.

Según la LODE, (Ley Orgánica del Derecho a la Educación 8/1985 de 3 de Julio) como ya se expuso en la Guía de atención al maltrato infantil (Adima, 1993) le corresponde al Director del centro la representación del mismo, por tanto le correspondería realizar las notificaciones respectivas. Ahora bien, ya que los orientadores en Educación Infantil y Primaria son un servicio de apoyo externo, sería conveniente que para facilitar la coordinación de todos los servicios el Jefe de Estudios representara la figura de coordinador de las actuaciones con los alumnos con estas problemáticas, al igual que lo es para otros alumnos con otras situaciones y a su vez colaborase en estrecha relación con el Orientador del centro, quien debería establecer las actuaciones a seguir.

PREVENCIÓN TERCIARIA

PROCEDIMIENTO DE URGENCIA. NOTIFICACIÓN

Se valora como urgente una actuación cuando nos encontramos ante una situación en la que corre riesgo la vida del menor y esta en peligro su integridad física o psíquica.

Debemos tener en cuenta que una situación de riesgo de un menor detectada anteriormente y llevada su seguimiento por un procedimiento de riesgo puede, en un momento dado, sea por que se agraven los factores de riesgo que intervienen o cualquier otra causa requerir de una actuación o procedimiento urgente.

Cuando cualquiera de los profesionales en el Centro Educativo o socioeducativo que considere que la integridad física y psíquica del menor corre un peligro real y cierto debe actuar de forma rápida y urgente.

Ahora bien, a través del Decreto de Asuntos Sociales 42/2002, de 12 de Febrero, del régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa y para el desarrollo de la Ley 11/1998 de 20 de Abril de los derechos y atención del menor, se establecen procedimientos para garantizar la efectividad de los derechos de los menores. Por lo que podríamos incluir en este ultimo nivel para el procedimiento de "Atención Automática" la función de **notificación** como criterio a seguir en este tipo de situaciones de riesgo elevado.

Ante una situación de riesgo social de especial gravedad, para asegurar la intervención inmediata y evitar que el menor vuelva a su casa, también se notificaría al San y no sería preciso su comunicación al Fiscal. Las situaciones de sospecha de abuso sexual desprendida de la consulta de sus indicadores o bien la certeza de los hechos requerían de este procedimiento.

La Dirección, tendría la obligación de comunicar la situación y su urgencia telefónicamente y por fax, a través de la hoja de Notificación al Servicio de Atención al niño de las Delegaciones provinciales de Asuntos Sociales. Adjuntando informe especializado si lo hubiera.

Ahora bien, tenemos la posibilidad de establecer otro criterio; como serian otras vías o recursos que establecen las leyes: la denuncia en el Juzgado o ante el Fiscal de Menores o acudiendo directamente a los servicios policiales.

En circunstancias determinadas ante la sospecha o presencia de daños físicos como llexiones; autolisis; cuadros psiquiátricos determinados, en donde por la celeridad y gravedad de los hechos no hay lugar a su notificación, se debería optar por el ingreso hospitalario para que el menor recibiera la atención especializada que requiera.

Sí consideramos que nos encontramos ante una situación de maltrato grave de violencia familiar se debe contactar con la mayor urgencia con el Instituto de la Mujer o bien con el Servicio de Policía para la mujer S.A.F (Servicio de atención a la familia) Ellos se encargaran de la protección familiar inmediata si así lo consideran.

De las actuaciones anteriormente seguidas deberían ser los Servicios respectivos quienes las comuniquen a la familia del menor. Posteriormente, el Director/a del centro informará a la Inspección correspondiente de su Centro de las actuaciones realizadas.

TRATAMIENTO

Debemos tener en cuenta en Educación el marco legislativo respecto a la Solidaridad y Atención a la Diversidad para plantear la necesidad de contemplar la situación escolar de estos niños y establecer las medidas educativas que los mismos requieran.

Situación de riesgo Alumnos de Protección, alumnos que han pasado por causas de judicialización o bien secuelas de maltrato aunque no haya existido judicialización, o bien se encuentran en tratamiento en otros servicios

Objetivo educativo específico sería: facilitar la integración y socialización y personalizar los procesos enseñanza /aprendizaje con el establecimiento de las medidas educativas que para lograr este objetivo el alumno requiera.

Objetivo de Coordinación con los servicios de tratamiento en su medio como pudieran ser: Equipos de tratamiento de familias en riesgo (Servicios sociales); Unidades de tratamiento hospitalarias; Usmi (unidad salud mental infantil); Eicas (tratamiento Abuso sexual); Amubi

Objetivo de seguimiento y evaluación para establecer si las medidas educativas tomadas son adecuadas o precisan modificación o cambios.

CONCLUSIONES

MODELO PREVENTIVO - INDICADORES - CRITERIOS

EDUC./FORMACIÓN - PERMANENCIA -DERIVACIÓN - NOTIFICACION -TRATAMIENTO

- Este modelo preventivo fue expuesto en la mesa redonda (Gil, Ana, Modelo de Actuación Preventivo) en las jornadas sobre "Sectores profesionales ante le maltrato infantil" que tuvo lugar en Camas (Sevilla) en Mayo del año 2000, después de revisar el modelo que planteábamos en la Guía del maltrato infantil (1993)

Recientemente se plantea su revisión al modelo preventivo con la finalidad de aunar esfuerzos y plantear posibles estrategias comunes ante la reciente publicación del Decreto 42/2002, de 12 de Febrero, de Asuntos Sociales, donde se establecen dos procedimientos que podrían sintonizar en los mismos procesos y procedimientos con Educación. De esta forma se actuaría con una finalidad **preventiva e integral**, desde el **abordaje conjunto** de todas las administraciones en la protección de la infancia en riesgo social.

- Favorecer la red de recursos del ámbito comunitario, donde los mayores esfuerzos se dediquen a favorecer las actuaciones preventivas del primer nivel, dándole un empuje a **la educación para la salud**, implícita en los contenidos curriculares. Con la necesidad de intervenir desde el primer ciclo de Educación Infantil, satisfaciendo una atención temprana adecuada. A su vez se produciría un feeb-back en la escuela que favoreciese **actitudes de buenas prácticas o buen trato**, estableciéndose formulas de participación que propiciaran ambientes de bienestar en el contexto educativo. Para ello sería interesante el configurar el diseño de estrategias en un **plan preventivo**

- Desde el segundo nivel, las actitudes preventivas se canalizaran en la utilización de los "**criterios de decisión** " con la finalidad de clarificar que situaciones se derivan y hacia donde, en función de los indicadores y la situación. De forma que al situarnos en el marco educativo trabajemos desde un contexto de apoyo a la familia. En un modelo fundamentalmente preventivo, no autoritario y punitivo. Evitando notificaciones constantes al tercer nivel, que producen en muchos casos una excesiva intervención institucional en la vida de las familias, con consecuencias estigmatizantes y maltratantes para las mismas.

- Establecer en el SAN, en un segundo nivel, una **función de consulta especializada y de apoyo a los centros educativos**, estableciéndose para el **último nivel** una **función de notificación** cuando las situaciones de riesgo requieran un procedimiento urgente.

La necesidad de contemplar **el tratamiento** adecuado en estos alumnos con **las medidas educativas necesarias** y la coordinación con otros servicios de tratamiento con la finalidad de facilitar su integración **socialización** y **personalizar sus procesos de enseñanza aprendizaje**.

Desde el Punto de vista de la orientación, nos encontramos con **un modelo de consulta colaborativo**. El Orientador es consultado y a su vez consulta otras fuentes o servicios del entorno

Se plantea la figura del **Jefe de Estudios** como **coordinador** de las actuaciones del centro para alumnos con situaciones de riesgo social.

- **Estimular una efectiva coordinación y colaboración** entre los servicios educativos y los de tipo social, sanitario y legal. De forma que se favorezca la apertura de canales de información y formación entre ellos y se protocolicen sus actuaciones.

Bibliografía consultada:

-Marcos legislativos de las diferentes Administraciones.

-Guía para la atención al maltrato infantil (ADIMA, 1993)

-Manual de orientación y acción tutorial. Edit.Praxis. Barcelona

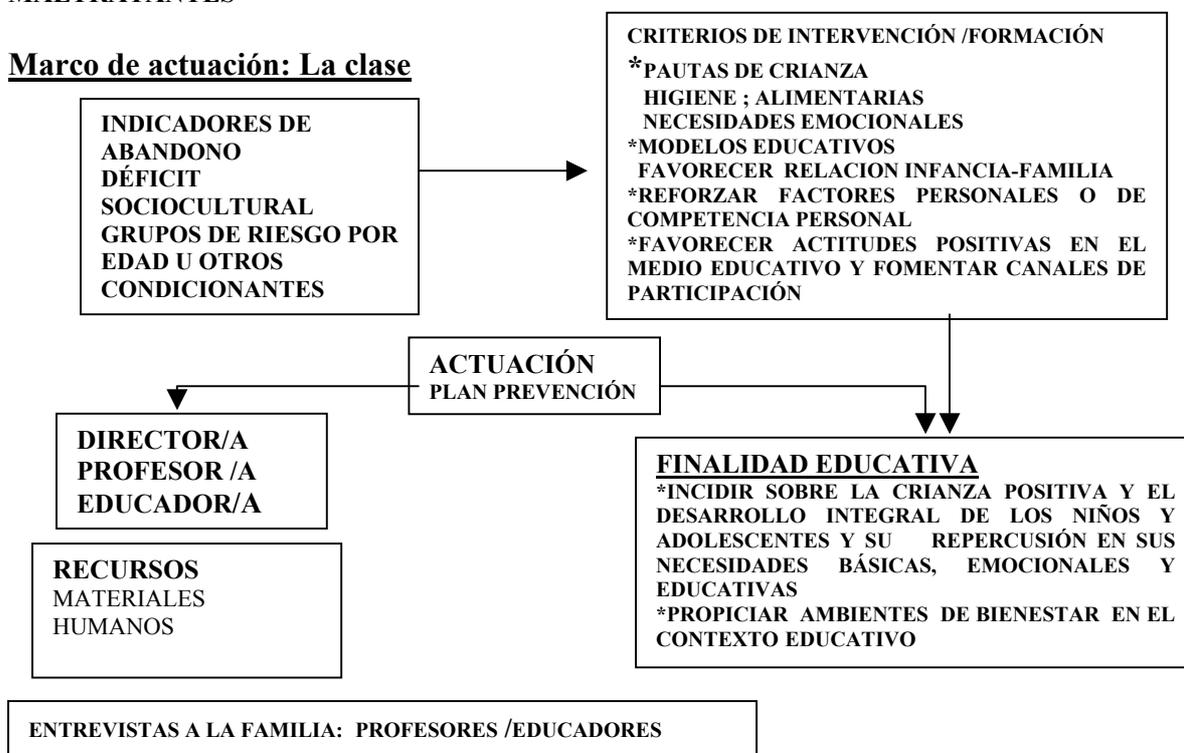
Ana Gil Lavado, Psicóloga, Delegación Provincial de Educación de Sevilla. Consejería de Educación y Ciencia Andalucía E.O.E. Sevilla -Hispalis, Avda. San Juan de la Cruz s/n Sevilla, Telf.954920269 email anagil@supercable.es

PROCEDIMIENTO DE RIESGO PARA CENTROS EDUCATIVOS Y SOCIOEDUCATIVOS (0-3)

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

SITUACIONES DE ALTO RIESGO QUE NO HAN CONCLUIDO EN EPISODIOS MALTRATANTES

Marco de actuación: La clase



**TALLERES DE PADRES -PROGRAMAS ESPECIFICOS
CON EL ALUMNADO Y PROFESORADO**

Coordinados con: Personal especializado

**DELEGACIÓN DE
EDUCACIÓN
EOEs, ORIENTADORES
SECUNDARIA, E.ATEN
CIÓN TEMPRANA(0-3)
Campañas sensibilización
Programas de prevención
educación infantil
Modelos educativos
Habilidades sociales
Educación para la salud
Plan paz y no violencia
Adicciones
Aulas de orientación
Educación sexual
Comedores
Formac. en indicadores**

El SERVICIO DE SALUD programas:

- Programa salud materno-infantil
- Programa atención salud infantil (Seguimiento del desarrollo del niño, vacunaciones, detección precoz, etc)
- Programa salud escolar: promoción de la salud; higiene buco-dental; alimentación
- Prevención y actuación accidentes centros docentes

**AYUNTAMIENTO Área
Educativa y salud (Salud
escolar)
SERVIC. COMUNITARIOS
(Ayudas, Talleres, Centros
Actividades deportivas,**

**Otros Sectores
Planes de vivienda
Planes de empleo, etc
Medio ambiente**

**DELEGACIÓN ASUNTOS
SOCIALES**

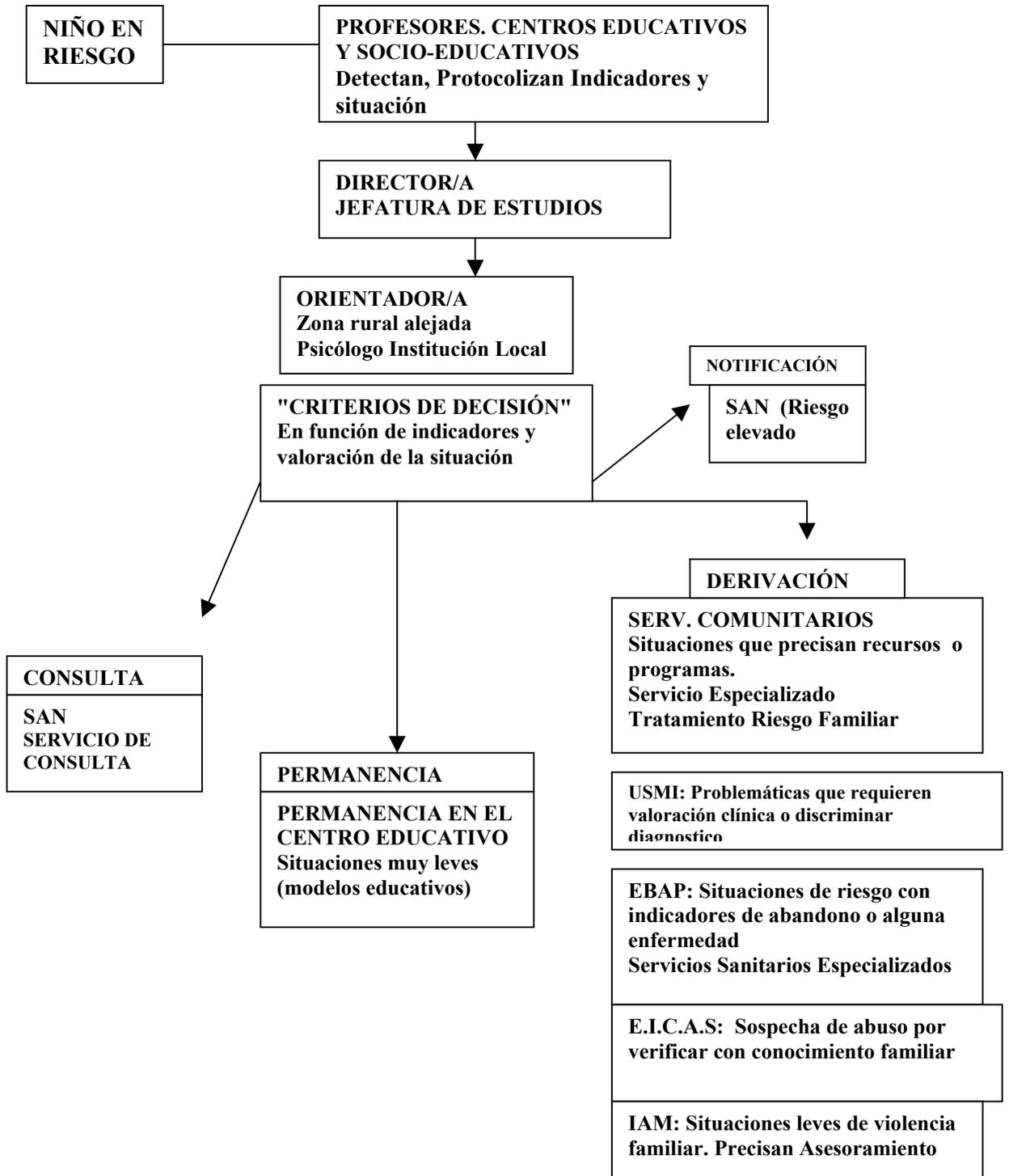
**Psicólogos / as Infancia y familia
Planes específicos familia-infancia**

PREVENCIÓN SECUNDARIA

**PROCEDIMIENTO DE RIESGO PARA CENTROS EDUCATIVOS Y SOCIOEDUCATIVOS
(0-3)**

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

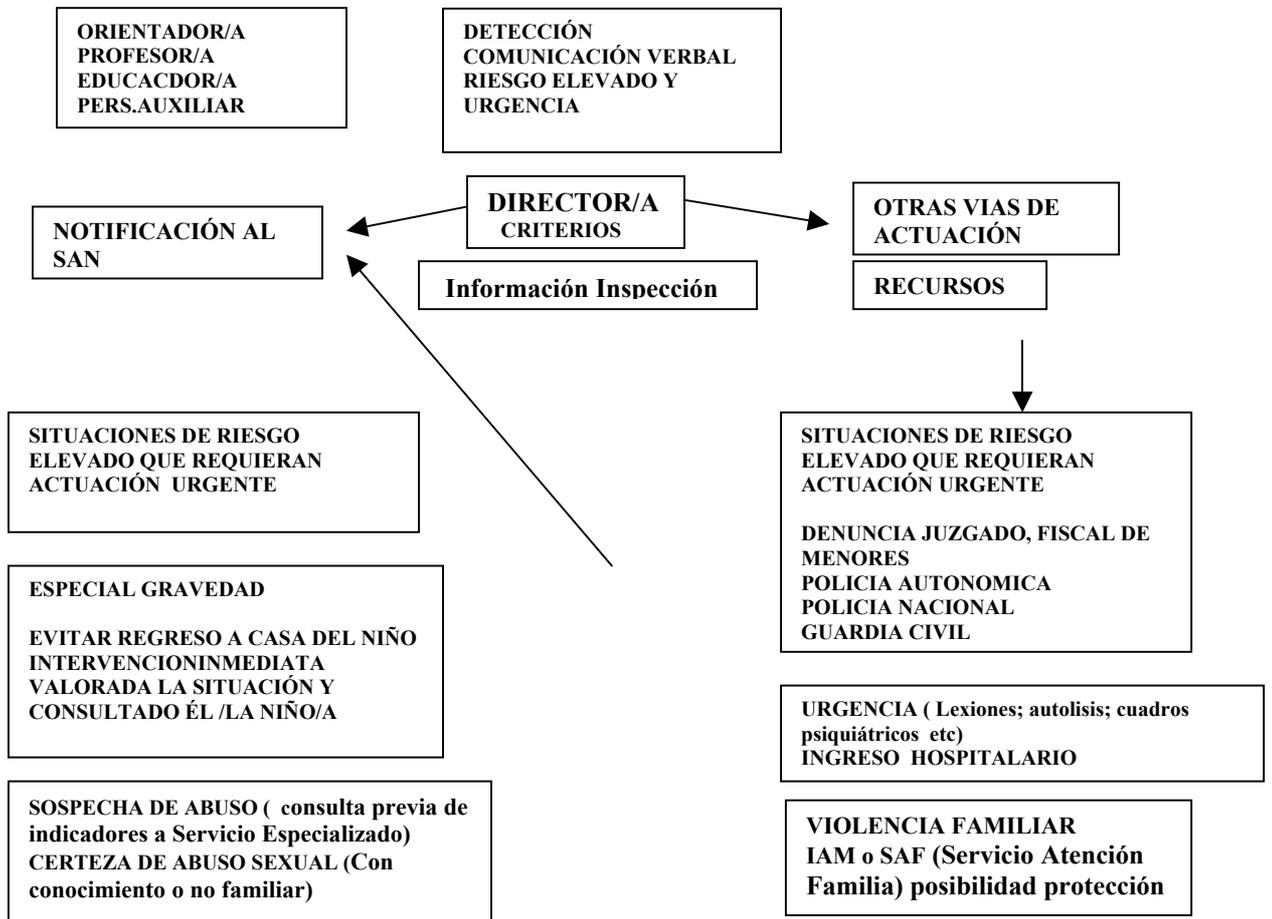
SITUACIONES DE RIESGO DONDE SE SOSPECHA QUE PUEDE DARSE ALGÚN TIPO DE MALTRATO O QUE SE ESTÁ PRODUCIENDO



