

# LA INTERVENCION FAMILIAR ESPECIALIZADA

Conferencia pronunciada en las Segundas Jornadas Municipales de Servicios Sociales celebrados el 6 y 7 de mayo de 1993.

## I. ANTECEDENTES

Entre los antecedentes que figuran en la Diputación Foral de Gipuzkoa sobre la protección de Menores merece destacarse que ya en el Siglo XVIII las Juntas Generales indican que «se estudiaban seriamente los medios para elegir una Institución que se dedicase a recoger, criar y educar aquellos desgraciados niños y ponerlos en condiciones de ganarse decorosamente la vida que tan dura se mostraba con ellos». Nada se pudo hacer, en concreto, hasta 1791, en que las Juntas, reunidas en la Villa de Elgoibar, resolvieron «establecer una casa general de expósitos y reclusión de malas mujeres en el lugar que se juzgase más a propósito». El gasto inicial se calculaba en 100.000 reales, para subvenir al cual se imponía un recargo de 1 real en cada carga de vino y dos maravedís por cuartillo de aguardiente y mistela.

Al margen de datos históricos de indudable riqueza, la Diputación de Gipuzkoa compartió durante años la atención a Menores con otras instituciones públicas, especialmente ligadas a la Administración de Justicia.

Sin embargo, una reflexión comparativa entre la Infancia Marginada y otros sectores beneficiarios de la política social, nos señala como el colectivo menos favorecido debido a varias razones:

- 1.º Se trata de un sector de población ligado históricamente al estamento judicial, que ha utilizado los Servicios Sociales como instrumento secundario de atención.
- 2.º No ha contado con grupos de defensa de sus intereses ni con asociaciones protectoras, en contraste con otros colectivos cuyos apoyos sociales y soportes privados (formación, información, promoción, etc.) han favorecido notablemente su resolución.
- 3.º Se distingue de otros sectores beneficiarios en que sus déficits son exógenos, no definiéndose como un colectivo en sí (al contrario de lo que ocurre con otros grupos con deficiencias endógenas), sino en tanto en cuanto concurren en él determinadas características ligadas al mundo de la marginación. Por poner un ejemplo, mientras la atención a los minusválidos o la asistencia a ancianos se producen espontáneamente sin diferenciar su procedencia, la protección del Menor se refiere casi siempre a segmentos sociales marginados de la comunidad.
- 4.º Es el último sector incorporado al sistema moderno de los Servicios Sociales, por lo que se precisa que-

mar etapas para su adaptación a las nuevas doctrinas del bienestar social.

- 5.º Se trata de una población socialmente necesitada en la que, si se interviene adecuadamente, pueden corregirse de forma absoluta sus factores de marginación, al contrario de lo que ocurre en otros sectores que, o bien por su edad, o por una determinada deficiencia, pueden ser apoyados, ayudados a reintegrarse socialmente o a potenciar sus capacidades residuales pero difícilmente pueden modificar al completo sus discapacidades.

Durante años se generó, por tanto, un sistema de aislamiento enraizado en el añejo mundo de la beneficencia, olvidándose la necesidad de aplicar medidas correctoras de situaciones nocivas y, por supuesto, programas preventivos.

Abundando en ello, se tiñe de un tinte oscurantista y, en ocasiones, morboso, relegando la protección del Menor a un lugar inapreciable en el área de los Servicios Sociales y, por contra, dotándole de una publicidad cuyos efectos sensacionalistas perjudican seriamente la individualidad de los afectados.

## II. COMPETENCIA LEGAL DE LA DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA EN MATERIA DE PROTECCION DE MENORES

El Estatuto de Autonomía establece en su artículo 10.14 la competencia exclusiva de la organización, régimen y funcionamiento de las Instituciones y Establecimientos de protección y tutela de Menores.

La Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales, contempla, en su artículo tercero, «la protección y el apoyo a la familia mediante servicios específicos de orientación, asesoramiento y terapia», así como «la promoción del bienestar social de la Infancia y Juventud, especialmente si carecen de ambiente familiar adecuado con vistas a su plena adaptación familiar.

En aplicación de la Ley 27/1983, de 25 de noviembre, de «Relaciones entre las instituciones comunes de la Comunidad Autónoma y los Organos Forales de sus Territorios Históricos», y mediante acuerdo adoptado por la Comisión Mixta de Transferencias, se traspasaron al Territorio Histórico de Gipuzkoa, con fecha 20 de junio de 1985, las funciones y servicios en

materia de protección, tutela y reinserción social de Menores, disolviéndose la Junta Provincial de Protección de Menores con fecha 5 de octubre de 1985.

La Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de Adopción y Acogimiento Familiar encarga la protección del Menor a la Entidad Pública que tiene por ministerio la tutela de quienes se encuentran en situación de desamparo en su respectivo territorio.

