

UNIVERSIDAD DE SEVILLA



LA INTERVENCIÓN DESARROLLADA
POR LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO
FAMILIAR. PERFILES FAMILIARES
ATENDIDOS Y ANÁLISIS DE LA
IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

TESIS DOCTORAL

Reyes Casares Ordoñez

Sevilla, 2017

LA INTERVENCIÓN DESARROLLADA POR LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR. PERFILES FAMILIARES ATENDIDOS Y ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA



Tesis Doctoral presentada por
D. Reyes Casares Ordoñez
Para la obtención del Grado de Doctora

AUTORIZACIÓN DE LA PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

Comisión Académica del Programa del Doctorado:

Programa Oficial de Doctorado en Estudios Avanzados en Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Director de la Tesis Doctoral.

D. Miguel Garrido Fernández

Profesor. Titular del Dpto. de Personalidad,
Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Universidad de Sevilla

Directora de la Tesis Doctoral

Dña. Victoria Hidalgo García

Profesora. Titular del Dpto. de Psicología
Evolutiva y de la Educación
Universidad de Sevilla

Agradecimientos

GRACIAS A LA VIDA QUE ME HA DADO TANTO.

A mis padres, que ya no están pero que siempre estarán conmigo.

A mis hijos Enrique, Pablo y Reyes y a mi pequeño nieto Mario.

LOS SUEÑOS ESTÁN AHÍ Y HAY QUE REALIZARLOS

"Todo parece imposible hasta que se hace". Nelson Mandela

Si gracias, sobre todo porque me siento afortunada por estar rodeada de personas generosas y que me han ayudado a realizar un sueño en la mitad, espero, que de mi vida.

Recuerdo cuando comenzó esta pequeña locura en un día a día que realmente es incompatible con la realización de un trabajo tan intenso como es una tesis doctoral. Ha sido un esfuerzo y una prueba de perseverancia y disciplina que tenía lejos de creer que podría conseguir.

Mis primeros agradecimientos son para Victoria Hidalgo y Miguel Garrido, mis directores en este trabajo. La generosidad, buen hacer, dedicación y los conocimientos se mezclan con haber creído en mí y en las posibilidades de que acabaría este proceso, convirtiendo lo imposible en alcanzables. Como en las familias me han desarrollado mis fortalezas y esto ha hecho posible que aunque a veces he estado a punto de dejarlo, he crecido en la adversidad.

En segundo lugar a Javier Pérez y Lara Nunes por su inestimable ayuda. Son dos personas brillantes y que no me cabe duda que conseguirán lo que se propongan en sus carreras académicas.

Mi primera compañera de "viaje" Elena Torrado, todo un verano compartiendo silencios, confidencias y trabajo. Luego la compañía se amplió por mis queridas compañeras del Colegio Oficial de Psicología de la Delegación de Andalucía Occidental de la Delegación de Sevilla, con Angie y Maripe, que me acompañaron en mis momentos más bajos, para pasar por mis queridas Cristina y Rocío, siempre con palabras de aliento y con un café a media mañana o a media tarde.

Isa, mi inestimable Isa, que también me ha acompañado a lo largo de todo este proceso y tanto le agradezco su compañía. Por último, Ana Domínguez, que es mi pequeña "hermana" elegida,

siempre está, nunca es un “no puedo”. Y un sinfín de personas más que me han alentado y ayudado a llegar al final del camino, Isabel, Lucía, Lola, Juan Carlos, Nacho y Pedro.

Gracias, gracias a todos y a todas lo/as que me habéis acompañado en este viaje

Y Por último gracias a la Delegación en aquel entonces de Asuntos Sociales y Zona de Especial Actuación del Ayuntamiento de Sevilla, donde he desarrollado mi trabajo durante más de treinta años, y donde he pasado tanto tiempo como en mi propia casa. Y a mis compañeros/as del Ayuntamiento de Sevilla porque sin su implicación no hubiese sido posible recabar los datos de este trabajo y por último y para mí lo más importante....