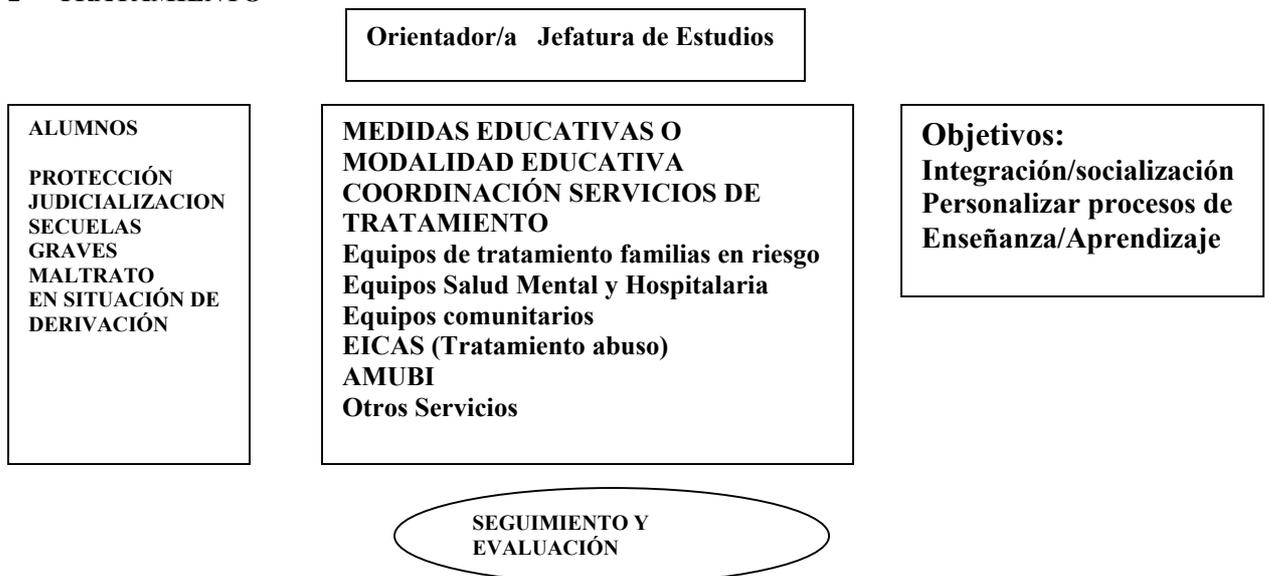
PROCEDIMIENTO DE URGENCIA PARA ALUMNOS EN RIESGO EN CENTROS EDUCATIVOS Y SOCIOEDUCATIVOS (0-3)

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN / NOTIFICACIÓN

SITUACIONES DE GRAVEDAD DONDE SE ENCUENTRA EN PELIGRO LA VIDA DEL MENOR O SU INTEGRIDAD FÍSICA O PSÍQUICA



2ª TRATAMIENTO



VI Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada

"El Trato institucional a la infancia.
Respuestas en el Siglo XXI"



PONENCIAS





PRESENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN CONTRA LA EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

INTRODUCCIÓN.

La explotación sexual infantil no es un fenómeno reciente. Sin embargo, en los últimos años, la alarma social ante esta realidad ha crecido de manera significativa a la vez que se ha adquirido una mayor conciencia de la necesidad de una actuación a escala internacional intensificando la colaboración entre los gobiernos, organizaciones internacionales y demás sectores de la sociedad en lucha contra este tipo de violación de los derechos fundamentales de una población tan vulnerable como es la infancia y la adolescencia

Las acciones emprendidas contra esta realidad se enmarcan en un contexto de decidida defensa de los derechos contenidos en la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (1989), incorporada al ordenamiento jurídico español tras su ratificación, que nos obliga a proteger al niño¹ contra toda forma de explotación y abuso sexual, entre otras, y a adoptar todas las medidas necesarias para impedir:

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
- b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales

ilegales;

- c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

La explotación sexual comercial infantil se define como aquella utilización sexual de niños, niñas y/o adolescentes a cambio de una remuneración u otra contraprestación entre el niño/a, el cliente, el intermediario o agente y otros que se lucren con la trata de niños para esos fines.

Las tres formas de explotación sexual han sido establecidas por Naciones Unidas de la forma siguiente:

- a) Prostitución infantil: "La acción de contratar u ofrecer los servicios de un niño para realizar actos sexuales a cambio de dinero u otra contraprestación con esa misma personas u otra".
- b) La trata y venta de niños con fines sexuales dentro de un mismo país o entre países: La Convención suplementaria sobre la esclavitud, la trata de esclavos y las instituciones y prácticas análogas de la esclavitud de 1956 define la venta de niños como la transferencia de un niño de una parte a la otra con cualquier propósito a cambio de compensación financiera o de cualquier otro tipo.
- c) Pornografía infantil: "La representación visual de un menor de 18 años en un acto sexual explícito, real o simulado, o en una exhibición de los órganos genitales, para el placer sexual de un usuario".

¹ A los efectos de esta Convención se entiende por niño a todo ser humano menor de dieciocho años salvo que, en virtud de la Ley que le sea aplicable, alcance antes la mayoría de edad o emancipación.



Una de las principales cuestiones en este sentido ha sido establecer bases legales para garantizar el respeto de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes que vienen siendo constantemente conculcados. La prevalencia del trabajo forzado, la servidumbre, la participación de los niños en conflictos armados, la explotación laboral, el abuso y el maltrato, el turismo sexual con niños y adolescentes como objetivo, su utilización con fines pornográficos, etc. son lacras del mundo globalizado del siglo XXI, y lo son, porque no se circunscriben a áreas del mundo específicas ni son producto de cultura, etnia o religión concreta, sino que aparecen en cualquier lugar, atendiendo fundamentalmente a variables económicas. Los países con menor *renta per capita* son los que ofrecen cifras más altas de trabajo y explotación infantil, incluyendo la sexual (oferta); mientras que en los países ricos el problema se centra en la demanda de pornografía y turismo sexual con menores de edad como objetivo.

Poco se conoce de la magnitud de este fenómeno, pero lo cierto es que a través de redes organizadas, millares de niños y niñas se ven abocados u obligados a ofrecer su cuerpo. A la complejidad de este fenómeno se añaden las situaciones y valoraciones propias del contexto histórico - social y cultural de cada sociedad en concreto, por lo que, además de la colaboración internacional y de todos los sectores y organizaciones nacionales y locales, es imprescindible un fuerte compromiso social y sensibilización ciudadana.

PROPUESTA DEL PLAN DE ACCIÓN.

El compromiso de elaborar un Plan Nacional de Acción tiene su precedente de la Declaración y el Programa de Acción Mundial del I Congreso contra la Explotación Sexual Comercial Infantil (Estocolmo, 1996). Se prevé que este Plan de Acción tenga una vigencia de dos años (2002/03) según aprobó el Pleno del Observatorio de la Infancia, órgano colegiado adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Acuerdo de Consejo de Ministros de 12 de Marzo de 1999), en diciembre de 2001.

Su objetivo inmediato es identificar líneas de acción a nivel estatal. Se debe señalar la dificultad de separar las acciones dirigidas a combatir la explotación sexual comercial *cuyo fin es la satisfacción individual del propio explotador*, de las que se dirigen a luchar contra los desplazamientos de niños/as y adolescentes con fines ilícitos, y de las que se desprenden del deseo de tener un hijo eludiendo los procedimientos legalmente establecidos en materia de adopción.

Es importante destacar que el compromiso era presentar este Plan en el II Congreso Internacional de Explotación Sexual Comercial Infantil (Yokohama –Japón) centrado en ese marco concreto y no en otro de mayor rango, como sería deseable, aunque al concentrar los esfuerzos hacia un fin claramente delimitado es factible que aumente la eficacia de sus medidas.

Este tipo de explotación se plasma en actos que tienen consideración de **delitos**. Como punto de partida, la explotación sexual de menores con



finés lucrativos tiene las siguientes manifestaciones: **Pornografía infantil, Prostitución de menores, Redes organizadas de abusos sexuales, Tráfico de menores con fines de explotación sexual, Turismo sexual.**²
El Plan aborda estas situaciones en **nuestro país** y, al mismo tiempo,

² **PORNOGRAFÍA INFANTIL** : Comprende las siguientes actuaciones :

- Utilizar menores de edad con fines o en espectáculos exhibicionistas o pornográficos, tanto públicos como privados o financiación de esta actividad. (art. 189.1. a) del Código Penal)
- Utilizar menores de edad para elaborar cualquier clase de material pornográfico o financiar esta actividad. (189.1. a))
- Producir, vender, distribuir, exhibir (o facilitar el desarrollo de estas actividades), por cualquier medio, material pornográfico en cuya elaboración hayan sido utilizados menores, aunque el material tuviera su origen en el extranjero o fuera desconocido. (189.1. b))
- Estar en posesión de material pornográfico en cuya elaboración hayan sido utilizados menores con el propósito de producirlo, venderlo, distribuirlo o exhibirlo, o facilitar estas actividades. (189.1. último párrafo).

PROSTITUCIÓN: Comprende las siguientes actuaciones :

- Inducir, promover, favorecer o facilitar la prostitución de una persona menor de edad. (187.1)
- Determinar, empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de la víctima, a un menor de edad a ejercer la prostitución o mantenerse en ella. (188. 4 en relación con el 188.1)

TRÁFICO DE MENORES CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL :

- Favorecer la entrada, estancia o salida del territorio nacional de personas menores de edad con el propósito de su explotación sexual empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de la víctima o para iniciarla o mantenerla en una situación de prostitución. (188.4 en relación con el 188.2)

REDES ORGANIZADAS DE ABUSOS SEXUALES:

Se pueden considerar comprendidos en este grupo los delitos contra la libertad e indemnidad sexual de menores (Título VIII) en los que concurre el delito de asociación ilícita (515) ; y en particular delitos relativos a prostitución cuando el culpable pertenezca a organización o asociación que se dedique a la realización de estas actividades (187.3) y delitos de utilización de menores con fines pornográficos cuando el culpable pertenezca a organización o asociación que se dedique a la realización de estas actividades (189.2).

TURISMO SEXUAL

Si bien no está contemplado como un delito específico, una de las manifestaciones más denunciadas de esta explotación sexual de menores tiene lugar cuando esta actividad se ofrece como reclamo para los turistas amparándose en su impunidad. La reforma operada por Ley Orgánica 11/1999 también afecta al artículo 23 de la LOPJ para ampliar la extraterritorialidad de la ley penal española cuando el delito se comete en el extranjero a los supuestos de prostitución y corrupción de menores.

tiene la voluntad de colaborar a su erradicación fuera de nuestras fronteras a través de la **cooperación internacional**. Para ello establece objetivos y propone medidas como el optimizar los recursos sociales que contribuyan a paliar las consecuencias ocasionadas en las víctimas.

En la ejecución de las acciones que se contemplan en el Plan, confluyen competencias que son del Estado y otras, propias de las Comunidades Autónomas. Los receptores de estas medidas, afectados por situaciones de venta, prostitución o pornografía infantil, son menores de edad en situación de riesgo o desamparo y son los organismos públicos los encargados de su protección, atención y bienestar. Adquieren un importante papel en este cometido las Organizaciones No Gubernamentales con un fin social similar. Por ello, el diseño de este Plan se ha llevado a cabo en estrecha colaboración entre los distintos niveles de las administraciones públicas. Las Comunidades Autónomas y la Federación Española de Municipios y Provincias, que conocen y gestionan recursos y saben de las necesidades específicas de sus territorios, complementarán las medidas recogidas elaborando sus propios planes en sus ámbitos de competencias, potenciando actividades que ya vienen desarrollando las Corporaciones Locales. Igualmente, se ha contado con ECPAT-España, con UNICEF- Comité Español y con la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), que han contribuido a identificar acciones a desarrollar y a recopilar la información necesaria para realizar un diagnóstico de la situación en nuestro país. Todas estas entidades intervendrán también en el seguimiento y

evaluación de los compromisos adquiridos en las acciones programadas.

Se intentará contar con la percepción social, así como la de colectivos específicos relacionados con este tema. Además es imprescindible llamar a la cooperación de los medios de comunicación. Sólo la implicación de todos estos agentes podrá asegurar el cumplimiento de los objetivos del Plan.

En el ámbito estatal, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha promovido la creación del Observatorio de la Infancia a través de la Dirección General de Acción Social, del Menor y de la Familia con los objetivos de:

- * Conocer la situación de la población infantil, su calidad de vida y los cambios que se pueden producir en esta.
- * Proponer políticas sociales tendentes a desarrollar mejoras en los ámbitos que afectan a la infancia.

Sus miembros representan a la Administración General del Estado, Comunidades Autónomas, Administraciones Locales y Organizaciones no Gubernamentales de Infancia.

Este Observatorio es **elemento clave en el Plan**, pues va a actuar como punto focal de su ejecución y seguimiento a través del **Grupo de Trabajo** dedicado al **Maltrato Infantil**.

ACTUACIONES REALIZADAS EN ESPAÑA DESDE EL CONGRESO MUNDIAL DE ESTOCOLMO (1996-2001)

El Congreso de Estocolmo de 1996 supuso la adopción de diversas medidas orientadas a dar cumplimiento a su Plan de Acción (1996-2001) y dirigidas a las siguientes áreas de actuación:

* Adecuación de la legislación nacional:

El Código Penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, ha tenido una modificación importante en materia de delitos contra la libertad e indemnidad sexual y protección a las víctimas de malos tratos.

Esta modificación se realizó en primer lugar en la Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro II (delitos contra la libertad sexual). Como se señala en la Exposición de Motivos, las directrices que han guiado su redacción coinciden con las expresadas en la Resolución 1099 (1996), de 25 de septiembre, relativa a la explotación sexual de los niños, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Al mismo tiempo, se cumple con el compromiso contenido en la Acción Común de la Unión Europea de 29 de noviembre de 1996 de revisar la legislación nacional vigente relativa, entre otros extremos, a la explotación sexual o abusos sexuales cometidos con niños y a la trata de niños con fines de explotación o abuso sexual, previendo para las mismas penas eficaces, proporcionadas y

disuasorias, y ampliando los fundamentos de la competencia de los Tribunales propios mas allá del estricto principio de territorialidad.³

Posteriormente, la Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, introdujo a su vez una serie de modificaciones legales para mejorar la protección a las víctimas de malos tratos. Una de las mas relevantes, desde el punto de vista de la infancia, es la modificación de la ley de enjuiciamiento criminal para proteger a los niños en el curso del proceso judicial y evitar en lo posible la doble victimización que sufren con el proceso. Así, se introduce la posibilidad de que el Juez, cuando el testigo en el proceso sea un menor de edad, y para minorar las posibles

³ 1.- Las principales modificaciones operadas con la Ley Orgánica 11/1999 son las siguientes:

- * Se endurecen en general las penas para los delitos que atentan contra la libertad sexual.
- * Se extiende el principio de justicia universal, de forma que los tribunales españoles podrán juzgar también los delitos relativos a la prostitución y corrupción de menores cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional. Asimismo, se matiza el requisito de que el hecho sea punible en el lugar de ejecución, que deja de ser exigible cuando no resulte necesario en virtud de Tratado internacional o de un acto normativo de una Organización internacional de la que España sea parte.
- * Penaliza el tráfico de personas con propósito de explotación sexual hacia dentro o fuera del territorio nacional.
- * En cuanto a la edad del menor víctima de abusos sexuales, se eleva a trece años la edad hasta la que su consentimiento se considera irrelevante a efectos de la penalización de estas conductas.
- * Se introduce nuevamente el delito de corrupción de menores.
- * Se recupera la denominación de "violación" para determinadas agresiones sexuales.
- * Se castiga la utilización de menores para elaborar material pornográfico, así como la producción, venta, distribución, exhibición de material pornográfico de estas características, e incluso la tenencia del mismo, cuando su objeto es la realización de las conductas anteriores.
- * En determinados delitos, en los que la víctima es un menor de edad (homicidio, aborto no consentido, lesiones, malos tratos, detenciones ilegales, torturas y otros delitos contra la integridad moral, contra la libertad sexual y contra la intimidad), el conjunto de los plazos de prescripción de aquéllos comenzará a contarse desde que la víctima alcance la mayoría de edad.
- * Se reforma también la figura del acoso sexual en el ámbito de una relación laboral, docente o análoga, que hasta ahora sólo contemplaba la acción que provenía de un superior jerárquico, ampliando las circunstancias que pueden llevar a considerar una conducta como tal acoso, y por tanto, acreedora de sanción penal.

consecuencias negativas que su participación en el proceso puede ocasionarle, acuerde que sea interrogado evitando la confrontación visual con el inculpado, utilizando para ello cualquier medio técnico o audiovisual que haga posible la práctica de esta prueba. Asimismo, se dispone que sólo de forma muy excepcional se podrán practicar careos con testigos que sean menores de edad.

La expansión de nuevas formas delictivas apoyadas en las nuevas tecnologías ha determinado la creación de cuerpos especializados en las fuerzas de seguridad del Estado: Grupo de Delitos de Alta Tecnología en la Guardia Civil y el Grupo de Delitos Informáticos de la Policía.

También el marco jurídico internacional ha prestado una atención especial al problema de la explotación sexual infantil y, nuestro país, se ha sumado a este desarrollo. Es destacable la ratificación por España del Convenio 182 de la OIT para la erradicación de las peores formas de trabajo infantil (BOE 17 de mayo de 2001) y la firma de los Protocolos Facultativos a la Convención sobre los Derechos del Niño sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (BOE, 31 de enero 2002) y sobre los niños en los conflictos armados (Pendiente publicación).