Como consecuencia de esta normativa, es la Diputación Foral la entidad competente en dicha materia, asumiendo desde entonces su responsabilidad social en virtud de dicha competencia.

## III. OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

### 1. OBJETIVO GENERAL

En virtud de la norma legal que enmarca el tratamiento del bienestar social, el objetivo final consiste en garantizar, desde el sistema público de servicios sociales, las prestaciones individuales o colectivas que favorezcan el pleno y libre desarrollo de las personas disminuidas socialmente, previniendo o eliminando las causas que conducen a su marginación y promoviendo su participación en la vida ciudadana.

### 2. OBJETIVO PARTICULAR

En particular, el objetivo del programa de atención a Menores consiste en garantizar el pleno y libre desarrollo del menor en la Sociedad, actuando en el medio natural en donde se produce su inadaptación, potenciando las acciones preventivas y centrando el trabajo en la familia, bien sea familia natural o, en su caso, familia acogedora o adoptante. Para ello será preciso el desarrollo de condiciones físicas, materiales y sociales que eleven la cantidad y calidad de la atención al sector condicionando su finalidad al principio de normalización.

### 3. PRINCIPIOS GENERALES DE ACTUACION

- 3.1. Universalidad de los Servicios Sociales para la atención a la Infancia y Juventud. Prioridad de los colectivos desfavorecidos o conflictivos.

- 3.2. Normalización de la vida del menor, integrando al sujeto en su propio medio familiar, escolar, social, etc.
- 3.3. Eliminar el etiquetado y la estigmatización de sus usuarios.
- 3.4. Individualización y personalización del diagnóstico y la intervención.
- 3.5. Participación activa del Menor en su propio desarrollo.
- 3.6. Profesionalización de los servicios de atención al Menor.
- 3.7. Potenciación de los recursos comunitarios.

#### **4. PREMISAS NECESARIAS PARA ACTUAR EN LA PROTECCION DEL MENOR**

- 4.1. Intervención centrada en el interés del Menor.
- 4.2. Dirigida preferentemente a la prevención.
- 4.3. Rapidez e inmediatez de la intervención.
- 4.4. Coordinación y descentralización de servicios.

#### **IV. MEDIDAS ADOPTADAS EN MATERIA DE ATENCION A MENORES**

En síntesis, el Departamento de Servicios Sociales ha programado una serie de medidas que, sin perder la referencia legal, adopta como centro de atención y resolución de los problemas de la Infancia.

##### **1. MEDIDAS DE PREVENCION**

El diseño de los Servicios Sociales, aceptado con carácter general, considera tres niveles de intervención:

- 1.1. **Prevención primaria:** entendiéndose por ello cualquier actuación social y generalizada que trate de modificar una amplia estructura social. Su acción va dirigida a la población en general y debe ser coordinada y ejecutada por todos los estamentos e instituciones implicados en la consecución del bienestar: Sanidad, Educación, Vivienda, etc.
- 1.2. **Prevención secundaria:** consistente en cualquier programa o actuación implantado para un individuo

o grupo de individuos considerados de alto riesgo, tratando de evitar que se produzca el efecto que se trata de prevenir. Este nivel de prevención abarca la detección, los programas de familia y convivencia, los programas de ayudas económicas, etc.

- 1.3. **Prevención terciaria:** dirigida a evitar la reaparición del acontecimiento marginante o paliar sus consecuencias. Sus programas se inician una vez producido el hecho en cuestión y, su competencia corre a cargo de equipos especializados territoriales que deben establecer un adecuado proceso de valoración y orientación y programas específicos de intervención, tanto en la aplicación de medidas como en la oferta de servicios especializados.

En realidad, todas las acciones proyectadas por los Servicios Especializados de Atención a Menores consisten, por tanto, en acciones preventivas aunque, como tales, solamente se entiendan las referidas a la prevención primaria y secundaria.

##### **2. MEDIDAS LEGALES DE PROTECCION**

###### **2.1. Guarda de menores**

Consiste en lo que con anterioridad se consideraba internamiento. Las tradicionales instituciones benéfico-particulares, financiadas escasamente por la Administración Pública han visto modificada su acreditación social por una fórmula de concierto que garantiza la continuidad estructural y económica. Ello conlleva un radical cambio del soporte económico, cuyo volumen debe contemplar con creces el mantenimiento digno de estructuras que cumplen una función fundamenta] en la atención a la Infancia. Y, como contrapartida, se ha establecido una normativa que obliga a las partes y que garantiza un programa educativo individual para cada uno de los menores atendidos.