A LAS FAMILIAS QUE ME HAN PERMITIDO ENTRAR EN SUS VIDAS.

Índice

PRESENTACIÓN	17
I MARCO LEGISLATIVO, TEORÍCO Y ORGANIZATIVO	25
CAPITULO I: Los Servicios de atención a la Infancia y la familia. El camino desde la protección a la prevención, la promoción y la preservación familiar	27
1.1. Marco legislativo y jurídico competencial.....	29
1.1.1. Normativa a nivel internacional.....	30
1.1.2. Normativa a nivel estatal.....	34
1.1.3. Normativa a nivel autonómico.....	45
1.1.3.1. En materia de Servicios Sociales.....	46
1.1.3.2. En materia de menores y familia.....	48
1.1.4. Normativa a nivel local.....	55
1.1.5. Marco legislativo actual del Sistema de Protección de Menores.....	58
CAPITULO II: La atención a la infancia, la adolescencia y la familia	63
2.1. La familia como contexto promotor de desarrollo y socialización de niños, niñas y adolescentes.....	64
2.2. La atención de las necesidades de la infancia y la promoción del buen trato dentro del contexto familiar.....	68
2.3. La familia como contexto de riesgo: Evolución de los modelos explicativos del riesgo y el maltrato Infantil.....	82
2.3.1. Modelos de primera generación.....	84
2.3.2. Modelos de segunda generación: Riesgo y protección como elementos definitorios del riesgo psicosocial.....	88
2.3.2.1. Principales modelos y aportaciones.....	89
2.3.2.2. Factores de riesgo y de protección.....	98

2.3.2.3. Factores de vulnerabilidad y resiliencia.....	100
2.3.3. Modelos contemporáneos o de tercera generación. Los cinco vértices del riesgo.....	107
CAPITULO III: El sistema de protección y atención a la infancia y la familia en Andalucía: Marco administrativo y estructura organizativa.....	119
3.1. Niveles y agentes en el Sistema Público de Atención, Prevención y Protección a la Infancia y las Familias en Andalucía.....	121
3.1.1. Los Servicios Comunitarios de las Corporaciones Locales o Municipal.....	123
3.1.2. Los Servicios Especializados de la Junta de Andalucía.....	127
3.2 La intervención familiar en el sistema de atención y protección de menores desde los Servicios Sociales de Andalucía.....	132
3.2.1. Evolución y principios inspiradores de la intervención.....	132
3.2.2. Niveles de intervención y abordaje en los diversos grados de riesgo.....	138
3.2.2.1 Servicio de Cooperación Social (COSO).....	139
3.2.2.2 Servicio de Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento (SIOV).....	140
3.2.2.3. Servicio de Convivencia y Reinserción Social (CORE).....	141
3.2.2.4 Servicio de Ayuda a Domicilio y Atención a la Dependencia (SAD).....	143
3.2.2.5 Equipo de Tratamiento Familiar (ETF).....	144
CAPITULO IV: La intervención familiar desde los Equipos de Tratamiento Familiar. Estructura, funcionamiento y principales dimensiones objeto de su intervención.....	149
4.1. Estructura y funcionamiento de los ETF.....	150
4.1.1. Líneas generales del Programa y elementos organizativos.....	152
4.1.2. Familias destinatarias.....	156
4.1.3. Modalidades de Intervención: Motivos de inclusión y exclusión.....	157
4.1.4. La valoración de las situaciones de riesgo, desprotección o desamparo infantil.....	161
4.1.5. Características del tratamiento desarrollado por los ETF.....	166
4.2. Dimensiones objeto de intervención por parte de los ETF.....	168