* Cooperación internacional:

Los programas de cooperación para prevenir la explotación sexual de la infancia se financian dentro de las contribuciones de AECI (Agencia española para la cooperación internacional) al programa IPEC de la OIT “Erradicación del trabajo infantil en Iberoamérica”.

En la Comisión Mixta España-OIT de 2000 la AECI anunció su disposición para financiar una segunda fase del programa IPEC en Iberoamérica, de cuatro años de duración (2001-2004) y una contribución total de 7.000.000 de dólares. Desde 1998, el programa ha entrado en una fase operativa directa en favor de los niños y niñas sometidos a situaciones de máximo riesgo, mediante los llamados Proyectos de Acción Directa, ocupando el primer lugar la eliminación de la prostitución y explotación sexual de los menores.

No es fácil indicar qué proporción de los recursos se dedica expresamente a combatir el problema de la explotación sexual de la infancia, pero una estimación razonable lo cifra en un 16%, por lo que en la primera fase del IPEC se dedicaron a este problema aproximadamente unos 2.100 millones de pesetas. La segunda fase del Programa, que incluye casi exclusivamente la ejecución de Proyectos de Acción Directa, elevará dicho porcentaje a un 24% como mínimo (unos 1.700 millones de pesetas). Por lo tanto, en todo el Programa IPEC (1ª y 2ª fases) se estima que la cantidad destinada a combatir el problema de la explotación sexual de la población menor de edad será de unos **3.800 millones de pesetas (unos 23 millones de Euros)**.

* Sensibilización y formación

En octubre de 1996 se celebró un seminario, organizado por el MTAS (DGASMYF), sobre “La explotación sexual comercial de la infancia tras el Congreso de Estocolmo”. Sus objetivos eran difundir y analizar la Declaración y el Programa de Acción aprobado en el Congreso de Estocolmo; estudiar en el contexto español aspectos como el papel de la legislación y de la coacción legal, la importancia de los valores sociales, el turismo sexual, etc.; e identificar maneras de despertar la conciencia pública respecto a la naturaleza del problema en nuestro país.

También es preciso destacar la colaboración del MTAS en la celebración de otros seminarios y jornadas relacionadas con esta temática, como la desarrollada, en mayo de 1998, en el curso del seminario sobre “El uso de INTERNET para la promoción y protección de los derechos de la infancia”, organizadas por el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Comité Español de UNICEF.

* Investigaciones, Estudios y Publicaciones:

Durante este periodo se ha realizado un gran esfuerzo para dar a conocer los efectos y repercusiones en la infancia de los comportamientos que generan una vulneración de los derechos relacionados con su intimidad y dignidad desde diversas perspectivas.

Profundizar en estos problemas presenta una gran dificultad puesto que todavía están muy silenciados y se detectan muchas lagunas metodológicas para su abordaj. Los que lo padecen, muchas veces no se atreven a hacerlo explícito en el momento que ocurre, y los que lo han padecido, pueden presentar los riesgos derivados de una distorsión en su forma de recordarlo. En este sentido, se han publicado dos investigaciones: "Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores", (1997) y "Prevención de abusos sexuales a menores" Unidades Didácticas para padres, madres, educadores y medios de comunicación, de Felix López Sánchez.

En el marco de cooperación con las Administraciones Autonómicas, a través de los convenios co-financiados de colaboración para la realización de Programas Experimentales de Prevención en situación de riesgo y tratamiento de familias en cuyo seno se producen malos tratos, se han publicado, en la colección Materiales de Trabajo, memorias técnicas de estos programas.

Con respecto a las publicaciones que merecen destacarse en nuestro país, se podrían mencionar: "Chicos. Abuso sexual y tratamiento", elaborada por Save The Children y publicada por MTAS y la edición, por parte de numerosas Comunidades Autónomas, de guías y materiales, dirigidos a la prevención del abuso sexual a los niños.

Finalmente, se ha realizado un estudio con la Universidad Pontificia de Comillas, consistente en la recogida sistemática de información de la legislación nacional y autonómica vigente en nuestro país, así como de

los Programas cofinanciados que se llevan a cabo en todos los niveles de las administraciones públicas e iniciativa social dirigidos al mismo fin.

* Medidas sociales para ayudar a los niños y niñas en riesgo social:

Por una parte, a través de convenios de cooperación entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y las Comunidades Autónomas, se financian programas dirigidos a la infancia como son los Programas de Apoyo a familias en situaciones especiales y los Programas experimentales en el ámbito de la infancia maltratada.

Además las Administraciones Locales, especialmente desde los Servicios Sociales de Atención Primaria, detectan y orientan la intervención desarrollando programas preventivos con niños en centros escolares, con padres y profesores y desarrollan procesos de rehabilitación de los niños afectados en su entorno más próximo (escolar, familiar y social)

Por otra parte, se financian programas y proyectos sociales realizados por ONGs a través de la convocatoria de ayudas y subvenciones con cargo a la asignación tributaria del IRPF y, por otra parte, la convocatoria de subvenciones sometidas al régimen general del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IV. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

Es difícil cuantificar estadísticamente el número de casos existentes en nuestro país por explotación sexual a menores de 18 años, al no existir todavía un registro unificado y centralizado de detección y notificación del maltrato infantil. En este momento, dentro de las actividades realizadas en el Observatorio de Infancia, se encuentran publicadas las hojas de detección y registro de casos en los diferentes ámbitos de actuación (sanitario, educativo, policial, servicios sociales, etc.).

Con respecto a los casos registrados que guardan relación con pornografía infantil y el tráfico de imágenes, suministrada a través de Internet, la Dirección General de la Policía cuenta con la Brigada de Delitos de Nuevas Tecnologías, dotada por personal cualificado y medios adecuados para la detección, investigación y persecución contra la pornografía infantil. Igualmente la Guardia Civil dispone de un Departamento especializado en delitos informáticos.

El Instituto Nacional de Estadística, con el objeto de complementar la información existente, facilita, en esta primera fase, los siguientes datos:

Prostitución de menores

1997 ...	6
1998 ...	7
1999 ...	2
2000 ...	8

Estupro

1997 ...	31
1998 ...	283
1999 ...	389
2000 ...	383

En las cifras de "estupro" se observa una discontinuidad de las cifras entre 1997 y 1998. Ello se debe a la modificación del Código Penal en el sentido de cambiar el concepto de corrupción de menores por el de estupro.

Fuente: INE, Estadísticas Judiciales. Datos obtenidos a través de los boletines de condenados que cumplimentan los Juzgados de lo Penal y las Audiencias Provinciales.

Los datos de 2000 son provisionales.

Dado el carácter heterogéneo de los datos suministrados por las distintas fuentes, se considera prioritario para el desarrollo del presente plan, proponer la realización de un estudio estadístico para conocer de forma fidedigna la dimensión del problema en nuestro país.

V. PLAN NACIONAL CONTRA LA EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

OBJETIVOS GENERALES Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

El Plan se articula en torno a 7 objetivos:

- 1. Conocimiento de la REALIDAD sobre la explotación sexual en nuestro país y tratamiento, intercambio y divulgación de la información para optimizar su eficacia.**

Objetivos concretos

- Difusión del **Sistema de Información sobre la Infancia** entre todas las instituciones públicas y privadas que intervienen directa o indirectamente en la lucha contra la explotación sexual de menores para favorecer el conocimiento del marco legislativo y de los programas que se están desarrollando a favor de la infancia.

Tratamiento unificado de las **estadísticas** que afectan a los distintos aspectos del problema. Se considera de interés para el Plan Nacional de Acción contra la Explotación Sexual Infantil, la creación del Registro de Menores Extranjeros, previsto en el Art. 60.2 del Reglamento de Ejecución de la Ley Orgánica 8/2000, de Reforma de la L.O. 4/2000, que dependerá de la Dirección General de Policía, y funcionará a efectos puramente identificadores de los menores en situación legal de desamparo; la información que contenga será puesta a disposición de los órganos de las Administraciones públicas para el ejercicio de competencias en materia de extranjería.

- Análisis y desarrollo de **investigaciones** que permitan construir una mejor comprensión del problema y de sus aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos, y que contribuyan a mejorar y ampliar el conocimiento sobre los distintos aspectos que confluyen en estas situaciones.
- Elaboración de materiales divulgativos que faciliten el **intercambio de información**. (Explotación óptima de la información.)

2. SENSIBILIZACIÓN y movilización social, PREVENCIÓN de situaciones de explotación sexual de menores, prestando especial atención a los grupos de riesgo.

Objetivos concretos

- Sensibilización e información acerca de la ESM.
- Extender y desarrollar la formación en salud sexual en el ámbito educativo (programas dirigidos a niños y adolescentes)
- Promoción de programas sociales que se dirijan especialmente a los grupos de riesgo (inmigrantes, bolsas de pobreza)
- Atención especial a los menores .que pueden estar en riesgo de caer en situaciones de explotación sexual mediante actuaciones dirigidas a potenciar su autoestima.
- Creación de espacios e instancias de participación de los menores afectados y de menores en riesgo para que tomen parte en los problemas y circunstancias que los aquejan. Es prioritario construir una cultura participativa para los niños, niñas y adolescentes.
- Rehabilitación de agresores a través de su tratamiento en programas específicos.

La prevención primaria de la explotación de la infancia y adolescencia tiene que dirigirse necesariamente a la educación (acceso a la educación básica, educación en valores de respeto a la dignidad de la persona, derechos humanos, etc.) y a combatir la pobreza, especialmente en los países en los que constituye una verdadera lacra, y la trata de personas. Estos factores están interrelacionados: la educación es decisiva para

combatir la pobreza y la pobreza es causa directa o caldo de cultivo idóneo para la trata de personas. Por ello, el recientemente aprobado Plan Nacional para la Inclusión Social es un instrumento importante en la prevención de la explotación sexual de menores.

Además de esta prevención orientada a largo plazo es preciso desarrollar otros mecanismos específicos de prevención. Uno de ellos consiste en dar visibilidad al problema de la explotación sexual de menores, a los efectos de que la opinión pública tome conciencia de que realmente existe y de su gravedad. Es uno de los primeros pasos para su prevención y para la ruptura del sistema de marginación que lo reproduce.

3. Perfeccionamiento y articulación de mecanismos de DETECCIÓN Y DENUNCIA, especialmente de aquéllos que sean accesibles para los propios menores afectados o implicados en estas situaciones.

Objetivos concretos

- Difusión de los recursos existentes para denunciar y poner en conocimiento de las autoridades la posible existencia de situaciones de explotación sexual de menores: policía, servicios sociales, secciones del Menor en Fiscalías, etc.
- Elaboración de sistema de detección para profesionales de distintas áreas
- Disposición de líneas telefónicas de ayuda a los niños en situación de riesgo.

4. Establecimiento de un MARCO LEGISLATIVO/JURÍDICO idóneo para combatir la explotación sexual de menores, tanto en el nivel nacional como internacional.

Aún cuando el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información, y en concreto la navegación a través de Internet, ha supuesto un innegable avance en las comunicaciones y gestión del conocimiento, no cabe duda de que se hace necesario un marco legislativo que regule su utilización para prevenir, y/o combatir, situaciones de riesgo para los menores usuarios de la Red.

Para dar cumplimiento a la Directiva 2000/31/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de Junio de 2000, que prevé la adopción de medidas restrictivas de la prestación de servicios de internet, cuando así lo exija la protección de la juventud y de la infancia, se ha elaborado un Anteproyecto (*) de Ley de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, en el que se establece que la Administración General del del Estado deberá fomentar la elaboración de códigos de conducta sobre la prestación de servicios de Internet.

Estas acciones pretenden reforzar el marco jurídico con el fin de evitar que se produzcan situaciones de riesgo y para mejorar la persecución y sanción de estas conductas:

(*) Fuente: Ministerio de Ciencia y Tecnología

5. PROTECCIÓN e INTERVENCIÓN con víctimas de explotación sexual,

Objetivos concretos

- Coordinación de las distintas instituciones que intervienen desde sus áreas de competencia en las situaciones de explotación: policía, servicios sociales o sanitarios, Fiscalía, Juzgados, etc. mediante la aprobación, seguimiento y extensión de Protocolos de intervención a fin de prevenir el maltrato institucional o la doble victimización.
- Desarrollo e intercambio de Buenas Prácticas (programas específicos) en las siguientes áreas:
 - Rehabilitación y apoyo psicológico de las víctimas y tratamiento de agresores.
 - Aplicación de medidas de protección sobre menores afectados
 - Reinserción social/laboral/escolar
- Acceso de las víctimas infantiles y juveniles a indemnizaciones y ayudas económicas y materiales.
- Integración social de los niños y adolescentes que han sufrido explotación sexual.
- Protección adecuada de los derechos de los menores en el transcurso del procedimiento judicial.

6. Fortalecimiento de las INSTITUCIONES y organizaciones, públicos y privadas, que intervienen en la lucha contra la explotación sexual de menores y en su protección.

Objetivos concreto

- Formación y sensibilización de profesionales de las instituciones sobre las leyes, políticas y actitudes para combatir, desde sus áreas de competencia, la explotación sexual infantil, y para respetar el interés superior del menor cuando persigan, investiguen o intervengan en casos concretos.
- Dotación y especialización de recursos (ej. Policiales)
- Creación de organismos interdepartamentales o intersectoriales para el tratamiento de esta cuestión de forma estable y continua.
- Implicación y apoyo a las ONGS en la lucha contra la explotación sexual de menores.
- Coordinación de las instituciones.

Creación de organismos de ámbito nacional y regional que tengan funciones de promocionar, asegurar y defender el ejercicio de los derechos de los niños (ej. Defensores del menor).

7. Implicación del sector EMPRESARIAL en la sensibilización, la prevención y la lucha contra la explotación de la infancia.

Objetivos concretos

- Participación y compromiso de los Medios de Comunicación: Como vía de denuncia de la realidad, Código deontológico para el tratamiento de las noticias, etc.
- Idem sobre el sector comercial del turismo: colaboración en campañas disuasorias de turismo sexual.
- Idem sobre el sector de las telecomunicaciones (ej. Los que operan en INTERNET). Cumplimiento de los objetivos del Plan de Acción Comunitaria denominado "Internet Action Plan" (1999/2000).
- Otros sectores del comercio: empresas de revelado fotográfico, editoras, etc.

Finalmente, se considera fundamental mantener un sistema de EVALUACIÓN constante y continua de los logros y los retos que surgen en la sociedad para combatir la explotación infantil Y UN SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES ESPECÍFICAS A LLEVAR A CABO POR LOS ORGANISMOS COMPETENTES.

El marco del Observatorio de Infancia y en su seno el Grupo de Trabajo ya constituido ha de generar los mecanismos de colaboración y coordinación idóneos enfretarnos a la tarea de combatir eficazmente este problema. Estamos convencidos que la colaboración y cooperación de todos es la mejor medida para construir un mundo más justo para los niños, las niñas y los adolescentes.

Madrid, abril 2002.

VI CONGRESO ESTATAL SOBRE INFANCIA MALTRATADA

SIMPOSIO: ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN CON MENORES OFENSORES SEXUALES

**Victoria Noguero
Centro de Psicología Noguero**

El tratamiento de los niños y adolescentes ofensores sexuales ha evolucionado durante la última década pero las bases teóricas sobre como operacionalizar el tratamiento aún no han sido definidas claramente.

Uno de los más frecuentes errores cometidos en el tratamiento con menores ha sido utilizar las mismas técnicas que las empleadas con adultos y jóvenes agresores sexuales e intentar tratarles como si fueran pequeños adultos. Es importante ajustar siempre el tratamiento a las características evolutivas de los niños y adolescentes.

Entre los objetivos a conseguir con niños y adolescentes ofensores sexuales se considera prioritario ayudarles a construir valores internos que apoyen su crecimiento futuro y garanticen la prevención de recaídas y una sexualidad saludable.

Algunos de estos menores, debido a sus circunstancias vitales, no han aprendido valores o los que han aprendido no son positivos para su desarrollo por ello es necesario, a lo largo de la terapia, construir con ellos valores que sean capaces de interiorizar y les sean útiles en su vida adulta.

Es difícil emplear técnicas tradicionales para esta población, son demasiado jóvenes, tienen un grado de ansiedad elevado y están poco acostumbrados a verbalizar sus sentimientos para poder aplicar las técnicas que llevan a la expresión de su problema, especialmente al inicio del tratamiento.

Cuando se trabaja con niños, víctimas de abusos sexuales, se ha de reconocer que el paso de convertirse de víctima en agresor es muy reducido. Un niño que ha sido víctima de abuso puede reaccionar con sentimientos de indefensión frente al estresor identificándose con su ofensor. Cuando experimenta poderosas emociones negativas como sentirse traicionado o criticado, puede repetir el abuso sexual original. Este impulso o conducta puede ser mantenido por el ambiente familiar con carencias de límites y control que pueden compensar la propia carencia de control del niño. La conducta se hace repetitiva por el refuerzo de la excitación sexual o la adquisición de un

alivio temporal del sentimiento de indefensión o ansiedad.

Sin embargo, tampoco se debe caer en el estereotipo de que los ofensores adolescentes son víctimas de abuso sexual en sus infancias. De hecho no sucede en todos los casos, se han de contemplar, por tanto, otras variables intervinientes.

En los casos en los que el niño ha sido víctima antes de convertirse en ofensor el terapeuta puede elegir, en la intervención, entre manejar el abuso sexual cometido por el joven separadamente o mientras está trabajando su propia victimización. No existen reglas exactas, lo importante es que los dos aspectos sean trabajados en terapia.

El criterio seguido, por el equipo en el Centro Noguerol, es trabajar inicialmente su sentimiento de víctima, empatizar, desculpabilizar y reforzar su responsabilidad por sus actos y desarrollar habilidades de control y prevención de su conducta siempre que ésta esté, inicialmente, controlada.

Una segunda área de intervención importante es la empatía hacia la víctima, que requiere la capacidad de percibir, de forma adecuada, las emociones propias y las de otros y poder responder emocional y conductualmente a los demás. Es un objetivo importante pero difícil de medir, sólo puede ser evaluado después del abuso, durante el abuso se bloquea la empatía.

La evaluación y tratamiento de los adolescentes ofensores sexuales no solo se utiliza para prevenir la recaída sino también para prevenir un desarrollo sexual desviado. Es importante no centrarse sólo en la recaída sexual sino también establecer, de la forma más detallada posible, cuales pueden ser los signos de un incipiente desarrollo psicópata. Lo cual va unido a muchos tipos de ofensas no sexuales.

- Análisis funcional de la ofensa:

Para conocer como tratar a un adolescente ofensor sexual, primero se debe establecer por qué este individuo en particular realizó la ofensa. La evaluación del análisis funcional de su conducta abusiva ofrece un insight en varios aspectos relacionados con ella, como es la prevención y frecuencia de otras ofensas violentas sexuales y no sexuales, la edad y el género de la víctima, la aplicación de violencia expresiva o instrumental y la naturaleza del secreto impuesto, cuando se ha aplicado, Becket (2000).

- Historia y circunstancias personales del ofensor sexual:

El análisis del abuso puede también ofrecer alguna clave de por qué comenzó el ofensor con la ofensa. Para ello es necesario investigar las circunstancias personales del adolescente y su historia individual, social y familiar.