A ello se ha acompañado una política de mejora física de los centros y de desaparición de los anacrónicos Institutos identificados como Orfelinatos, proyectándose un centro de acogida de urgencias, un hogar para niños menores de seis años y una residencia para edades comprendidas entre los 7 y los 18 años. Todo ello con una perspectiva de normalización, evitando el aislamiento bajo el principio de evitar situaciones cronificadas.

## **2.2. ACOGIMIENTO Y ADOPCION**

La medida de Adopción ha sufrido una importante reducción en los últimos años debido a causas de índole diversa y, a pesar de que el Departamento sigue poniendo un notable énfasis en su resolución, hay que aceptar, al menos de forma transitoria la escasa cobertura que esta medida legal produce en las situaciones de desamparo.

Sin embargo, se viene potenciado la figura del acogimiento familiar, como medida alternativa a la separación del menor siendo compensatoria a su familia natural. En efecto, el reconocimiento legal del acogimiento y su versatilidad como instrumento normalizador, ha permitido que el Departamento de Servicios Sociales establezca un plan de acogimientos familiares, iniciado por una campaña de aceptación, cuyos resultados han sido notoriamente satisfactorios. Obviamente, el acogimiento familiar se propone junto con una serie de medidas de apoyo y seguimiento, sin las cuales se haría extremadamente difícil su continuidad.

## **3. MEDIDAS DE APOYO ECONOMICO**

Dentro del régimen de atención preventiva a nivel secundario se ha puesto un notable énfasis en la prestación económica, como medio que evita situaciones puntuales de riesgo y apoyo a los casos que requieren un complemento a su situación personal.

En este sentido, la protección de Menores, a pesar de su limitación legal, debe enfocar sus programas hacia el futuro de los sujetos atendidos y, en consecuencia, se estableció un programa de atención a jóvenes mayores de 18 años, institucionalizados hasta esa edad, que debían incorporarse a una vida autónoma. El Plan de Desvinculación pretende, así pues, apoyarles hasta los 25 años a fin de garantizar su independencia, teniendo en cuenta que hasta hace poco tiempo han sido tutelados por la Administración Pública.

## **V. LA INTERVENCION FAMILIAR ESPECIALIZADA COMO ALTERNATIVA A LA SEPARACION DEL MENOR**

Capítulo aparte merece la intervención familiar como medida alternativa a la separación del menor. Consiste en sustituir, en la medida de lo posible, las tradicionales medidas de intervención como son

la guarda de menores, su extracción del medio familiar, etc., por una intervención directa en la familia del menor marginado, atendiendo al principio básico de que todo niño debe permanecer en su núcleo familiar natural como parte de su desarrollo integral en tanto en cuanto sea posible.

Las tradicionales medidas de atención a la infancia marginada habían evolucionado bien poco, debido a su excesiva dependencia de los sistemas anacrónicos de la beneficencia que, a su vez, producían graves estigmas entre los menores atendidos en centros asistenciales. Sin embargo, la normativa legal de atención al menor implantada en España en 1987 se basa en una doctrina más integradora y actualizada, poniendo el énfasis en la atención al menor en su núcleo familiar.

En todo caso, se hacía necesario regenerar el sistema tradicionalmente establecido y dotarle al nuevo de una actitud experimental que estudiara las posibilidades existentes en un nuevo campo y que permitiera, con posterioridad, implantar programas definitivos más acordes con la filosofía de la normalización.

El diseño de dicho Programa fue realizado tras una exhaustiva revisión de los programas desarrollados a nivel internacional con este tipo de población y tras el análisis de sus resultados. Las conclusiones derivadas del trabajo previo indicaban que gran parte de las familias detectadas por los Servicios de Protección Infantil por problemas de maltrato y/o abandono pueden, con una intervención eficaz, solucionar sus dificultades y llegar a desarrollar unas relaciones adaptativas manteniendo la unidad familiar. Aunque en ciertos casos la separación (en definitiva o temporal) del menor del contexto familiar es una medida requerida para asegurar la integridad física y/o psíquica de éste, también en este tipo de casos se requiere realizar un esfuerzo por ayudar a la rehabilitación de los padres. En las situaciones en las que se ha de valorar la idoneidad de la separación definitiva del menor de su entorno familiar, uno de los criterios a tener en cuenta debería ser el de la imposibilidad de modificar favorablemente a medio plazo las condiciones de dicho entorno en principio dañino para el menor (lo cual requiere evidentemente una intervención dirigida a conseguir tal objetivo). En las situaciones de separación temporal debería contemplarse el mismo criterio, pues, probablemente, si la problemática de la familia es severa y no recibe ayuda especializada, es difícil esperar cambios en el sentido requerido para el retorno del menor.