4.2.1. El Estrés Parental.....	169
4.2.1.1 Teorías basadas en la respuesta.....	170
4.2.1.2 Teorías basadas en el estímulo.....	171
4.2.1.3 Teorías basadas en la Interacción.....	177
4.2.1.4 El estrés en las familias de riesgo psicosocial: El estrés parental.....	181
4.2.2. Los procesos de afrontamiento.....	196
4.2.3. El malestar psicológico.....	207
4.2.4. El Funcionamiento familiar.....	214
II METODOLOGÍA.....	230
CAPÍTULO V: Diseño de la investigación.....	231
5.1. Objetivos de la investigación.....	232
5.2. Método.....	234
5.2.1. Procedimiento.....	234
5.2.2. Participantes.....	236
5.2.3. Instrumentos.....	237
5.2.3.1. Memorias Técnicas anuales de evaluación del Programa de Tratamiento a familias con menores.....	238
5.2.3.2. Ficha de datos sociodemográficos e historial de intervención.....	239
5.2.3.3. Cuestionario de Salud General (GHQ-28).....	239
5.2.3.4. Parenting Stress Index- Short Form (PSI-SF).....	241
5.2.3.5. Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scale III (FACES III).....	242
5.2.3.6. Family Communication Scale (FCS).....	243
5.2.3.7. Escala de Afrontamiento del Estrés Abreviada (Brief Coping with Stress Scale, COPE-A.).....	244
5.2.4. Plan De Análisis.....	244
5.2.4.1. Supuestos estadísticos y análisis previo.....	245

5.2.4.2. Técnicas estadísticas.....	245
5.2.4.2.1. Técnicas univariantes.....	245
5.2.4.2.2. Técnicas bivariantes: pruebas paramétricas y no paramétricas.....	246
5.2.4.2.3. Técnicas multivariantes.....	247
III RESULTADOS.....	251
CAPÍTULO VI: Resultados relativos a la explotación de los datos recogidos en las Memorias anuales del Programa de Tratamiento de Familias con Menores elaboradas por los Equipos de Tratamiento Familiar.....	253
6.1. Datos sociodemográficos de los menores y las familias atendidas.....	254
6.1.1. Número de casos atendidos.....	255
6.1.2. Características sociodemográficas de los menores.....	256
6.1.3. Características sociodemográficas de los adultos y de las familias.....	258
6.2. Perfil y grado de riesgo de las familias atendidas.....	263
6.2.1. Factores de riesgo observados en las familias.....	264
6.2.2. Prevalencia y tipología de situaciones de maltrato observadas.....	265
6.2.3. Situación de los menores atendidos.....	267
6.3. Características de la aplicación del Programa en sus dos modalidades: Familias en situación de riesgo social y reunificación familiar.....	269
6.3.1. Criterios de inclusión en el Programa.....	269
6.3.2. Duración del período de intervención y atención en los Servicios Sociales.....	272
6.3.3. Motivos de la finalización.....	273
6.3.4. Grado de consecución de objetivos y derivaciones posteriores.....	276
6.3.5. Principales actividades desarrolladas por los profesionales y recursos utilizados.....	278
6.4. Valoraciones de los profesionales de los ETF sobre dificultades y propuestas de mejora.....	280
6.4.1 Dificultades encontradas por los profesionales en la aplicación del Programa en sí mismo.....	281