Durante el tratamiento se han de explicar las diferentes dinámicas que explican la ocurrencia de esta conducta, la terapia ayuda a expresar el sufrimiento de las situaciones previas vividas.

Es prioritario considerar la naturaleza del abuso a la hora de diseñar el programa de tratamiento. Se puede conseguir que el ofensor aprenda a aceptar

su responsabilidad y a desarrollar la empatía. El profesional debe superar la desconfianza inicial e investigar las causas que llevan a desarrollar comportamientos desviados.

La motivación es una variable definitiva para el éxito de la terapia, tanto en los jóvenes ofensores como en sus padres, para animarles, dirigir su comportamiento y demostrar optimismo y confianza a medida que van avanzando en el problema. De hecho, se ha observado en nuestra práctica clínica que más relevante que la gravedad de la conducta cometida, para el pronóstico de la intervención, es la respuesta que ofrecen los padres al programa de tratamiento.

Modalidades de tratamiento:

- Puede permanecer en el domicilio bajo supervisión, asistiendo a terapia y a clase
- Puede ingresar en un centro de reforma en los casos que tengan problemas de violencia o amenazas, patología severa y otros factores de riesgo.
- La terapia de grupo se combina con terapia individual y terapia de familia, y supervisión de los servicios de protección.

La terapia de grupo se considera esencial, en ella se da el aprendizaje social en que el adolescente obtiene la oportunidad de reeducación, resocialización y asesoramiento, donde puede aprender a comprenderse a sí mismo, ser más observador, aumentar sus habilidades y hacer uso del tratamiento desarrollando su conducta y manejando su vida.

La terapia de grupo ofrece al ofensor adolescente, el ambiente necesario para el aprendizaje y refuerza las prohibiciones sociales; límites y control de su comportamiento. Autorregula sus capacidades para situaciones futuras; desarrolla ayudas cognitivas y autoevaluación y habilidades de autoinfluencias que son utilizadas para producir cambios personales deseados.

Se le asesora para aprender y desarrollar su habilidad para prevenir futuras ofensas. Se utilizan, para ello, estrategias para el cambio conductual y personal como son la modificación de conducta, el aprendizaje observacional y vicario, la autoevaluación, la autorregulación, autoeficacia, ayudas cognitivo-sociales y modelado.

Metas en la terapia de grupo con ofensores adolescentes:
1 <input type="checkbox"/> Tomar responsabilidad de su conducta sexual
2 <input type="checkbox"/> Desarrollar una sexualidad sana en relaciones con sus pares.
3 <input type="checkbox"/> Desarrollar la capacidad de tomar mejores decisiones
4 <input type="checkbox"/> Aumentar la aceptación de las normas sociales y la autoridad de las personas
5 <input type="checkbox"/> Desarrollar la autoestima y el autoconcepto
6 <input type="checkbox"/> Aumentar el control sobre su conducta impulsiva

- 7 Aumentar la comunicación y expresión asertiva de sentimientos y necesidades
- 8 Disminuir las distorsiones cognitivas sobre las relaciones y la sexualidad
- 9 Aumentar la conciencia de los pensamientos, sentimientos y conductas que llevan al comportamiento ofensivo.
- 10 Prevención de recaídas.
- 11 Motivación para el cambio.

En el tratamiento con jóvenes ofensores se ha de establecer un objetivo importante, diseñado en el programa, que consiste en adquirir un control interno progresando sobre el control externo, Van Heteren (2000). Este control opera en los siguientes niveles:

- Control situacional: implica un control externo, construcción de nuevas habilidades sociales y manejo de contingencias.
- Control moral: desarrolla la idea del sujeto de cómo debería ser el mundo.
- Control cognitivo: implica un cambio de actitud, reestructuración cognitiva y desarrollo de la empatía. Los ofensores que han vivido aislamiento emocional en su familia desconocen cómo relacionarse con otras personas.
- Control emocional: enseña a reconocer sus emociones. Conocer la diferencia entre ira y vergüenza.

El manejo del estrés ayuda a los jóvenes a fortalecer su autoestima para manejar encuentros con personas del otro sexo. Es acertado que practiquen deporte, cuiden su aspecto para que sientan que desarrollan una nueva y agradable imagen.

- Control biofísico: terapia de relajación, terapia creativa y psicomotora.
Se enseña a controlar la excitación sexual y a masturbarse.
- Control conductual: incluye entrenamiento en asertividad; control de impulsos y toma de responsabilidades.
- Control externo: implica la búsqueda de ayuda cuando sea necesario, mientras que el autocontrol y el entrenamiento en conductas alternativas prepara para la vida en sociedad.
- Control relacional: habilidades de comunicación y empatía cognitiva emocional.

• TERAPIA FAMILIAR CON NIÑOS QUE ABUSAN SEXUALMENTE

La terapia familiar es esencial puesto que se descubre, con frecuencia, que los factores precipitantes de los sentimientos sexualmente agresivos y las conductas están en el ambiente familiar y en la cultura. Los elementos que mantienen la conducta agresiva se encuentran con frecuencia en las relaciones interpersonales entre miembros de la familia actual o pasada.

Evaluación continua durante la terapia de familia de:

- a). Habilidades en la solución de problemas
- b). Rasgos sexuales y agresivos de las interacciones familiares
- c). Alianzas
- d). Roles e inversión de roles
- e). Negación, minimización, racionalización de la ofensa y otras conductas desadaptadas en los miembros de la familia
- f). Sentimientos entre los miembros de la familia
- g). Habilidades de los padres para mantener el orden
- h). Habilidades de los padres para trabajar juntos en el mejor interés de los miembros de la familia.
- :
- i). Habilidad del niño que abusa para trabajar con los miembros de la familia.

EXPERIENCIAS DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN EL ÁMBITO LOCAL

Las experiencias a las que vamos a hacer referencia en la exposición son el resultado del trabajo realizado por Técnicos del Servicio del Menor de la Secretaría Sectorial de Acción Social, Menor y Familia.

Concretamente, vamos a referirnos a dos Programas Experimentales que se impulsaron a partir de la Colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y las Comunidades Autónomas para la Prevención y Tratamiento de Situaciones de Maltrato Infantil.

Estos Programas se implementaron en el Ámbito Local, concretamente en los territorios de dos Centros de Servicios Sociales de la Región, con la participación de los Técnicos de ambos Centros.

Los objetivos que nos planteamos en dichos Programas se concretan en:

1. Diseñar un procedimiento de actuación eficaz para la prevención de las situaciones de Maltrato Infantil en un territorio.
2. Disminuir la incidencia del Maltrato Infantil en el territorio, a través de la Detección e Intervención precoz en familias de riesgo.

Para la consecución de estos objetivos, diseñamos y elaboramos, a lo largo de seis años, diversos Proyectos, cada uno de los cuales se apoyaba en los resultados y conclusiones obtenidos en los anteriores.

De manera muy general, el proceso seguido ha consistido en:

1. Formación específica de los profesionales.
2. Diseño y elaboración de Proyectos para la prevención, detección e intervención.
3. Puesta en marcha de Programas de Intervención con familias de riesgo, que contemplaban tres niveles:
 - Intervención Individual-Familiar.

EXPERIENCIAS DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN EL ÁMBITO LOCAL

- Intervención Grupal (con padres y con niños)
 - Grupos de Autoayuda.
4. Implementación de Proyectos de Prevención, dirigidos unos a la Comunidad y otros centrados en el ámbito escolar.

Las conclusiones extraídas de estas experiencias nos llevan a formular la siguiente Propuesta Metodológica para la prevención e intervención de situaciones de Maltrato Infantil en el ámbito local:

1. **Formación específica de los profesionales de los Centros de Servicios Sociales**, a partir de la consideración de que estos serán los impulsores de las actuaciones que se lleven a efecto en su territorio.

Partiendo de nuestra experiencia, entendemos que la formación de los profesionales no solo ha de contemplar acciones de formación externa (participación en cursos, p.ej.), sino que resulta mucho más rica y participativa si se diseña mediante actividades de Autoformación en el seno del Equipo de Trabajo del Centro.

Los contenidos básicos de esta acción formativa comprenderían:

- La conceptualización del Maltrato Infantil.
- Modelos Teóricos de Intervención, que den soporte al diseño de programas de Prevención e Intervención.
- Manejo de Técnicas y estrategias.

El proceso necesario para llevar a efecto esta tarea formativa, en el que entendemos habrían de participar todos los profesionales del Centro, no solo permite unificar criterios y conocimientos, sino que también puede ser un mecanismo de configuración y consolidación del Equipo Interdisciplinar.

2. **Elaboración de Programas para la Prevención e Intervención ante situaciones de Maltrato Infantil en el ámbito local.**

En nuestra experiencia de trabajo, hemos comprobado que la elaboración de los Programas por parte del propio equipo que los pondrá en marcha favorece la motivación e implicación de los profesionales a lo largo de todo el proceso, por lo que se produce también un aumento en la efectividad de los resultados.

Los Programas así diseñados, deben contemplar:

- Objetivos.
- Modelo teórico de referencia.
- Metodología.
- Actividades.
- Instituciones y Organizaciones del territorio que van a participar en su desarrollo, concretando su participación y los mecanismos de coordinación.
- Diseño de Evaluación, con la participación en la misma de todas las entidades participantes en el Programa.

3. **Información y sensibilización a otras Instituciones y organizaciones** con implantación en el territorio, con especial incidencia en otros Sistemas de protección social (Sistema Escolar y Sistema Sanitario).

Consideramos que el primer paso para que la prevención e intervención en situaciones de Maltrato Infantil sea realmente eficaz en un territorio, es la formación de todos y cada uno de los Técnicos que trabajan en la zona.

Entendemos así mismo que este es un proceso que debe iniciar y liderar el Centro de Servicios Sociales, ya que hemos constatado que la sensibilización e implicación de los profesionales y componentes de las organizaciones ante el Maltrato Infantil aumenta cuando disponen de formación específica sobre el tema.

La formación que planteamos se puede llevar a efecto mediante grupos de trabajo y debate, compuestos por profesionales de diversos ámbitos y miembros de colectivos y asociaciones, con contenidos que versen sobre la conceptualización del Maltrato Infantil, instrumentos y protocolos para la detección, así como estrategias para la prevención e intervención desde los distintos ámbitos.

Este proceso de formación y sensibilización concluiría con el establecimiento de procedimientos consensuados entre las Instituciones y Organizaciones participantes para la prevención, detección e intervención precoz en situaciones de Maltrato Infantil.

La valoración que distintos profesionales han realizado de procesos de este tipo es la siguiente:

- Autopercepción de mayor cualificación y eficacia en la actuación.
- Sentimiento de “compartir un lenguaje común”.

4. **Implementación de los Programas.**

Una vez consensuados los procedimientos de actuación con las distintas Entidades participantes, en el que se concretarían las funciones de cada una de ellas sería el momento de llevar a la práctica los Programas diseñados, cuyas líneas generales esbozamos a continuación:

4.1 Programas de Prevención (prevención primaria)

Dentro de este apartado se pueden implementar:

- Campañas divulgativas, dirigidas a la población en general.
- Actividades formativas con familias que presenten **factores de riesgo**, detectadas desde las distintas entidades, con contenidos básicos relativos a las necesidades evolutivas de los niños y habilidades parentales.
- Actividades de prevención en el ámbito escolar, con la participación de los miembros del claustro de profesores e integradas en el Proyecto Educativo de Centro, dirigidas a los alumnos y a los padres y madres de estos.

Este tipo de actividades, de carácter informativo-formativo, constituye un potente mecanismo de prevención, ya que por una parte se dirige al conjunto de niños del territorio, con contenidos relativos al conocimiento de sus derechos y obligaciones y al fomento de su competencia social (adaptados a los distintos niveles) y se complementa necesariamente con las actividades dirigidas a los padres y madres.

Nuestra experiencia en este sentido señala que la realización de actividades con padres y madres de alumnos permite consolidar y afianzar los aprendizajes de los niños y produce como efecto una percepción de mejora del clima familiar, potenciando así el alcance preventivo que se pretende.

4.2 Programas de Intervención con familias en las que existen niños en Situación de Riesgo (presencia de factores e indicadores de riesgo).

EXPERIENCIAS DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN EL ÁMBITO LOCAL

La intervención irá dirigida a modificar los factores e indicadores de riesgo presentes en cada familia, proporcionando a sus distintos miembros conocimientos y experiencias alternativos, motivándoles a su utilización y reforzando los logros hasta su generalización.

Las Técnicas básicas en este proceso son:

- Entrevista focalizada, con padres y con niños.
- Entrenamiento en Competencia Social, tanto a padres como a niños, a través de información, modelado, práctica, corrección y generalización.
- Reuniones familiares.
- Acompañamiento y posteriormente apoyo en el conocimiento y manejo de redes formales e informales de apoyo social.

Una estrategia que en nuestros Programas ha producido efectos muy positivos ha sido la constitución de Grupos de padres y madres, con el objetivo de favorecer el intercambio de experiencias y aprendizajes. Se trata de incorporarlos a estos grupos de trabajo, una vez conseguidos los objetivos iniciales de la intervención.

Los efectos de este trabajo en grupo, según las conclusiones extraídas de nuestra experiencia, nos permiten afirmar que:

- Las familias consolidan los objetivos conseguidos en la intervención individual.
- Los miembros de las familias establecen redes de apoyo mutuo.
- Los padres participantes aumentan su autopercepción de eficacia y competencia.

No queremos concluir nuestra exposición sin reiterar dos ideas básicas que favorecen la prevención del Maltrato Infantil, entendiendo como tal la prevención primaria y la intervención precoz:

- Todos los profesionales, independientemente de la Institución de la que formemos parte, tenemos que “hablar un lenguaje común” respecto al Maltrato Infantil.
- La prevención del Maltrato Infantil en un territorio no es posible si no se establecen cauces y procedimientos consensuados entre las distintas Entidades relacionadas con el Bienestar Infantil.

BUEN TRATO HOSPITALARIO

Hacia un nuevo modelo de atención al niño hospitalizado

J. Casado Flores

Hospital Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid

La tendencia actual, en la asistencia a los niños hospitalizados, es la de crear las condiciones que aseguren un buen trato. En el pasado, los niños hospitalizados lo hacían por periodos prolongados de tiempo, en condiciones de carencia afectiva que conducía al Síndrome del niño hospitalizado, una enfermedad desaparecida en el mundo moderno. La hospitalización provocaba, en ocasiones, infecciones cruzadas consistentes en diarrea e infecciones respiratorias y otras infecciones nosocomiales, que conducían con frecuencia a malnutrición. Además, los niños eran separados de sus familias, que gozaban de cortas horas de visita (visitas carcelarias), con frecuencia atados a sus camas y tratados de manera cercana al maltrato institucional.

Afortunadamente en los últimos años los hospitales están sufriendo importantes transformaciones: 1) En la forma e indicación de la hospitalización pediátrica. 2) Disminuyendo los tiempos de estancia. 3) En las características y forma de organización de la asistencia sanitaria. 4) En el cumplimiento de la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados. Los cambios están permitiendo un tratamiento integral de “buen trato” tanto al niño enfermo como a su familia. Algunos hospitales están desarrollando un nuevo modelo de atención al niño hospitalizado, otros están en el inicio y algunos todavía no han comenzado. Esta transformación es necesaria porque:

Las formas de hospitalización han variado sustancialmente al aparecer unidades de *hospitalización de día* y/o de corta estancia, tanto para patologías médicas como quirúrgicas. Actualmente una buena parte de la cirugía pediátrica se realiza en las unidades de cirugía de día en donde el paciente es ingresado, intervenido, despertado y controlado postquirúrgicamente en el mismo día, de forma que ingresa por la mañana y es dado de alta por la tarde: Así se abordan las hernias, fimosis, hidrocele, extirpación de adenoides y amígdalas, drenajes timpánicos y buen parte de la cirugía ortopédica, patologías que representan porcentualmente, una gran parte de las intervenciones quirúrgicas que se realizan a los niños. Los padres permanecen junto a sus hijos, ambos, durante todo el tiempo de hospitalización.

El *hospital oncológico de día* ha permitido descender el número de estancias oncológicas, lo que ha repercutido en la mejora de la calidad asistencial de los paciente con cáncer, descenso del número de infecciones a la vez que disminución del costo. Los niños reciben durante el día quimioterapia, radioterapia y los estudios invasivos, siendo dados de alta generalmente unas horas mas tarde o al atardecer. Han aparecido otras unidades de corta estancia para la asistencia al niño con problemas psiquiátricos, anorexia nerviosa, bulimia y otros problemas agudos que requieran vigilancia y/o tratamiento cortos. En estas unidades ambos padres permanecen si lo desean junto a sus hijos.

Las *causas de hospitalización* también han variado correspondiendo en la actualidad a pacientes cuyos estudios, vigilancia y/o tratamiento no pueden realizarse

extrahospitalariamente. Las llamadas *patologías menores*, que ocupaban buena parte de las estancias hospitalarias, son asistidas ambulatoriamente a través de las consultas externas de los Centros de Salud o en los servicios de urgencia intra o extrahospitalarios. Esta tendencia a la no hospitalización ha sido posible gracias al desarrollo de la red pública de asistencia primaria y al mejor nivel de educación sanitaria de los adultos españoles. De esta forma las causas hospitalización pediátrica son cada vez más, por patología médica aguda o crónica compleja; alta cirugía y unidades de vigilancia, diagnóstico y tratamiento especiales.

La forma de organización de la asistencia de determinadas patologías también ha variado con la creación de *unidades funcionales especializadas* con visión multidisciplinar, como unidades de Adolescentes, Fibrosis quística, Asma, Celiaquía, Epilepsia, Anorexia nerviosa, Tratamiento del Dolor, Tratamiento Paliativos, ... Este enfoque ha permitido especializarse en el tratamiento, seguimiento e investigación. Los integrantes de estas unidades son médicos, pediatras o no, especializados en diversas áreas del conocimiento, enfermeras y otros profesionales de la salud como psicólogo, trabajador social, logopeda y fisioterapeuta.

El *aprovechamiento del tiempo libre* con fines terapéuticos ha comenzado a implantarse en algunos hospitales. En el nuestro, los niños con estancias prolongadas y/o repetidas reciben clases impartidas por maestros titulados; el objetivo mayor es mantener la relación con su realidad escolar elaborando pequeños deberes que le mantienen ocupado. Además, estos niños participan si lo desean en clases de arte impartidas por una pintora-escultora de plantilla. El curso llamado "Arte sano" enseña a trabajar con pinturas, modelaje de arcilla, escayola y otros trabajos manuales a los niños afectados de patología médica o quirúrgica, tales como cirugía ortopédica, neurológica, psiquiátrica, trastornos de la alimentación, etcétera. La evaluación y percepción por los pacientes de esta actividad artística no puede ser más positiva.

Algunos hospitales pediátricos disponen de un teatro o de un espacio multiuso que periódicamente, una o dos veces por semana, se convierte en teatro, circo, cine o lugar de entretenimiento de niños y padres. Los artistas son voluntarios o profesionales que altruistamente actúan delante de los niños que transforman sus caras y gestos en expresiones de júbilo.