Planteado tal objetivo, los principios en base a los cuales se guía la intervención son los siguientes:

- La naturaleza multifactorial del maltrato y abandono infantil precisa un abordaje multidisciplinar, a la vez que una responsabilidad personalizada de cada caso.
- Necesidad de tratar no sólo una de las consecuencias de la disfunción familiar, sino la disfunción familiar en sí misma que provoca dicha situación.
- Necesidad de garantizar a corto plazo que las necesidades básicas físicas y psíquicas del menor sean cubiertas a un nivel aceptable.
- Los objetivos a conseguir, los recursos a emplear y la secuenciación de los mismos han de determinarse en función de las características y situación particular de cada caso.
- Los requisitos previos básicos para que la intervención tenga éxito son los siguientes:
  - a) Con respecto a la familia:
    - \* Reconocimiento de la existencia de la situación-problema.
    - \* Conciencia del problema (es decir, de los factores que inciden en la situación y consecuencias de ella).
    - \* Motivación para el cambio.
    - \* Participación de la familia en los objetivos de la intervención.
  - b) Con respecto a los Servicios de Protección Infantil:
    - \* Detección precoz de los casos.
    - \* Agilidad y rapidez en la actuación posterior a la detección y en el inicio de un abordaje terapéutico.

## VI. POBLACION ATENDIDA

El Programa de Intervención Familiar está diseñado para atender familias que se caracterizan por la existencia de perturbaciones severas o indicadores de riesgo de ello en la relación padres-hijos. Específicamente, los casos atendidos son los siguientes:

- Maltrato físico.
- Abandono físico.
- Maltrato emocional.

- Abandono emocional.
- Incapacidad parental de control de la conducta infantil.
- Explotación laboral.
- Familias «Alto Riesgo».

El Departamento de Servicios Sociales adoptó desde el inicio de su trabajo en común una definición consensuada acerca de los criterios a adoptar para definir la presencia de tales condiciones, los cuales se encuentran recogidos en un documento escrito.

El Programa atiende tanto familias donde los menores se encuentran en el hogar familiar porque se valora que, a pesar de los problemas existentes, su integridad física y/o psíquica no se encuentra en peligro, como familias donde se ha producido la separación del menor de dicho entorno con carácter de urgencia y/o como medida provisional, y se plantea la rehabilitación de la familia como objetivo.

Finalmente, como casos no aptos para ser objeto de intervención en este Servicio, se incluyen los siguientes casos:

- Abuso sexual.
- Familias en las que las dos figuras parentales (en el caso de familias biparentales) o la única existente (en el caso de las monoparentales), presenten:
  - a) retraso mental medio o severo, o
  - b) trastorno psíquico diagnosticado y de alta severidad (concretamente, trastornos paranoides y esquizofrénicos, y casos de depresión mayor y trastorno bipolar).

## VII. RECURSOS UTILIZADOS

En la intervención desarrollada con las familias se utilizan recursos propios del Programa y recursos comunitarios, tendiendo al aprovechamiento de los servicios y recursos públicos ya existentes y aportando desde el Programa recursos específicos que no se encuentran en dicha red pública.

Los recursos de que dispone el Programa de Intervención Familiar son los siguientes:

### 1. Trabajadores familiares

Los trabajadores familiares centran su intervención fundamentalmente en las fi-

guras de los padres, no en los menores. En sus visitas domiciliarias a las familias cubren tres funciones básicas respecto a aquéllos:

- a) Proporcionar apoyo emocional,
- b) Ejercer tareas de enseñanza, y
- c) Ejercer funciones de modelado. También tienen asignada la tarea (junto con la figura del Supervisor de Caso) de recoger y transmitir información y coordinar la actuación de otros profesionales en contacto con la familia (Servicios Sociales municipales, servicios médicos, escuela, Salud Mental, etc.).

## 2. Servicios psicoterapéuticos

El Programa cuenta con la contratación de servicios de terapeutas de adultos y de niños para atender las necesidades de aquellos casos que, o bien requieren una valoración a este nivel, o bien necesitan tratamiento psicoterapéutico o terapia de apoyo/contención. El tipo de terapia (individual, de pareja o de familia), la periodicidad de las sesiones y su duración son determinadas en función de las características particulares de cada caso.

## 3. Grupos pedagógicos de padres/madres

Los objetivos de estos grupos se focalizan en la enseñanza a los padres de diferentes contenidos y técnicas al cuidado infantil (disciplina, cuidados físicos, etc.) y relacionados (autocontrol, relajación). No obstante, estos grupos cubren otras funciones de gran importancia como son:

- a) Mostrar a los padres que sus problemas son compartidos por otras familias.
- b) Reforzar los aspectos positivos de cada familia.
- c) Fomentar el aprendizaje de habilidades sociales, y
- d) Posibilitar el desarrollo de una conciencia grupal en cuanto a la participación de la totalidad de las familias en un único Programa.