Las *unidades de hospitalización pediátrica a domicilio* han conseguido soslayar la hospitalización crónica de ciertas patologías como fibrodisplasia pulmonar, niños dependientes de respirador, malnutridos crónicos por intestino corto u otras patologías malabsortivas y niños dependientes de tecnologías, que hasta ahora eran de uso exclusivo hospitalario. Estas unidades han conseguido disminuir los costos entre 10-15 veces y sobre todo reintegrar al niño a su familia permitiendo la socialización, educación, confort y desarrollo integral.

El desarrollo de *sistemas de vigilancia y monitorización no invasivo*, no cruento, tales como pulsioximetría y capnografía, ha permitido que la oxigenación y ventilación pueda realizarse con pequeños monitores no agresivos, que los pacientes pueden portar cómodamente. Aquellos que precisan oxígeno pueden recibir este importante gas, en recipientes pequeños, transportables en forma de mochilas que contienen O₂ líquido, lo que les permite movilidad e

independencia; estos sistemas que pueden rellenarse fácilmente mediante un tanque almacén domiciliario u hospitalario, han sustituido a las pesadas y voluminosas balas de oxígeno.

Los niños aceptan muy mal las *venopunciones repetidas* para la administración de fármacos o fluidos, o para la extracción de muestras de sangre para análisis. Estas punciones venosas son muy frecuentes en las patologías crónicas y en algunas agudas que requieran repetidos controles (cuidados intensivos, oncología, ...) análisis que son interpretados por los niños como agresiones dolorosas y ataques a su integridad física. En la actualidad muchos de estos niños son portadores de catéteres venosos o sistemas implantados subcutáneamente, con lo que las extracciones sanguíneas o manipulaciones venosas se realizan a través de ellos; se pincha la goma del catéter o el reservorio venoso y no la vena del paciente. Cuando no se disponga de catéter ni reservorio debería ser preceptivo la aplicación de una crema anestésica sobre la vena del paciente que hace indolora la punción. Sólo la urgencia vital justifica la no aplicación de esta crema.

Los procedimientos y técnicas médicas dolorosos (punción lumbar, sutura, curas de quemaduras, ...) o que generan tensión y miedo (broncoscopia, gastroscopia, inmovilización para la realización de una técnica – TAC, Resonancia magnética, ...) eran practicadas hasta ahora sin analgesia ni sedación. En la actualidad todas estas técnicas y procedimientos se realizan previa sedación farmacológica y no farmacológica y analgesia adecuada. Una máxima de control de calidad asistencial en pediatría debe ser la ausencia de dolor, nivel de analgesia y sedación logrado. La sedación ante procedimientos y técnicas dolorosas puede realizarse de dos maneras, mediante fármacos sedantes y a través de métodos no farmacológicos. Estos últimos, muy efectivos en todas las edades, consisten en técnicas de relajación tales como caricias de la madre y palabras de arrullo para los lactantes pequeños, técnicas de sofrosis, información de los pasos a realizar, explicados con palabras sencillas, apropiadas para la edad del paciente, realizadas por la enfermera o médico en presencia de la madre. Los niños mayores de 5 años pueden realizar la llamada “analgesia controlada por el paciente”, consistente en una bomba de infusión de analgésicos que se activa cuando el niño lo precisa pulsando un botón. Este sistema ha demostrado ser muy útil al descender tanto los tiempos y cantidad de dolor como la dosis total de fármacos analgésicos.

La arquitectura, mobiliario, decoración de los hospitales pediátricos ha experimentado cambios positivos. Las rigideces en las visitas a los pacientes hospitalizados han desaparecido, incluso en las unidades especiales, tales como Cuidados Intensivos, Pediátricos, Neonatología, Hospitalización de Día, etcétera, en donde los padres, al menos uno, pueden permanecer las 24 horas junto a sus hijos. Actualmente se estimula la hospitalización madre-hijo, los pacientes pueden salir y pasear por el entorno hospitalario, siendo frecuente observar a niños portadores de bombas de perfusión, sueros, sondas de alimentación o utillajes de tratamiento, paseando por los jardines, paseos o cafetería del centro. La decoración de las habitaciones, salas de estar y de diagnóstico/tratamiento suelen ser luminosas, confortables y decoradas con tonos, colores y motivos infantiles relajantes. Las habitaciones han pasado de ser de 4 ó 6 niños a 1 ó 2. Los médicos y personal de enfermería van desprendiéndose progresivamente de sus uniformes y batas, siendo ya frecuentes en muchos hospitales ver a médicos sin bata y a enfermeras con ropas confortables de colores amigables. En definitiva

los modernos hospitales pediátricos están esforzándose por hacer menos dolorosa la hospitalización de los niños al rodearlos de un ambiente amigable y familiar.

En resumen, algunos hospitales españoles han puesto en marcha en los últimos años medidas destinadas al buen trato de los niños hospitalizados. Este nuevo modelo de hospitalización pediátrica intenta humanizar la asistencia sanitaria haciéndole más llevadera a los niños y a sus padres. Los líderes administrativos, médicos, personal de enfermería, personal auxiliar, líderes sindicales y otros motores del hospital deben participar y enrolar al mayor número posible de trabajadores sanitarios y no sanitarios en este nuevo modelo humanizado de hospitalización pediátrica.

EL BUEN TRATO A TRAVÉS DE LA RED

Francisco de la Flor Terrero

Maestro de Primaria y Psicólogo

Autor y webmaster de la página Internenes.com (<http://www.internen.es>)

Quisiera empezar el motivo de mi exposición con esta pregunta: ¿Es Internet una herramienta segura para niños y niñas, para nuestros jóvenes? La respuesta parece clara: evidentemente no. ¡Si no lo es ni siquiera para los adultos, cómo va a serlo para los niños!

Cuando uno se pone a navegar, y sin ánimo de buscar nada, tan sólo curioso o buscar algo en la red, enseguida aparecen banners de pornografía y otros que incitan a las apuestas de juego a través de la red. Cuando no hablamos de hackers que intentan entrar en el ordenador personal, ni de los correos maliciosos que pretenden tan sólo destruir con los virus que nos mandan ocultos tras mensajes aparentemente inocentes.

Francisco de la Flor Terrero

<http://www.internen.es>

delaflo@correo.cop.es

El primer día que me conecté a Internet, hace ahora unos cinco años, me di cuenta del potencial educativo que encerraba la Red. Enseguida comencé a comprender la importancia de la herramienta didáctica que tenía en mis manos.

Yo, profano en la materia, me propuse aprender el lenguaje HTML. La Red me proveyó de todo lo que necesitaba: tutoriales, programas, herramientas de edición, respuestas a mis preguntas... y todo de forma completamente gratuita.

Lo primero que hice fue un temario interactivo. Me dije: "Internet da la posibilidad de estudiar como uno piensa: saltando de idea en idea, de enlace en enlace". El resultado lo podéis ver en <http://www.internen.es/opositor>

Después empecé a investigar sobre los boletines oficiales que hay en Internet y realicé un directorio para acceder a toda la información legal que existía en ese momento, 1998. Hice un cuadro comparativo del Estado y las Autonomías, indicando la gratuidad o no del servicio y clasificándolas por ámbito territorial: Legislación Europea, Autonómica y Local. Todo ello de una forma visual y

sintética. La página enseguida ocupó los primeros puestos de los principales buscadores españoles. Se creó un movimiento de concienciación y los ciudadanos empezaron a exigir de la Administración el acceso gratuito y completo a la información oficial española. Participé activamente en la campaña “¡BOE Gratis, YA!” y también en la del “¡BOJA Gratis, YA!”, cuando dichos boletines eran de pago, y conseguimos la gratuidad: <http://www.internen.es/boletines>

A la vez diseñé un juego para que mi hijo aprendiera las letras y los números utilizando el navegador. Ahí nació Internenes.com, sin yo saberlo. Fue un conjunto de aplicaciones didácticas que me llevaron a publicarlas en la red como una muestra de lo que se podría hacer en el aula con un material gratuito como era un Navegador (<http://www.internen.es>)

Este primer boceto de lo que es ahora Internenes lo constituían una serie de juegos para aprender las vocales, el abecedario, los números, las cantidades, algunas adivinanzas, una pizarra mágica, un juego sobre colores, y el uso del navegador para aprender la técnica del resumen, entre otras cosas.

Publiqué la página en un sitio gratuito, y descubrí con agradable sorpresa que la gente me animaba a seguir desarrollándola. Incorporé cuentos y poemas de mi creación y añadí enlaces a páginas de cuentos.

Posteriormente, padres y educadores me pedían que buscara juegos para los niños. Y entonces me puse a buscar. En la red hay miles, millones de juegos. Pero yo no quería que los niños sustituyeran la videoconsola por el ordenador. Así que decidí hacer una selección de los juegos que tuvieran una vertiente educativa.

Seleccioné aquéllos que cumplieran estos requisitos:

- Eran educativos o podía buscarle una aplicación educativa
- Eran gratuitos: En su mayor parte Freeware (de licencia gratuita)
- No eran violentos ni causaban adicción
- No eran obscenos ni ofensivos
- Si no estaban en castellano, eran lo suficientemente intuitivos como para poderlos ejecutar una persona que no entendiera de idiomas

Todos los juegos los descargaba, los probaba en mi PC, los sometía a los criterios mencionados y le realizaba una ficha educativa indicando básicamente la edad, el nivel, el área y materia, así como las capacidades y contenidos que podrían

desarrollarse a través de cada uno de los juegos. También colocaba en cada ficha una imagen del programa y un enlace para su descarga. Actualmente hay unos 800 programas clasificados.

Más tarde incorporé dos juegos diseñados especialmente para mi página: uno para desarrollar la lógica verbal (¡5 letras – Bingo!) y el otro para la lógica numérica (¡1,2,3 – Cifras!). He de decir que el diseño de estos juegos fue mío, pero la programación fue realizada por un experto: Juan Ignacio Pérez Sacristán.

También introduje una sección de Psicología. Quería difundir los conocimientos que había adquirido como profesional y como padre sobre la educación de los niños a través de mi página. Una sección que trato de mimar y que no crece con el ritmo que yo quisiera.

Recibía muchas cartas de agradecimiento por la página y otros correos que me acosaban con preguntas relativas a la educación de los niños. Como no me precio de tener las respuestas a todas las preguntas, ofrecí a los padres y a educadores, y al público en general, la posibilidad de intercambiar entre ellos sus conocimientos, brindándoles la herramienta del foro educativo.

En el ínterin, la página fue variando de un sitio a otro, hasta que me di cuenta que debía tener su propio lugar. Así que me busqué un dominio y me inventé un nombre: Internenes. La página va dedicada a los niños, su símbolo es una niña pelirroja de pañales con un biberón en la mano derecha y con un ordenador en su mano izquierda. Idea mía pero dibujada por Emilio Ferrero, un dibujante argentino que conocí en la red y que se ofreció amablemente a realizar su diseño de forma totalmente generosa. Colabora actualmente en mi sitio realizando historietas y cómics. (Tiene un gran sentido del humor...)

Con este símbolo quería transmitir la idea de que los niños deben usar Internet desde que saben manejar el ratón, o sea desde los dos años...

Quiero cerrar así la gran contradicción con la que he empezado esta disertación: Si no existe una Internet segura para niños, habrá que crearla. Evidentemente esto pasa por una protección de los contenidos nocivos a través del adulto: tutorizando los contenidos, administrando el tiempo de conexión y juego, seleccionando los sitios y los programas que se van a utilizar. Pero no debemos cerrar la puerta a la Biblioteca Universal, sino que debemos ayudar a los menores

Francisco de la Flor Terrero

<http://www.internetes.com>

delaflo@correo.cop.es

a buscar, seleccionar, organizar toda esa marabunta de información de la que nos provee la Red.

También debemos acercarla a padres y docentes para que puedan aprovechar el potencial educativo que encierra y el nivel de creatividad que puede desarrollarse a través de ella.

Para terminar, me gustaría enseñar brevemente mi página personal y recorrer las secciones principales de una forma breve.

Murcia, 26 de Abril de 2002

Francisco de la Flor Terrero

<http://www.internetes.com>

Materiales para la comunicación:

Ordenador con conexión a internet, navegador, dispositivo multimedia y con lector de CD-ROM.

Proyector de ordenador (“cañón”)

IV Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada.

Murcia, Abril de 2002

Fuensanta Cerezo.

Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Murcia

Mesa: Violencia escolar/violencia extraescolar

Ponencia: Maltrato entre iguales. Una forma de violencia escolar

RESUMEN

Una de las situaciones que generan mayor ansiedad y frustración en las relaciones interpersonales en los Centros Escolares es aquella en la que se manifiesta violencia y agresión, unas veces hacia la Institución como tal, en otras ocasiones hacia el profesorado y en la mayoría de los casos entre los propios escolares. Estas situaciones se detectan cada vez de manera mas alarmante en edades muy tempranas.

Cuando nos planteamos el origen de las conductas de agresión y victimización encontramos diversas teorías que sustentan la perspectiva innata y otras que, por el contrario lo hacen sobre los aspectos sociales o adquiridos. Los estudios empíricos parecen evidenciar que, en aquellos sujetos que llamamos agresivos, existe un cierto grado de estabilidad en la tendencia a mostrarse así, con independencia del lugar y del momento, es decir, exhiben este tipo de comportamientos con cierta propensión, consistencia y persistencia, (Dodge y Coie, 1990; Olweus, 1998), lo que sugiere que, el comportamiento agresivo está asociado a ciertas variables de personalidad.

Otras investigaciones sugieren que el comportamiento agresivo está relacionado con diferentes momentos evolutivos del sujeto e incluso a factores biológicos (Berkowitz, 1993). Así mismo, los individuos que han sido sometidos a continuadas experiencias de victimización, parecen reunir una serie de características personales que les hacen ser mas vulnerables (Cerezo, 1991, 1994; Berkowitz, 1993; Barudy, 1998). De manera que parece lícito hablar de “personalidades agresivas” o de “personalidades victimizadas”.

Desde otra perspectiva, los componentes sociales y ambientales constituyen variables de gran trascendencia en la adquisición de modelos de comportamiento. Así, resulta evidente que el modelo social que proporciona la familia, las experiencias de maltrato

y violencia familiar, el apoyo o rechazo que observa cada individuo en sus grupos de referencia –familia e iguales-, el puesto que ostente dentro de la red de relaciones del mismo así como el modelo que de forma explícita sugieren los medios, contribuyen a configurar el comportamiento. Por tanto, planteamos el comportamiento agresivo, como una forma de comportamiento que se forma como resultado de un aprendizaje social mediado por el temperamento. Aún más, no sólo las conductas activas están moduladas por el grupo, sino también las pasivas, es decir, centrándonos en el campo de las relaciones de agresión y victimización, cuando un sujeto recibe las agresiones de otro de manera sistemática, y llega a ser su víctima habitual, no lo es sólo de los ataques de su agresor sino que, parece que, en general, el clima social en el que vive se vuelve contra él. Algo semejante ocurre con el agresor, percibe su entorno como amenazante.

Ahondando en esta cuestión nos planteamos la influencia que puede tener la red de relaciones que se generan en el grupo aula, cómo reacciona el grupo ante la presencia de sujetos que agreden a otros y hasta que punto el víctima se encuentra desprotegido y lo es, no sólo de los ataques de su agresor sino del clima social que vive el grupo.

El objetivo principal del trabajo que aquí presentamos es presentar una aproximación explicativa al fenómeno de la agresión entre escolares -Problemática que se conoce internacionalmente con el nombre de **fenómeno bullying**-. Explicado fundamentalmente por la incidencia que sobre la conducta de los sujetos implicados ejerce la propia estructura socio afectiva del grupo. Para ello presentamos un estudio descriptivo sobre una muestra de 46 escolares pertenecientes a dos grupos de tercero de Educación Secundaria donde se habían detectado problemas de convivencia escolar. El instrumento de medida empleado fue el test Bull-S de Cerezo (2000a), en sus tres dimensiones: Situación sociométrica; Dinámica Bullying y Características situacionales

Los resultados apuntan una clara incidencia de la posición sociométrica en la percepción de la violencia entre iguales, favoreciendo a los agresores a los que se les atribuyen cualidades de aspecto físico y liderazgo, frente a los víctimas a los que les aísla e ignora, cuando no se les rechaza abiertamente.

Introducción

Las situaciones de abuso y maltrato entre escolares son un hecho en todas nuestras escuelas (Cerezo, 1991; Melero, 1993; Ortega, 1994; Fernández, 1997). Los medios de comunicación se encargan, -en ocasiones de forma insistente-, de hacernos llagar la voz de alarma por la escalada de agresividad progresiva que se va viviendo en los centros educativos.

Un reciente informe del Ministerio de Educación y Cultura recoge algunas de las conductas “alborotadoras” de los escolares. Destacando por su elevado índice de ocurrencia las siguientes:

- Alborotar fuera del aula, como la falta más recurrente e inocente: gritos, empujones...
- La falta de respeto entre compañeros también es habitual (subirle las faldas a las chicas, ponerle motes ofensivos, burlarse de la debilidad, etcétera).
- Alborotar en clase. Distraer a los compañeros o al profesor. Aprovechar la ausencia del profesor para descolocar el mobiliario, borrar la pizarra o lanzar cosas por la ventana.
- Las agresiones morales ocupan el cuarto lugar. Abarcan los insultos, las descalificaciones y las amenazas.
- La falta de respeto hacia los profesores. En algunos casos no pasa de ser una bravuconada, pero, en otros, el alumno se encara con el profesor y le amenaza seriamente, cuando no le agrade abiertamente.
- El absentismo escolar prolifera en menor medida, pero es una indisciplina que genera gran preocupación.

Según este informe, las principales causas que están en el trasfondo de estas y otras situaciones de “indisciplina” van desde el desinterés de los alumnos, que no se encuentran motivados por el estudio; los problemas familiares; presencia en el aula de alumnos repetidores o de un grupo de alumnos intolerantes, hasta el consumo de drogas (destacando el alcohol). Reconoce así mismo que, en ocasiones, los problemas de indisciplina brotan cuando el profesorado no ejerce su

función adecuadamente y evidencia desinterés hacia sus alumnos. (Diagnóstico del Sistema Educativo. MEC. 1998)

En ámbitos escolares, la agresividad está jalonada de episodios que suceden casi con asiduidad diaria en más del 50 por ciento de los Centros y, casi la mitad de los alumnos están implicados en situaciones de abuso. La agresión, según el Informe del Defensor del Pueblo presentado en Noviembre de 1999, puede presentar diferentes formas, así, la más frecuente es la agresión verbal: mas del 30 por ciento de los alumnos asegura haber sufrido algún tipo de agresión verbal (motes, insultos, hablar mal de ellos); a bastante distancia se encuentran otras formas como el robo, con un 6,4 por ciento; la agresión física, se sitúa en un 4,7 por ciento; el 1,7 por ciento de los alumnos asegura haber sufrido acoso sexual y, por último, el 0,6 por ciento amenazas con armas.

Es indudable que estas situaciones provocan un gran desconcierto entre los profesionales de la educación, pero quién inevitablemente lleva la peor parte es aquel que es victimizado, y especialmente cuando se trata de un menor.