## 4. Grupos de niños

Simultáneamente a la celebración de los Grupos Pedagógicos de Padres/Madres, los niños menores de 13 años son

acogidos en unos grupos atendidos por dos personas. Los objetivos básicos de esta actividad son:

- a) Acoger a los menores durante ese tiempo.
- b) Fomentar relaciones adaptativas con personas adultas.
- c) Fomentar pautas adaptativas de interacción social con iguales.
- d) Observar el comportamiento de los niños.
- e) Detectar problemáticas individuales.
- f) Trabajar sobre objetivos específicos en relación a algunos de los menores.

## 5. Supervisores de casos

Cada una de las familias atendidas en el Programa tiene asignada la figura del Supervisor de Caso, cuyas funciones son:

- a) Coordinación de la intervención con las familias y de los profesionales del Servicio intervinientes (a través de reuniones semanales con los Trabajadores Familiares y periódicas con el resto de profesionales).
- b) Toma de decisión respecto a la intervención terapéutica.
- c) Análisis periódico con la familia de la evolución del caso y formulación consensuada de los objetivos de la intervención.
- d) Centralización de la información, y
- e) Elaboración de informes para su remisión a la Diputación Foral de Gipuzkoa.

Cada Supervisor tiene asignado un número máximo de quince familias.

## VIII. PLANIFICACION Y DESARROLLO DE LA INTERVENCION

### 1. Cuestiones previas a la incorporación de las familias al Programa

Previo a la incorporación de las familias al Programa de Intervención Familiar tienen lugar las siguientes acciones:

- Evaluación diagnóstica de la situación familiar por parte del equipo de Infancia y Juventud de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

- Análisis por parte de dicho equipo de la idoneidad de la participación de la familia en el Programa y formulación de los Objetivos Generales de la intervención.
- Elaboración del informe-propuesta del caso (con los contenidos anteriores) y remisión del mismo a los ejecutores del programa para su estudio.
- Determinación de las condiciones específicas del planteamiento a realizar a la familia para el inicio de su participación en el Programa.
  - Presentación inicial de los objetivos y recursos del Programa a la familia por parte del equipo técnico de Infancia y Juventud.

## 2. Incorporación de las familias al Programa

Una vez que la familia ha aceptado participar en el Programa, tiene lugar una presentación más detallada del mismo por parte del Supervisor del Caso (en entrevista celebrada en los locales de la Diputación Foral de Gipuzkoa), donde, en los casos pertinentes, se procede tras dicha entrevista a la firma del Contrato de Participación en el mismo.

## 3. Fase de Observación

Esta Fase se inicia cuando la familia comienza a ser atendida por el Servicio Especializado y comprende entre cuatro y ocho semanas.

Los objetivos de esta fase se centran básicamente en:

- a) Establecer una vinculación positiva entre la familia y los profesionales del Servicio.
- b) Recoger información actualizada y completa sobre la situación de la familia.
- c) Evaluar la conciencia del problema y motivación de cambio.
- d) Formular los objetivos iniciales (generales y específicos) de la intervención.

En esta fase se asigna a cada familia un Trabajador Familiar. En los casos en los que se considera pertinente una valoración de la situación del caso desde el contexto psicoterapéutico, se oferta dicho recurso a la familia.

## 4. Fase de Tratamiento Intensivo

Esta Fase se define por su objetivo de provocar cambios en la familia y conseguir su implantación. Para ello, en cada caso se analizan los recursos a proveer (tanto del propio Programa como ajenos al mismo) y el procedimiento de actuación, reevaluándose constantemente la adecuación o no de su mantenimiento y de los objetivos planificados. En todos los casos, se fomenta que la familia participe activamente en dicho proceso (a través de entrevistas periódicas para el análisis de la evolución del caso y formulación de nuevos objetivos mediante Contrato).

Inicialmente, estaba previsto que esta Fase tuviera una duración máxima de dieciocho meses. No obstante, en algunos casos ésta requerirá prolongarse. Por otra parte, si se evalúa que no es posible alcanzar los objetivos previstos, puede proponerse la baja del caso en el Programa.

## 5. Fase de Seguimiento

Esta tercera fase, denominada de Seguimiento, se inicia:

- a) Cuando los objetivos planificados con la familia referentes a la resolución de su problemática han sido conseguidos y los cambios terapéuticos se han producido e implantado, o
- b) Cuando se han conseguido algunos cambios en la dirección esperada y la situación de la familia es estable aunque no idónea, pero se valora que no es posible obtener mayores beneficios de la continuación de la Fase de Tratamiento Intensivo. Esta Fase está planteada con el objetivo de controlar el mantenimiento de los cambios producidos y posibilitar una vinculación adecuada de la familia de los profesionales del Programa.