El trabajo que aquí presento pretende dar a conocer cómo la estructura socio-afectiva del grupo aula como elemento favorecedor de la dinámica bullying entre los escolares. Los resultados apuntan una clara incidencia de la posición sociométrica en la percepción de la violencia entre iguales, favoreciendo a los agresores a los que se les atribuyen cualidades de aspecto físico y liderazgo, frente a los víctimas a los que les aísla e ignora, cuando no se les rechaza abiertamente.

Método.

Objetivos.

El objetivo principal del trabajo que aquí presentamos es presentar una aproximación explicativa al fenómeno de la agresión entre escolares -Problemática que se conoce internacionalmente con el nombre de **fenómeno bullying**-. El estudio pretende, en primer lugar, detectar las situaciones de abuso entre iguales en los contextos escolares, seguidamente, establecer las variables que se asocian a cada una de las figuras directamente implicadas. Por último valorar hasta qué punto la estructura socio-afectiva del grupo propicia y mantiene esta dinámica.

Muestra.

La muestra está compuesta por 46 escolares pertenecientes a dos grupos de Tercer Curso de Secundaria de un Centro Público, con edades de 14 a 15 años, donde se detectaron un total de 5 alumnos bullies y 7 víctimas, siendo uno de ellos víctima provocador, es decir, destaca en ambos subgrupos. La adjudicación a uno u otro grupo se realizó mediante el cuestionario Bull-S (Cerezo, 2000a).

Procedimientos.

En un primer momento se establecieron los grupos: Agresores, Víctimas y Otros. Para ello utilizamos el Cuestionario Bull-S (Cerezo, 2000a), a través de las variables de la dimensión bullying. Además se analizaron las dimensiones: Situación sociométrica, Variables situacionales y Grado de satisfacción escolar.

Resultados y Discusión.

Se realizó un estudio de frecuencias para conocer la repercusión de la problemática en cada grupo- aula y en el conjunto de la muestra. Para el estudio de las diferencias entre los subgrupos Agresor y Víctima, se realizó la prueba de significación de diferencias para muestra independientes T-Test. Y por último se procedió al Análisis Factorial para comprobar la forma en que las variables estudiadas se agrupan en cada uno de los subgrupos.

1. Estudio de Frecuencias

Para el estudio de frecuencias se analizó la muestra según los grupos de edad y sexo para cada uno de los subgrupos en los que se dividió, es decir, para Otros, Bullies y Víctimas. Los resultados se recogen en las tablas siguientes. La Tabla I muestra las frecuencias absolutas; la Tabla II los porcentajes globales por edad y sexo y la Tabla III, los porcentajes por grupos de edad.

Tabla I. Frecuencias absolutas por Grupos Aula

	AULA 5	AULA 6
OTROS	14	20
BULLY	3	1
VÍCTIMA	4	2
VICTIMA-PROV	-	1
TOTALES	21	25

Tabla II. Frecuencias absolutas por edad y sexo

	EDAD		TOTAL	SEXO		TOTAL
	14 (N= 25) 21)	15 (N= 21)		M (N=29)	F (N= 17)	
OTROS	18	17	35	22	13	35
BULLY	2	2	4	2	2	4
VÍCTIMA	4	2	6	5	1	6
VÍCTIMA PROV.	1	-	1	-	1	1
Total Bullying	7	4	11	7	4	11

Tabla III. Porcentajes Globales por edad y sexo

	EDAD		SEXO		TOTAL (N = 46)
	14	15	M	F	
OTROS	72.00	80.92	75.86	76.47	76.09
BULLY	8.00	9.54	6.90	11.76	8.7
VÍCTIMA	16.00	9.54	17.24	5.88	13.04
VÍCTIMA PROV.	4.00	-	-	5.88	2.17
Total Bullying	28.00	19.08	24.14	23.53	23.91

Del análisis de las frecuencias se observa que:

- ✓ El mayor porcentaje de alumnos se encuentra bien adaptado al Centro escolar.
- ✓ En los dos grupos hemos encontrado alumnos implicados en la dinámica bullying como agresores y como víctimas, representando casi el 24 por

ciento de la muestra. Estos se distribuyen siendo el 10.87 agresores o Bullies, el 13.04 Víctimas y aparece un caso, que supone el 2.17 como Víctima Provocador.

- ✓ Aparece un caso de víctima provocador, es decir, es reconocido por sus compañeros como agresor y como víctima simultáneamente y con el mismo número de nominaciones, este caso es una chica de 14 años.
- ✓ Destaca, asimismo, que la edad que presenta mayor incidencia en valores absolutos sea 14 años que supera caso en diez puntos a los de 15 años.
- ✓ En cuanto al sexo, sorprende el número de implicados como agresores sean iguales (N= 2), aunque no sus proporciones, ya que difieren en los porcentajes: En los chicos representa casi el 7 por ciento, mientras que en las chicas cerca del 12 por ciento. Estos valores se invierten cuando nos fijamos en el subgrupo Víctima: en los chicos la incidencia representa el 17.24 por ciento, mientras que en las chicas no llega al 6 por ciento. Lo que nos puede hacer pensar que entre las chicas hay mayor cordialidad y que prefieren como objetivo de las agresiones a los chicos.
- ✓ Hay que tener en cuenta que en el grupo de las chicas aparece un sujeto como víctima-provocador, es decir, destaca en ambas facetas.

2. Diferencias T-Test

La tabla siguiente recoge los resultados de los diferentes análisis T-Test a través del programa SSPS, para estudios comparativos de medias. Se llevaron a cabo tres pruebas comparando sucesivamente los datos de cada una de las escalas completadas. De manera que estableciera las diferencias entre las medias de las puntuaciones obtenidas por los agresores y por los víctimas en la dimensión sociométrica y demás variables sobre la dinámica bullying, y en percepción de la seguridad y satisfacción escolar. Los resultados se recogen en la Tabla IV, donde se presenta un resumen de los mismos.

Tabla IV. Diferencias T-Test Bullies/Víctimas

Variables	Significación	X Bullies	X Víctimas
Aceptación	No Sig.	3.5	1.8
Rechazo	No Sig.	5.25	5.83
Fortaleza Física	Sig. *	1.75	0.83
Cobardía	Sig. **	0.5	2.33
Provocador	Sig. ***	2.75	0.66
Manía	Sig. *	0.5	2.00
Gravedad	No Sig.	2.5	2.43
Seguridad	No Sig.	2.5	2.43

Probabilidad asociada: * = $0.05 > \alpha < 0.03$

** = $0.03 > \alpha < 0.01$

*** = $\alpha \leq 0.01$

Del análisis de diferencias entre medias encontramos que, entre agresores y víctimas existen diferencias significativas estadísticamente en Fortaleza Física y Provocador a favor de los agresores y en las variables Cobardía y Tenerle Manía hacia los víctimas. La variable Aceptación presenta una diferencia manifiesta a favor de los agresores, aunque, quizá debido al tamaño de la muestra no llega a ser significativa estadísticamente. Este conjunto de variables confirman que los alumnos agresores tienen mayor ascendencia social y, por tanto, son mejor considerados por, al menos una parte importante de sus compañeros, mientras que a los sujetos víctimas se les atribuyen aspectos que, en cierta medida, favorecen el que se encuentren en esas situaciones de indefensión, ya que se les considera cobardes y se les aísla de juegos y actividades.

En cuanto a las variables de Gravedad de las agresiones y Sentimientos de seguridad en el Centro, la media en ambos subgrupos no presenta diferencias significativas y se sitúa en valores medios.

3. Análisis Factorial

En el análisis factorial, se incluyen los datos recogidos a través de todas las variables estudiadas. Se han realizado dos análisis, uno para los datos de los casos Bullies y otro para los Víctimas. Un resumen de las dimensiones básicas o factores que resultan a través del programa estadístico SSPS tras la rotación ortogonal quedan recogidas en las tablas siguientes.

Tabla V. Análisis Factorial. Bullies

FACTOR	ITEMS	α	% Variaza
I. Agresividad	Manía	-.925	55.071
	Cobarde	-.925	
	Elegido	.908	
	Fuerte	.832	
II..Provocar	Rechazado	. 977	43.112
	Provocar	-.960	
Número de factores = 2			98.183

Tabla IV. Análisis factorial. Víctimas

FACTOR	ITEMS	α	% Variaza
I. Agresividad	Cobarde	.864	46.855
	Fuerte	.769	
	Manía	.760	
	Provoca	.733	
II. Elegido	Elegido	.880	28.509
Número de factores = 2			75.364

Del análisis de estos resultados, se puede apreciar que, las variables consideradas, aunque en ambos subgrupos se agrupan en torno a dos factores, se aprecian elementos específicos en cada uno de ellos. Así en los bullies, el primer factor que hemos llamado Agresividad agrupa con signo positivo las variables Elegido y Fuerte, frente a las variables Manía y Cobarde que aparecen con signo negativo, lo que viene a decir que los agresores, son mas elegidos por sus compañeros cuando son percibidos como fuertes, y menos cuando lo son como cobardes y se les tiene manía. El segundo factor, Provocar, está conformado por las variables Rechazo y Provocar, con signo inverso.

El primer factor en los víctimas, aparece con las mismas variables que en los bullies, pero ahora todas ellas con signo positivo, Es decir, el alumno víctima,

aunque sea considerado fuerte, pesa mas la percepción del grado de cobardía entre sus compañeros. El segundo factor, Elegido, es diferente al de los bullies, y se satura especialmente con la variable Elegido.

Conclusiones

Los resultados confirman que, dentro del grupo aula, las relaciones interpersonales que se establecen entre sus componentes consolidan la dinámica bullying, ya que favorecen el aislamiento de los víctimas y atribuyendo características positivas y mayor ascendencia social a los agresores.

En cuanto a los aspectos situacionales, aunque las agresiones suelen ser insultos y amenazas (el 80 por ciento de los alumnos así lo considera), las agresiones físicas se encuentran en segundo lugar según el 50 por ciento, quedando el rechazo en tercer lugar según el 45 por ciento del alumnado. Es de destacar que el aula (65%) y los pasillos (43%) son los lugares donde suelen ocurrir las agresiones y que la mayoría del grupo considera que éstas tienen lugar todos los días.

Sobre el nivel de gravedad atribuido a las agresiones, sólo un 35 por ciento considera que son bastante o muy graves, frente al 55 por ciento piensa que encierran escasa peligrosidad. Cabe destacar así mismo, que el 50 por ciento de los alumnos piensa que la seguridad en el Centro es escasa, lo que sugiere falta de vigilancia o normas claras de convivencia. Estos aspectos, no presentan diferencias significativas desde el punto de vista de los alumnos implicados, ya sean víctimas o agresores, creen que las situaciones son importantes y se encuentran bastante seguros en el centro. Lo que sugiere que tanto los Bullies como los Víctimas perciben su entorno escolar con cierto grado de vulnerabilidad.

Referencias.

- Barudy, J. (1998). El dolor invisible.. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Paidós.
- Berkowitz, L. (1996). Agresión. Causas, consecuencias y control. Bilbao: DDB
- Bemak, F. y Keys, S. (1999). Violent and aggressive youth. Intervention and prevention strategies for changing times. California: Corwing Press.
- Cerezo, F. (1996). Agresividad social entre escolares. La dinámica bullying. Murcia: Servicio de publicaciones de la Universidad
- Cerezo, F. (1997). Conductas agresivas en la edad escolar. Madrid: Pirámide
- Cerezo, F. (1999). La relación agresión–victimización: Variables de personalidad asociadas en sujetos de 10 a 15 años. Actas del II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Murcia
- Cerezo, F. (2000). Bull-S. Test de evaluación de la agresividad entre escolares. Madrid: Albor-Cohs.
- Cerezo, F. (2000). Cómo afrontar el problemas de la agresión entre escolares. Ponencia presentada al II Congreso Internacional de Atención a la Diversidad. Murcia.
- Cerezo, F. (2001). La violencia en las aulas. Madrid: Pirámide
- Cerezo, F. y Esteban, M. (1992): La dinámica bully-víctima entre escolares. Diversos enfoques metodológicos. Revista de Psicología Universitas Tarraconensis. XIV, 131-145.
- Cerezo, F. y Esteban, M. (1994): El cuestionario BULL. Un procedimiento para la evaluación de la agresividad social entre los escolares. Actas del IV Congreso de Evaluación Psicológica. Santiago de Compostela.
- Dodge, K.; Coie, J.; Pettit, G. y Priece, J. (1990): Peer Status and Aggression in Boys' Groups: Developmental and Contextual Analysis. Child Development, 61,1289-1309.

- Gallardo, J.A. y Jiménez, M. (1997). Efectos del maltrato y del status sociométrico sobre la adaptación social y afecto infantil. *Psicothema*, 9 (1), 119-131.
- Kazdin, A. L. y Buela-Casal, G. (1994): Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia Madrid: Pirámide.
- Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 852-875.
- Olweus, D. (1998). Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Madrid: Morata.(Orig. 1993).
- Ortega, R. (1997). El proyecto Sevilla Antiviolenca Escolar: Un modelo ecológico de intervención educativa contra el maltrato entre iguales. En F. Cerezo (dir.) Conductas agresivas en la edad escolar. Madrid: Pirámide
- Perry, D.; Williard, J. Y Perry, L. (1990): Peers' Perceptions of the Consequences that Victimized Children Provide Aggressors. *Child Development*, 61,1310-1325.
- Salmivalli, C.; Lappalainen, M; Lagerspetz, K. (1998). Stability and change of behavior in connection with bullying in schools: A two year follow-up. *Aggressive Behavior*. 24 (3), 205-218
- Salmivalli, C; Lagerspetz, K; Bjorkqvist, K; Österman, K y Kaukiainen, A. (1996). Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior*, 22,1-15
- Sutton, J. y Smith, P.K. (1999b): Social cognition and bullying: Social inadequacy or skilled manipulation?. *British Journal of Developmental Psychology*. 17 (3),435-450.

**El proyecto Fenix:
Evaluación de las víctimas infantiles del
terrorismo en España**

Alicia Morales Rodríguez

**ASOCIACIÓN VÍCTIMAS DEL
TERRORISMO**

TERRORISMO EN ESPAÑA

VICTIMAS PRIMARIAS

- Fallecidos (**1024**)
- Incapacidad permanente (**513**)
 - Incapacidad absoluta (**41**)
 - Incapacidad total (**314**)
 - Incapacidad parcial (**131**)
 - Jubilados (**27**)
- Se desconoce el número de heridos

VICTIMAS SECUNDARIAS

- **Familiares de fallecidos**
 - Viudas (**769**)
 - Hijos (**1711**)
 - Padres (**423**)
- **62.5% de los incapacitados por atentado terrorista estaban casados**

ASOCIACION DE VICTIMAS DEL TERRORISMO



HISTORIA

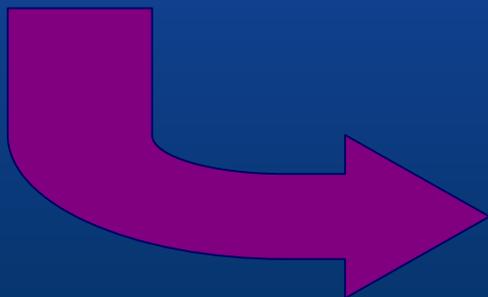
- **Fundada en 1981**
- **Los asociados son:**
 - **Supervivientes de atentados**
 - **Familiares de fallecidos en atentados**
- **Hay más de 2000 familias asociadas**
- **Hay más de 8000 socios**

ACTIVIDADES

ASOCIADOS



- **Administración**
- **Justicia**
- **Opinión Pública**
- **Asesoría laboral**



- **Apoyo Social**
- **Apoyo Psicológico**

PROYECTO FENIX



OBJETIVOS

- **Crear un registro con todos los afectados por atentado terroristas**
- **Crear una infraestructura que permita investigar en estrés traumático**

REGISTRO Marzo/2002

- **2998 personas de 589 familias**
 - 2188 (73.1%) familiares de víctimas
 - 533 (17.6%) víctimas primarias
 - 161 (5.4%) víctimas primarias y familiares de víctimas **(VPFV)**
 - 115 (3.8%) otros familiares
- **Familias que rehusaron la entrevista: 45**
 - 7,6% de las familias entrevistadas
 - 2,3% de los asociados

MUESTREO

- 6 equipos compuestos por un psicólogo Y un trabajador social (personal de la A.V.T.)
- Las entrevistas se han realizado en el domicilio familiar del asociado
- Duración de la entrevista: 2-3 horas
- Se han realizado las entrevistas en 31 provincias
- Inicio del proyecto: mayo de 1997
- Entrevistas por mes: 20-25

INFORMACIÓN RECOPIADA

- **Familia:**
 - **Composición familiar en el momento del atentado**
 - **Composición familiar actual**
- **Individuo:**
 - **Sociodemográficos**
 - **Salud**
 - **Soporte**
 - **Consecuencias: vida, salud, psicológicas, sociales**
 - **Relaciones interpersonales**
- **Atentado Terrorista**
- **Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico**

INSTRUMENTOS

- **STAI Trait-State Questionnaire**
- **Eysenck Personality Inventory**
- **General Health Questionnaire**
- **Prime-MD**
- **Child Behaviour Checklist (CBCL)**
- **MINI versión 5.00**

CARACTERÍSTICAS DE LOS ATENTADOS

- **Número: 426**
- **Métodos:**
 - Explosivos 180 (42.3%)
 - Tiroteos 170 (40.1%).
- **Resultados:**
 - Atentados con muertos 306 (71.8%)
 - Atentados con heridos 394 (83,5%)
 - Atentados con daños materiales 115 (27,0%).

ATENTADO Y LUGAR DE RESIDENCIA

- Vivian en el lugar del atentado el 66,1% de las víctimas directas
- Tras el atentado siguieron viviendo en el mismo lugar el 23,6%.
- El 67,8% no ha vuelto nunca al lugar del atentado

PREVENCIÓN DEL ATENTADO

- Solo el 14,0% de los afectados pensó que podía ser víctima de un atentado.
- Solo el 10,7% tomaba precauciones.
- Solo fueron puestos oficialmente sobre aviso el 2,9% del total de víctimas directas (el 93,3 % de los avisados acabaron siendo víctimas).
- Solo el 1,5% de las víctimas directas solicitaron protección.