## IX. MODELO DE APLICACION

Se discutió ampliamente sobre si la puesta en marcha debería ser realizada exclusivamente desde la iniciativa pública o cabría el modelo concertado. Había factores que aconsejaban ambas políticas pero, tras un breve período de reflexión en el que han intervenido y nos han ayudado compañeros de determinadas comunidades autónomas, la Diputación Foral de Gipuzkoa ha optado por la fórmula concer-

tada de intervención en base a los siguientes fundamentos:

- 1.º Se trata de un equipo con personalidad jurídica propia, vinculado a la Universidad y por tanto «apadrinado» por ésta en el sentido de contar con una exigencia actualizada de tipo metodológico y de investigación?
- 2.º La fórmula de la concertación aleja el fantasma del encorsetamiento de la Administración provocado por los condicionantes del trabajo diario.
- 3.º La responsabilidad del programa es absolutamente pública descargando la gestión cotidiana en una entidad privada colaboradora.
- 4.º La constante evolución de los servicios sociales y, en particular, del sector de la infancia marginada, que afortunadamente se incorpora a pasos agigantados a los servicios sociales que están en cabeza, no aconsejan, por el momento, pensar en fórmulas de implantación definitivas que arrojarían compromisos ineludibles.
- 5.º Finalmente, la Administración debe involucrar a los sectores de servicios privados mediante soluciones que garanticen su participación, generando una corriente de solidaridad que sería difícil de poner en práctica sólo desde los estamentos institucionales.

## X. COMENTARIO FINAL

Pueden adelantarse algunas consideraciones a modo de resultado, no sólo sobre la mejora que conlleva la aplicación del programa, sino también sobre otros extremos, por otra parte importantes en lo que afecta al modelo de implantación y a la fórmula de concertación:

- 1.º Sin entrar a evaluar el resultado final de la mejora conseguida en las familias intervenidas, se puede adelantar que el balance final del programa arroja un resultado positivo, no sólo por lo que de positivo supone para los menores y sus familias, sino también por lo que se ha podido ganar con la continuidad del menor en su núcleo familiar evitando internamientos que, en muchos casos, podrían resultar traumáticos.

- 2.º En los que respecta a la formulación del modelo concertado, el resultado también ha sido satisfactorio.

Gipuzkoa tiene una importante tradición en el asociacionismo y en el voluntarismo demostrado en numerosos órdenes de la vida. Este asociacionismo a veces es exagerado y en ocasiones puede estar necesitado de reconducciones ó moderaciones exteriores que eviten la excesiva atomización que se da en los numerosos órdenes sociales en los que actúa. Sin embargo, en colaboración mutua entre Administración e Instituciones privadas es un hecho cultural que no debe ser puesto en entredicho sólo por criterios de responsabilidad. No existe una fórmula única para el desarrollo de los servicios sociales pero, hoy por hoy no se cuestiona la conjunción público-privada incluso para aquellos sectores considerados desde siempre como tributarios del gasto público.

- 3.º Finalmente, puede asegurarse que esta medida de intervención familiar no debe ser más costosa económicamente que otras medidas interventoras más tradicionales. Es frecuente escuchar, en todo caso, que la aplicación del programa es cara. El hecho real es que si los menores atendidos en el programa de intervención familiar en 1991 en Gipuzkoa hubieran sido sujetos de otras medidas alternativas como la guarda, el coste de su mantenimiento se hubiera visto incrementado hasta en un 75%. Quizás no sean comparables ambos parámetros, pero es significativo que una burda comparación económica sobre los gastos producidos entre una y otra fórmula arroje un resultado altamente positivo para el proyecto al que, en ocasiones, se le acusa de ser caro.

Estas son algunas de las razones que avalan una alternativa que, no sólo por innovadora, responde fielmente a los principios que inspiran un modelo de servicios sociales que busca la normalización como fórmula de inserción social.

**Ignacio Iragorri Ordorica**

Jefe del Servicio de Programas Especializados

**DEFINICION DE MALTRATO INFANTIL Y SUS DIFERENTES MANIFESTACIONES**

Una de las cuestiones más problemáticas que surge al intentar planificar cualquier actuación coordinada que implique a diferentes colectivos profesionales en el área del maltrato y abandono a la infancia, es la de la definición operativa del problema. A pesar de la dificultad, no cabe duda de que clarificar el significado del término de manera precisa y consensuada es el primer requisito a cumplir para conseguir el objetivo de la Coordinación.