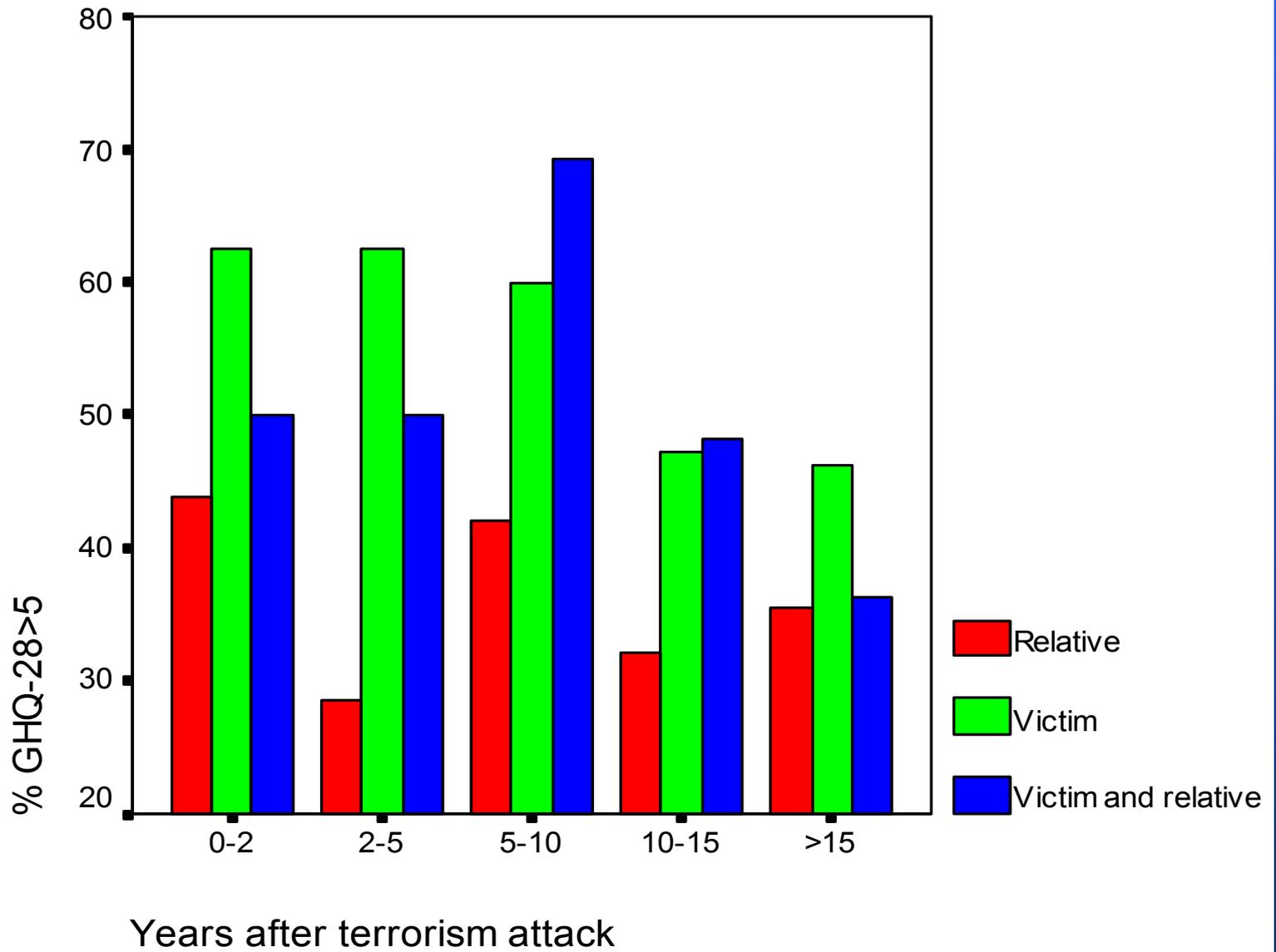
DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

- **Trastornos de Ansiedad: 42.9%. Dentro de éstos el 47% son trastornos por estrés.**
- **Los trastornos depresivos son el segundo trastorno más frecuente; 17%.**
- **Los trastornos disociativos y el abuso de drogas son diagnósticos infrecuentes en nuestra muestra.**

PROBABILIDAD DE SER UN CASO PSIQUIÁTRICO

- **Las víctimas directas presentan un 53.2% de prevalencia**
- **Los familiares presentan un 37.1% de prevalencia**
- **El 39.6% de la muestra estudiada es potencialmente alguien que, por su situación emocional, necesita atención psicológica- psiquiátrica.**

EVOLUCION TEMPORAL



RESULTADOS EN NIÑO

PERFILES INFANTILES

Grado de afectación * Edad en el atentado Crosstabulation

			Edad en el atentado				Total
			<18	18-35	35-65	>65	
Grado de afectación	Familiar de víctima	Count	834	652	386	30	1902
		% within Grado de afectación	43,8%	34,3%	20,3%	1,6%	100,0%
	Victima directa	Count	26	233	223	9	491
		% within Grado de afectación	5,3%	47,5%	45,4%	1,8%	100,0%
	Victima directa y familiar de víctima	Count	48	44	54	2	148
		% within Grado de afectación	32,4%	29,7%	36,5%	1,4%	100,0%
	Otros	Count	47	27	24	8	106
		% within Grado de afectación	44,3%	25,5%	22,6%	7,5%	100,0%
Total		Count	955	956	687	49	2647
		% within Grado de afectación	36,1%	36,1%	26,0%	1,9%	100,0%

- El 36,1% de la muestra eran menores de 18 años en el atentado.
- EL 12% de las víctimas directas eran menores de 18 años.
- El 43.8% de los familiares eran menores de 18 años.

PERFILES INFANTILES

Grado de afectación

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Familiar de víctima	109	58,3	58,3	58,3
	Víctima directa	16	8,6	8,6	66,8
	No nacido	48	25,7	25,7	92,5
	Otros	14	7,5	7,5	100,0
	Total	187	100,0	100,0	

- **El 19.6% contestó al CBCL**
- **EL 25,7% no había nacido cuando el atentado**
- **La mayoría eran familiares de víctimas (74.0%)**

En el grupo de otros, 10 no habían nacido en el momento del atentado

PERFILES INFANTILES: EDAD

- El tiempo transcurrido desde que sucedió el atentado hasta la entrevista oscila entre 6,8 años para las víctimas directas y 15,3 del grupo de otros.
- La edad del atentado se sitúa alrededor de los 6 años, reflejo de la edad de la mayoría de las víctimas directas que está entre los 25 y 45 años.
- Las entrevistas CBCL se han realizado con niños cuyas medias de edad están próximas a los 12 años.

PERFILES INFANTILES: GENERO

Grado de afectación * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Mujer	Varón	
Grado de afectación	Familiar de víctima	Count % within Grado de afectación	55 50,5%	54 49,5%	109 100,0%
	Víctima directa	Count % within Grado de afectación	12 75,0%	4 25,0%	16 100,0%
	No nacido	Count % within Grado de afectación	21 43,8%	27 56,3%	48 100,0%
	Otros	Count % within Grado de afectación	11 78,6%	3 21,4%	14 100,0%
Total	Count % within Grado de afectación	99 52,9%	88 47,1%	187 100,0%	

Chi²=8,714; g.l.=3; p=0,03

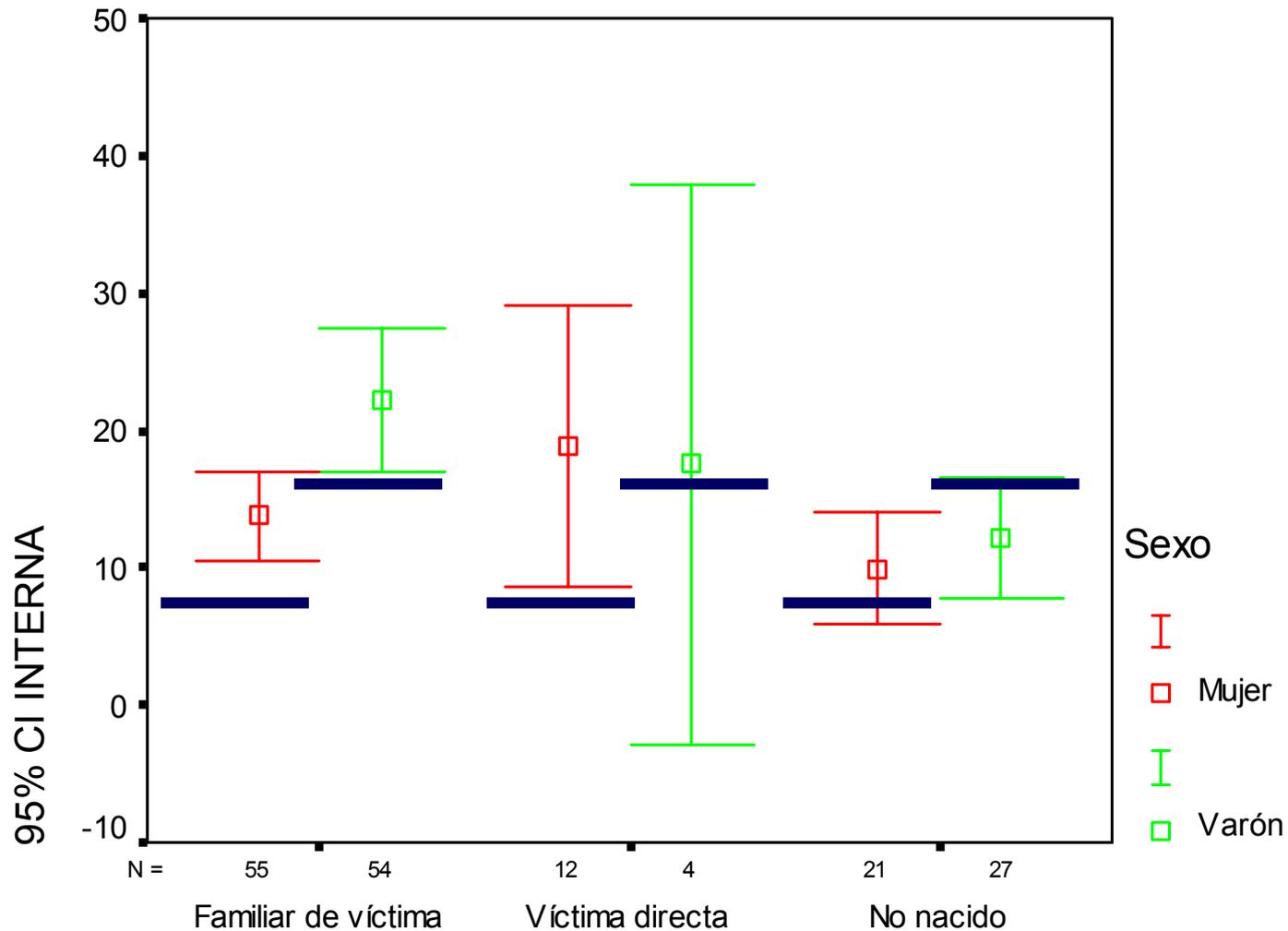
PERFILES INFANTILES: EDAD

		N	Mean	Std. Deviation
Tiempo desde atentado	Familiar de víctima	98	10,1536	6,9840
	Víctima directa	16	6,8533	3,4482
	No nacido	48	14,9668	4,1848
	Otros	14	15,3640	6,5937
	Total	176	11,5807	6,5926
ANOVA F=11,907; gl=3; p<0.001				
Edad atentado	Familiar de víctima	83	5,4877	4,1725
	Víctima directa	16	5,3598	3,4681
	No nacido	0	.	.
	Otros	3	8,2776	2,6489
	Total	102	5,5497	4,0361
ANOVA F=0.468; gl=3; p=0.706				
Edad entrevista	Familiar de víctima	109	12,5695	4,0718
	Víctima directa	16	12,2130	3,4253
	No nacido	48	10,9025	4,0027
	Otros	13	12,3724	4,7574
	Total	186	12,0948	4,0837
ANOVA F=1.907; gl=3; p=0.130				

C.B.C.L.

- Factor internalización (bajo control, acting-out y agresividad).
- Factor externalización (inhibición, ansiedad y depresión).
- Puntuaciones totales
- En el estudio de validación en población atendida en atención primaria pediátrica daba un 30% de niños con problemas en cada una de las escalas.