El primer capítulo de los seis Manuales elaborados para los grupos profesionales señalados anteriormente se centra por tanto en definir qué se entiende por Maltrato Infantil, describiendo las diferentes tipologías del mismo de manera operativa. Este primer capítulo incluye el mismo contenido en los seis Manuales.

En las siguientes páginas se resumen brevemente los criterios transmitidos en los Manuales respecto a esta cuestión.

**1. LA DIVERSIDAD DE TIPOLOGIAS DE MALTRATO Y SU DIFERENTE DETECCION, ETIOLOGIA, TRATAMIENTO Y PREVENCION**

**2. CARACTERISTICAS COMUNES DE LOS DIFERENTES TIPOS DE MALTRATO**

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

**3. CARACTERISTICAS COMUNES DE LOS DIFERENTES TIPOS DE MALTRATO**

Además de estas cinco tipologías, existen otros tipos de situaciones que

pueden poner en peligro la salud física y/o psíquica del o la menor. Dichas situaciones no han sido contempladas en el cuadro anterior por no ajustarse de manera estricta a los factores de categorización utilizados.

Estas son las siguientes:

- Explotación laboral.
- Corrupción.
- Incapacidad parental de control de la conducta del niño/a.
- Maltrato prenatal.
- Retraso no orgánico en el desarrollo.
- Síndrome de Munchausen por poderes.
- Abandono.

**3.1. Maltrato físico**

Definido como «cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño/a o le coloque en grave riesgo de padecerlo».

Tales acciones pueden provocar en el niño/a las siguientes lesiones:

- Magulladuras o moratones: en rostro, labios o boca; en diferentes fases de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos; con formas difícilmente explicables o no explicables por otros mecanismos, agrupados o como señal o marca del objeto con el que han sido inflingidos; en varias áreas diferentes, indicando que el niño/a ha sido golpeado/a desde distintas direcciones.
- Quemaduras: de puros o cigarrillos; quemaduras que cubran toda la superficie de las manos (como un guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente; quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; quemaduras que dejan una señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).

	ACTIVO	PASIVO
FISICO	Maltrato Físico Abuso Sexual	Abandono Físico
EMOCIONAL	Maltrato Emocional	Abandono Emocional

- Fracturas: en el cráneo, nariz o mandíbula; fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas); en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples.
- Torceduras o dislocaciones.
- Heridas o raspaduras: en la boca, labios, encías u ojos; en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- Señales de mordeduras humanas (especialmente cuando parecen ser de un adulto o son reiteradas).
- Cortes o pinchazos.
- Lesiones internas.
- Fractura de cráneo, daño cerebral, hematoma subdural.
- Asfixia o ahogamiento.

### 3.2. Abandono físico o negligencia

Definido como «aquella situación en la que las necesidades físicas básicas del/a menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo que convive con el niño/a».

Tales necesidades físicas básicas hacen referencia a las siguientes áreas:

- Alimentación.
- Vestido.
- Higiene.
- Cuidados médicos.
- Supervisión y vigilancia.
- Condiciones higiénicas y seguridad en el hogar.
- Área educativa.

### 3.3. Maltrato emocional

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

Las conductas incluidas en esta categoría son las siguientes:

- Rechazar: Se refiere a no aceptar las iniciativas de interacción del niño/a, excluirle de actividades familiares, expresarle una valoración negativa de sí mismo/a, e impedirle

evolucionar hacia una mayor autonomía y autodeterminación.

■ **Aterrorizar:** Se refiere a amenazar al niño/a con un castigo extremo y concreto o con uno vago pero siniestro, crear en él/ella un miedo intenso, de amenaza impredecible, o mantener hacia éste/a expectativas irrealizables castigándole por no alcanzarlas.

- **Aislar:** Se refiere a privar al niño/a de las oportunidades para establecer relaciones sociales.

### 3.4. Abandono emocional

Definido como «la falta persistente de respuesta por parte de los padres/tutores o figura adulta estable, a ciertas señales o expresiones emocionales del niño/a (llanto, sonrisa,...) o a los intentos de aproximación, interacción o contacto hacia dichos adultos».

La conducta incluida en esta categoría es la de Indiferencia, que se refiere al estado del padre/madre/tutor está preocupado por sí mismo y es incapaz de responder a las conductas del niño/a.

### 3.5. Abuso sexual

Definido como «cualquier clase de contacto sexual en un niño/a menor de 18 años por parte de un familiar/tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el/la menor».

En este caso se consideran aquellas situaciones en las que el/la menor es utilizado/a por sus padres o tutores para realizar actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso sexual.

Los tipos de abuso sexual pueden ser varios:

— **INCESTO:**

Contacto físico sexual o realización del acto sexual por un pariente de consanguinidad (padre/madre, abuelo/abuela) o por un hermano/a, tío/a, sobrino/a. Se incluye también el contacto físico sexual con figuras adultas que estén cubriendo de manera estable el papel de figuras parentales (padres adoptivos, parejas estables).

Se define contacto físico sexual o realización del acto sexual como penetración oral, anal o vaginal por, o en unión con, el órgano sexual de otra persona, o la penetración anal o vaginal con un objeto realizada por otra persona. Esto incluye actos comunmente conocidos como sexo oral (cunnilingus, fellatio), coito, copulación.

— VIOLACION:

Contacto físico sexual o realización del acto sexual realizado por una persona adulta exceptuando los casos señalados en el apartado anterior como Incesto.

Se define contacto físico sexual o realización del acto sexual de la misma manera que en el apartado anterior.

— VEJACION SEXUAL:

Conducta sexual con un/a menor cuando tal contacto, estimulación o interacción es usado para la estimulación o gratificación de las necesidades o deseos sexuales de otra persona. Esto incluye:

\* El tocamiento/manoseo intencionado de los genitales o partes íntimas, incluyendo los pechos, área genital, parte interna de los muslos y nalgas, o las ropas que cubren estas partes, por parte del perpetrador hacia el niño/a.

\* Alentar, forzar o permitir al niño/a que toque de manera inapropiada las mismas partes del perpetrador.

— ABUSO SEXUAL SIN CONTACTO FÍSICO:

Incluye las siguientes conductas:

\* Solicitud indecente a un niño/a o seducción verbal explícita.

\* Exposición de los órganos sexuales a un niño/a con el propósito de obtener excitación/gratificación sexual, agresión, degradación o propósitos similares.

\* Realización del acto sexual intencionadamente en la presencia de un/a menor con el objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, agresión, degradación u otros propósitos semejantes.

\* Masturbación en la presencia de un niño/a.

## 4. OTROS TIPOS DE MALTRATO

### 4.1. Explotación laboral

Definida como aquella situación en que «los padres o tutores asignan al niño/a con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que:

— Exceden los límites de lo habitual en el contexto socio-cultural en que se desarrolla el/la niño/a.

— Deberían ser realizados por adultos.

— Interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño/a.

— Son asignados al niño/a con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres/tutores o la estructura familiar».

### 4.2. Corrupción

Se refiere a «conductas que impiden la normal integración del niño/a y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas (especialmente en el área de la agresividad, sexualidad y drogas)».

Ello puede manifestarse de dos maneras:

— Los padres o tutores FACILITAN Y REFUERZAN pautas de conducta antisocial o desviadas que impiden la normal integración del niño/a.

— Los padres o tutores UTILIZAN al niño/a como «ayuda» o «tapadera» para la realización de acciones delictivas (robos, transporte de drogas, etc.).

### 4.3. Incapacidad de control de la conducta del niño/a

Definido como aquellas situaciones en que «los padres o tutores manifiestan o demuestran claramente su total incapacidad para controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento de su/s hijo/a/s».

#### 4.4. Maltrato prenatal

Comprende el consumo de drogas o alcohol durante el embarazo que provoca que el bebé nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos, con síntomas de dependencia física de aquéllas u otras alteraciones imputables al consumo de dichas sustancias.

#### 4.5. Retraso no orgánico en el desarrollo

Se trata de un diagnóstico médico dado a aquellos niños que no incrementan su peso con normalidad en ausencia de una enfermedad orgánica. Se diagnostica a partir de los siguientes índices:

- Peso, altura y diámetro craneal por debajo del percentil 3.<sup>o</sup> de las tallas en las que se recoge el crecimiento normativo.
- Ganancia sustancial de peso durante la estancia en el hospital.
- Recuperación del retraso evolutivo en un ambiente de cuidados adecuados.

#### 4.6. Síndrome de Munchausen por poderes

Este es un tipo de situación perceptible por el personal médico. Se define

como aquellas situaciones en que el padre/madre/tutor somete al niño/a a continuos ingresos y exámenes médicos alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa por el propio padre/madre/tutor (mediante inoculación de sustancias al niño/a, por ejemplo).

#### 4.7. Abandono

El padre/madre/tutor o la persona que tiene la custodia legal del o la menor o, en ausencia de esta persona, aquélla responsable de su bienestar, aún teniendo la posibilidad, rechaza total y deliberadamente las obligaciones parentales (ejemplos: dejar a un niño/a en una puerta o portal, dejar a un niño/a sin intención aparente de volver).

### 5. LA IMPORTANCIA DEL COMPONENTE AFECTIVO

— En un gran porcentaje de casos se producen simultáneamente diferentes tipologías de maltrato, de diversa gravedad cada una de ellas.

- La importancia de considerar el componente afectivo de la conducta parental.