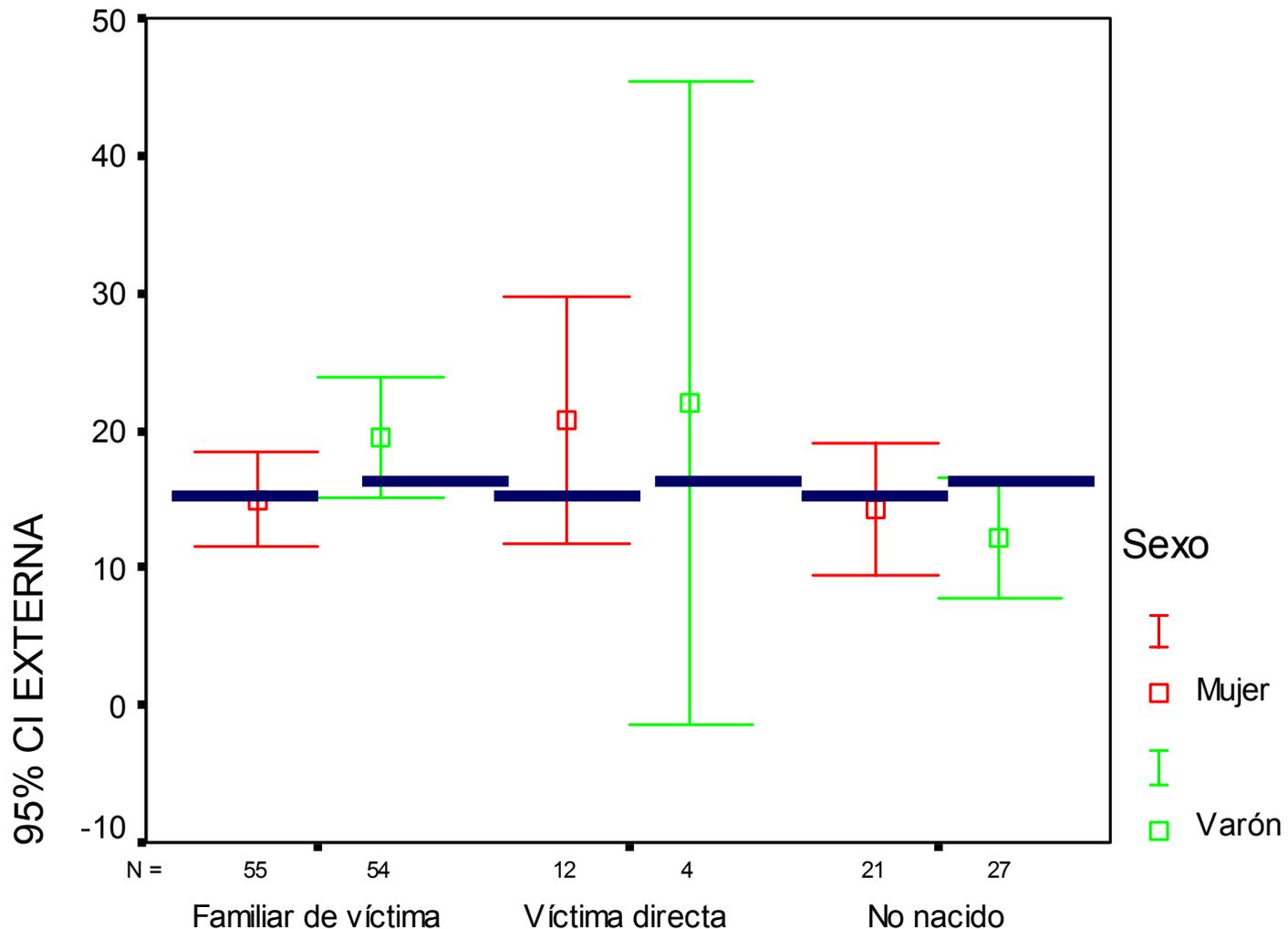
C.B.C.L: Escala internalización



Grado de afectación

- Media Población general

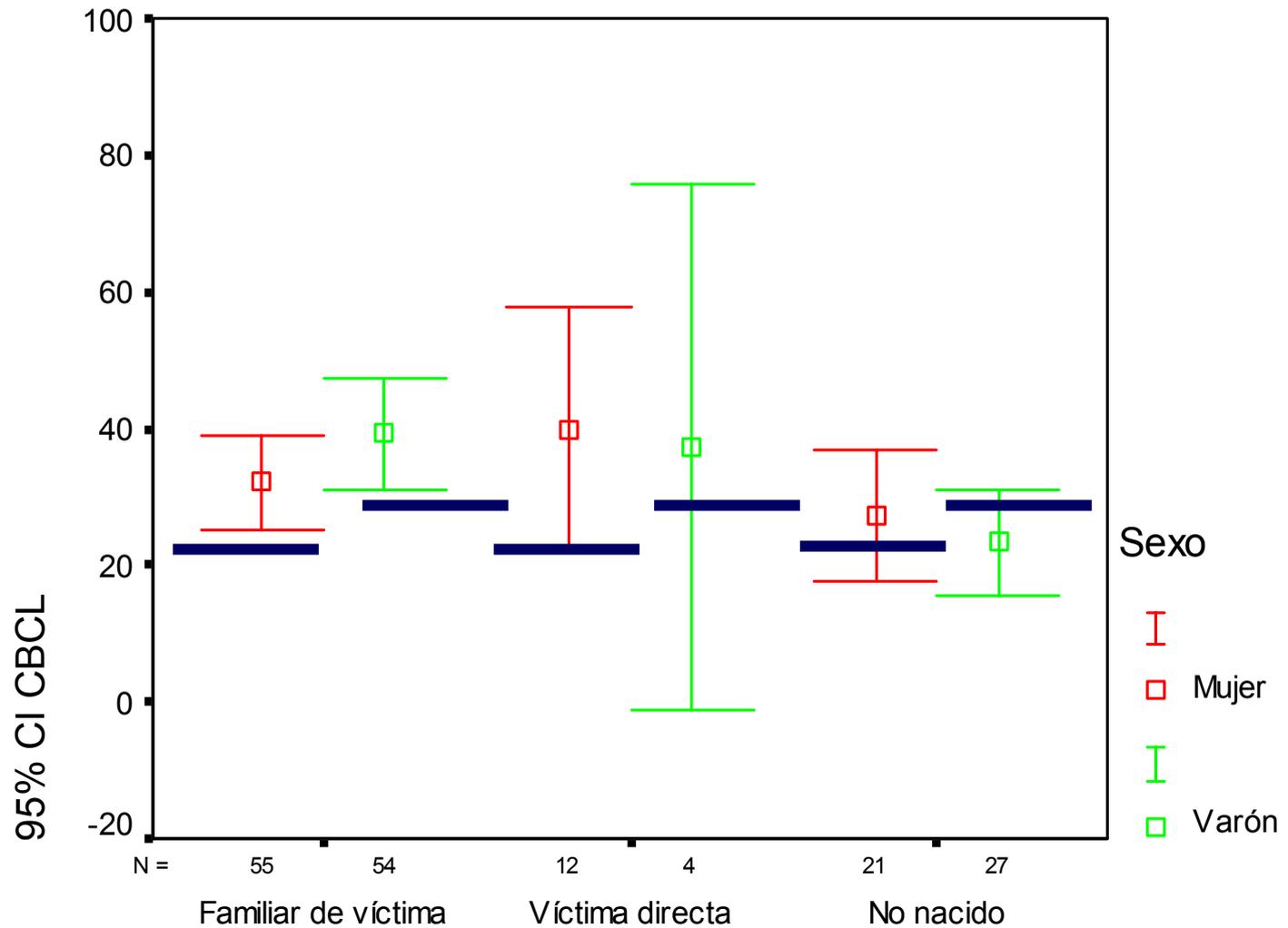
C.B.C.L: Escala externalización



Grado de afectación

- Media Población general

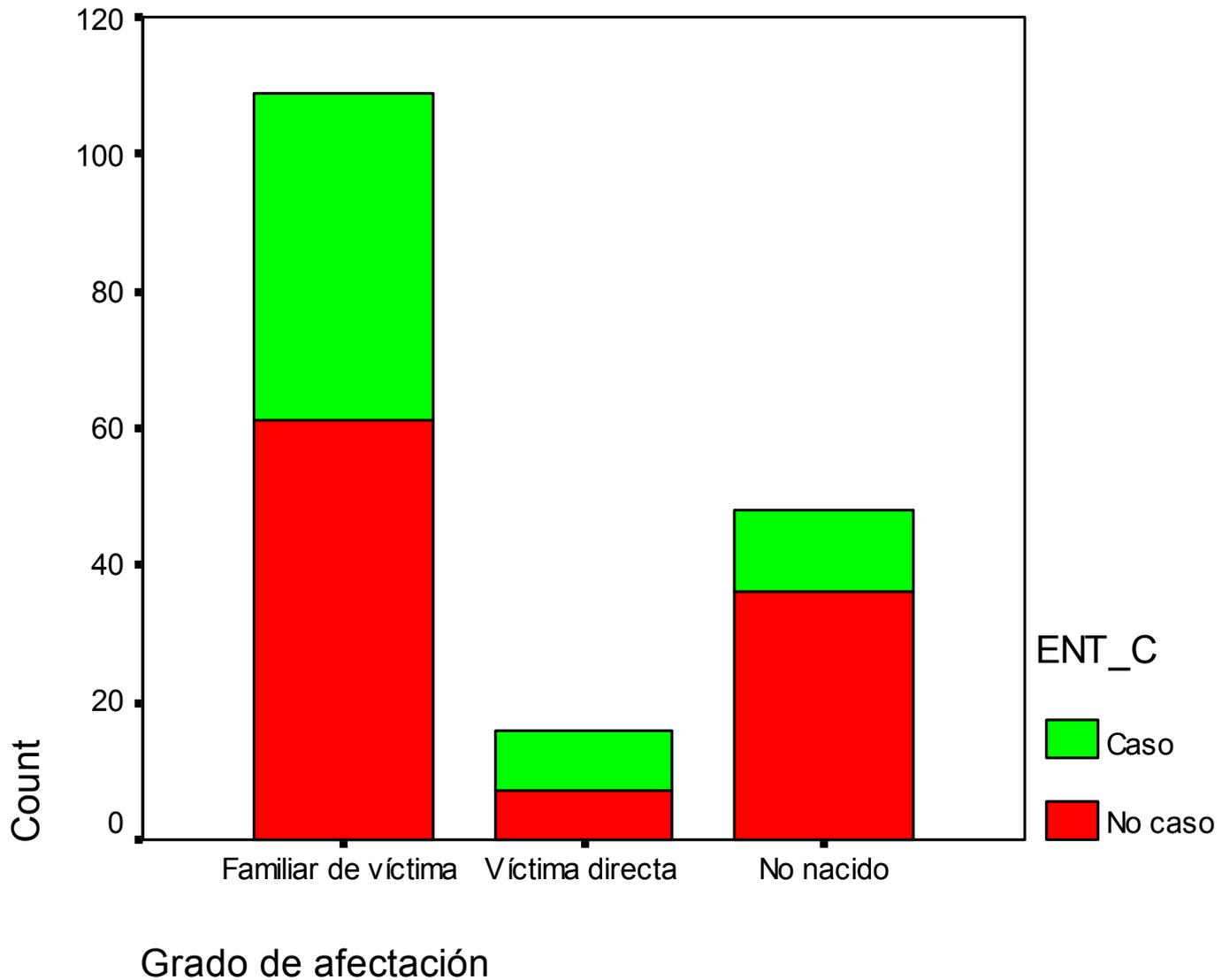
C.B.C.L: Puntuación total



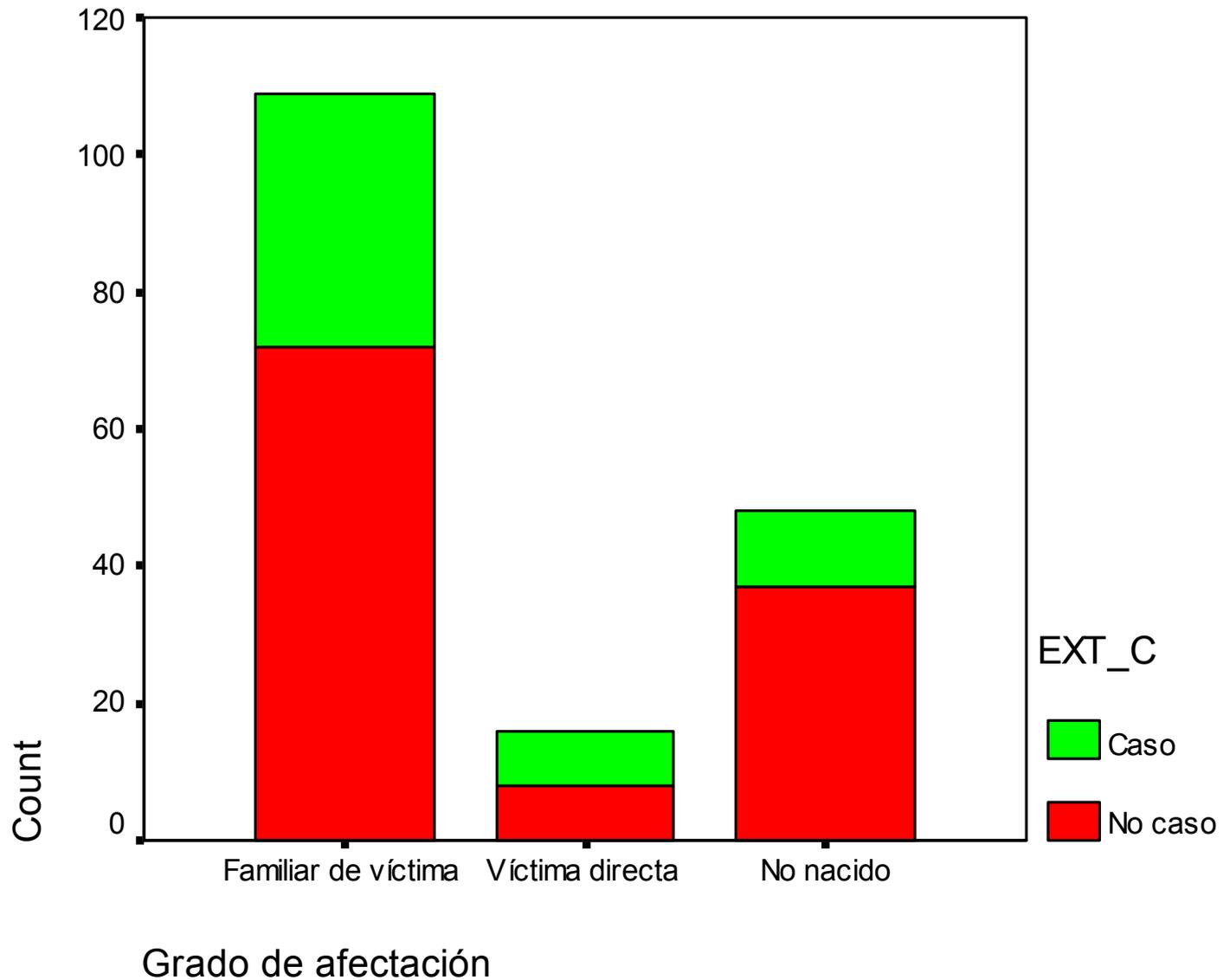
Grado de afectación

- Media Población general

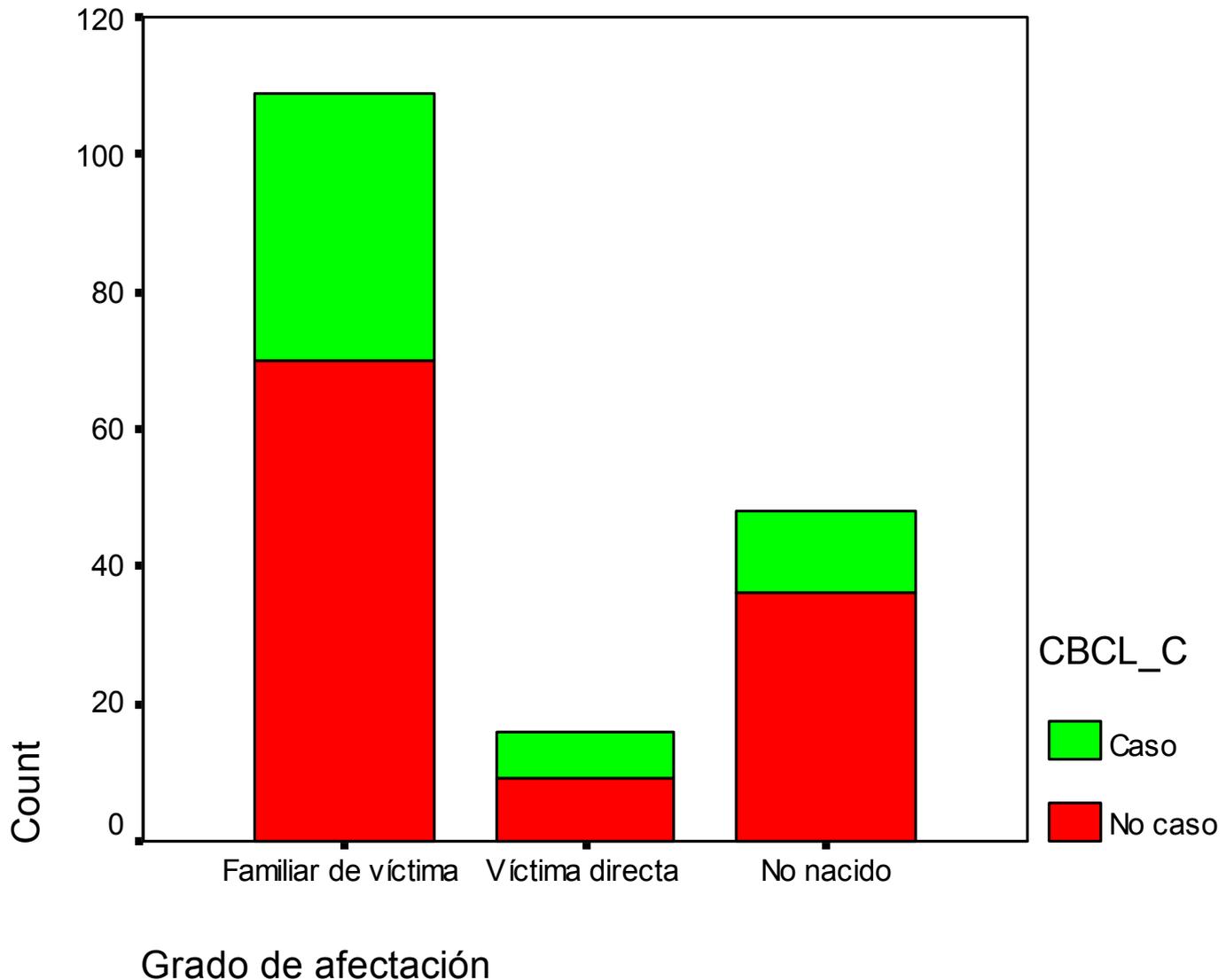
C.B.C.L: Escala internalización (% casos)



C.B.C.L: Escala externalización (% casos)



C.B.C.L: Puntuación total (% casos)



C.B.C.L.

- Los niveles de salud mental de los niños afectados por atentados terroristas es peor que la de los niños de la población general.
- Las niñas y las víctimas directas están más afectadas.
- Los niños nacidos tras el atentado tienen niveles similares a niños de la población general.
- El factor más afectado es el de internalización

NIÑOS EN TRATAMIENTO

- 15 niños de edades comprendidas entre 6 y 15 años (media 8.8 años)
- Diagnósticos más frecuentes
 - Trastorno del aprendizaje no especificado (F81.9)
 - Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación (F93.9)
 - Trastorno por estrés post-traumático (F43.1)
 - Trastorno de adaptación (F43.2)
 - Tartamudeo (F 98.5)
 - Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)
 - Trastorno negativista desafiante (F91.3)
 - Trastorno del desarrollo de la coordinación (F82.0).
 - Trastorno de ansiedad por separación (F93.0)

NIÑOS EN TRATAMIENTO: SINTOMAS

- Pesadillas
- Dificultades de concentración y atención
- Inmadurez psico-afectiva
- Disminución del rendimiento escolar
- Dificultades de articulación
- Ansiedad, miedo, estado hiperalerta, hipersensibilidad a los ruidos
- Irritabilidad, episodios de descontrol de los impulsos, agresividad verbal
- Quejas somáticas, disminución del apetito
- Insomnio de conciliación y sueño fragmentado
- Conductas regresivas
- Problemas de conducta, mentiras, hurtos, rebeldía
- Tristeza, llanto.
- Baja autoestima
- Baja tolerancia a la frustración

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO

- Es mayor el **SENTIMIENTO DE VULNERABILIDAD** y **DE INDEFENSIÓN**. El niño percibe el mundo como un lugar **INSEGURO**, y la **MALDAD** y la **violencia** como algo generalizado.
- En el fenómeno del terrorismo, el niño no es la única víctima, sino que su familia, amigos, vecinos, periódicos, televisión, y en general toda la sociedad, se ve afectada.
- Las reacciones que a continuación vamos a describir, aparecen tanto en niños víctimas directas de un atentado, como en familiares de víctimas, como en testigos presenciales de un atentado.

***¿COMO ACTUAR CON LOS
NIÑOS ANTE UN ATENTADO
TERRORISTA?***

PRINCIPIOS O NORMAS BÁSICAS DE ACTUACION

- Favorecer la expresión de emociones mediante el aprendizaje vicario. Es importante explicarles que los sentimientos de ira, rabia, tristeza, etc, no están dirigidos al niño ya que tienden a culpabilizarse.
- Ofrecer seguridad; explicarles que un atentado terrorista no suele repetirse.
- Mantener la rutina diaria del niño; mantener sus horarios, llevarles al colegio, acostarles a su hora, etc.
- Hablar mucho con él y utilizar preguntas abiertas, que nos den más información acerca de su estado de ánimo, y de cómo está procesando la información.
- Esperar a saber qué está sintiendo el niño antes de dar una opinión, y no dar más información de la que el niño quiera recibir.

PRINCIPIOS O NORMAS BÁSICAS DE ACTUACION

- En los días y semanas posteriores al atentado, dejar que se expresen libremente sin juzgar, ni recriminar, aunque sean expresiones de agresividad, fantasías de venganza, tristeza, etc.
- No mentir; aunque omitamos detalles que consideremos oportunos, debemos de responder sinceramente a todas sus preguntas .
- No utilizar el eufemismo de “dormir” en lugar de “morir”; ya que de esta manera incrementamos las dificultades en el sueño, y la fantasía del niño de “si me duermo ya no me despierto más”.
- Tratar de transmitir esperanza y confianza, tratando de destacar por ejemplo, las respuestas de apoyo y solidaridad de la gente que les rodea o de la sociedad.

PRINCIPIOS O NORMAS BÁSICAS DE ACTUACION

- Trabajar el sentimiento de indefensión y vulnerabilidad, dándoles opciones y tareas que les hagan sentir que tienen control sobre sus vidas, que tomen pequeñas decisiones que afecten a su vida diaria o incluso la de su familia y darles tareas que les haga sentirse útiles (ayudar en las tareas del hogar, etc.)
- Reforzar su autoestima, valorando positivamente sus habilidades, sus puntos fuertes, etc.
- Mantener las normas y límites que ya existieran antes en la familia, siendo flexibles y adaptados a las circunstancias (horarios, deberes, etc.).
- Limitar el acceso a las imágenes de t.v; el impacto de las imágenes vistas en t.v. es mayor que las oídas.

PRINCIPIOS O NORMAS BÁSICAS DE ACTUACION

- Es probable que el niño manifieste alteraciones de conducta; estar más callado, preocupado, temeroso con los desconocidos, o más agresivos. Los adolescentes pueden mostrarse más cínicos, sarcásticos, etc. En general, la confianza del niño en la gente se verá deteriorada.
- Manejo de la ira, y de la rabia; estas emociones son “normales” tras un atentado, y como cualquier otra emoción, hay que favorecer el desahogo, no reprimir, ni castigar y confortarles con cariño.
- Aumento de las quejas somáticas, dolores de cabeza, de tripa, reacciones desproporcionadas ante una pequeña herida, náuseas, etc.
- Aumento de conductas temerarias e imprudencias,

PRINCIPIOS O NORMAS BÁSICAS DE ACTUACION

- Conductas evitativas de ciertas situaciones o estímulos que recuerden el trauma. Enfrentarles poco a poco a la situación temida, animarles a que vuelvan a sus tareas y actividades rutinarias que les devuelven el sentimiento de seguridad y confianza.
- Conductas regresivas; Vuelta al chupete aquellos que lo habían dejado, eneuresis, rabietas, etc. Es algo temporal, y con el tiempo volverán a instaurarse las conductas aprendidas. Si esto no ocurriera, deberá consultarse con un profesional.
- Negación: Este mecanismo muy común en adultos que se enfrentan a una situación traumática, es poco frecuente en niños, y si esto ocurriera sería aconsejable consultarlo con un profesional.

PRINCIPIOS O NORMAS BÁSICAS DE ACTUACION

- Hacer planes de futuro: Si un niño, pasado un tiempo, no hace planes sobre su futuro, no habla de ello, de cuando sea mayor...., lo que van a estudiar..., cuántos hijos van a tener, etc , también sería aconsejable hacer una evaluación profesional
- Favorecer los contactos físicos, abrazarlos a menudo, tocarles, especialmente cuando hablemos de aquellas situaciones o emociones que les preocupan o temen.

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

1. ¿Por qué la gente muere?.
2. ¿Qué se siente al morir?.
3. ¿Por qué nos ha pasado esto?
4. ¿Va a volver a pasar?
5. ¿Ha sido por mi culpa?, ¿porque me he portado mal?
6. ¿Me puedo quedar en casa y no ir al colegio?
7. ¿Está bien llorar?
8. ¿Por qué tengo pesadillas?

CONCLUSIONES

- 1. El terrorismo afecta en España directamente a una población cercana a los 10.000 personas.**
- 2. Un 36% de los afectados directa o indirectamente eran menores de 18 años en el momento del atentado.**
- 3. Los niveles de salud mental de los niños afectados por atentados terroristas es peor que la de los niños de la población general.**
- 4. Las niñas y las víctimas directas están más afectadas.**
- 5. Los niños nacidos tras el atentado tienen niveles similares a niños de la población general.**

- **Los diagnósticos más frecuentes son: Trastornos del Aprendizaje y Trastornos de Ansiedad.**
- **Los síntomas más comunes son: dificultades de atención y concentración, disminución del rendimiento escolar , ansiedad, miedo, irritabilidad y alteraciones del sueño.**