6.4.1.1 Referidas al Programa.....	281
6.4.2 Dificultades relativas a circunstancias de carácter externo.....	284
6.4.2.1 Referidas al Programa.....	284
6.4.3. Propuestas de mejora.....	285
6.4.3.1 Referidas al Programa.....	285
6.4.3.2 Referidas a circunstancias externas.....	287
6.5. Resumen de los resultados obtenidos.....	287
CAPÍTULO VII: Perfil psicosocial de las familias usuarias de los Equipos de Tratamiento Familiar. Análisis descriptivos de indicadores sociodemográficos y dimensiones psicológicas.....	291
7.1. Descripción del perfil sociodemográfico de las familias.....	292
7.2. Descripción del historial de atención e intervención en los Servicios Sociales.....	293
7.3. Resultados descriptivos de las dimensiones psicológicas analizadas.....	294
7.3.1. Estrés parental.....	294
7.3.2. Estrategias de afrontamiento.....	299
7.3.3. Malestar psicológico.....	304
7.3.4. Funcionamiento familiar.....	306
7.4. Resumen de los resultados obtenidos.....	312
CAPÍTULO VIII: Variabilidad en los perfiles familiares de los usuarios/as de los Equipo de Tratamiento Familiar: Identificación de una tipología y su relación con las dimensiones psicológicas y del proceso de intervención.....	315
8.1. Relaciones entre las dimensiones psicológicas y análisis de su influencia en el desarrollo y evolución de la intervención desarrollada por los Equipos de Tratamiento Familiar.....	317
8.1.1. Análisis correlacional de las diferentes dimensiones psicológicas analizadas.....	317
8.1.2. Estrés parental y malestar psicológico: análisis de los perfiles clínicos.....	319
8.1.3. Dimensiones explicativas del grado de cooperación de la familia con el plan de caso.....	321
8.1.4. Dimensiones explicativas del nivel de riesgo del caso.....	323

8.1.5. Dimensiones explicativas de la evolución del caso durante el proceso de intervención.....	326
8.1.6. Resumen de resultados.....	327
8.2. Análisis de la variabilidad de perfiles familiares entre los usuarios/as de los ETF.....	328
8.2.1. Identificación de una tipología entre los usuarios/as de los ETF atendiendo al estrés parental, las estrategias de afrontamiento y el malestar psicológico.....	329
8.2.2. Relación de la tipología identificada con indicadores relativos al proceso de intervención y con la calidad de la dinámica familiar.....	332
8.2.2.1. Perfiles familiares identificados y su relación con indicadores de riesgo y del proceso de intervención.....	332
8.2.2.2. Perfiles familiares identificados y su relación con el número de menores retirados.....	333
8.2.2.3. Perfiles familiares identificados y su relación con la dinámica familiar.....	335
8.2.3. Influencia de las variables reconocimiento de los problemas y motivación para solucionarlos en la configuración de la tipología.....	336
8.3. Resumen de resultados.....	337
IV DISCUSIÓN.....	339
CAPÍTULO IX: Discusión y conclusiones.....	340
9.1. Los Equipos de Tratamiento Familiar: Perfil de las familias atendidas y características del proceso de intervención.....	342
9.1.1. Características del perfil sociodemográfico de las familias atendidas por los ETF.....	343
9.1.2. Elementos de riesgo en las trayectorias vitales de las familias atendidas por los ETF.....	350
9.1.3. Características de la intervención desarrollada por los ETF en sus dos modalidades: subprogramas de riesgo social y de reunificación familiar.....	358
9.1.4. Estrés parental, malestar psicológico, afrontamiento y funcionamiento familiar de las familias atendidas por los ETF.....	367

9.2. Perfiles de familias que se asocian con mejores resultados en la intervención desarrollada por los ETF.....	377
9.2.1. Dimensiones psicológicas estudiadas y su influencia en el desarrollo y la evolución de la intervención desarrollada por los ETF.....	378
9.2.2. Variabilidad de perfiles familiares entre los usuarios/as de los ETF.....	379
9.3. Orientaciones y recomendaciones prácticas.....	383
9.3.1. Orientaciones y propuestas para mejorar las intervenciones con las familias en situación de riesgo psicosocial desarrolladas por los Servicios Sociales y los ETF.....	384
9.3.2. Orientaciones a las instituciones encargadas de la Protección y Atención a la Infancia.....	393
9.4. Limitaciones y posibles líneas futuras de investigación.....	396
V BIBLIOGRAFÍA.....	400
VI LEGISLACIÓN Y NORMATIVA.....	439
VII ANEXOS.....	445

Índice de Figuras

Figura 1.1. Medidas propuestas: Áreas de acción, ámbitos de actuación y ejes transversales.....	54
Figura 2.1. La familia como institución social (Escartín, 1998).....	67
Figura 2.2. Pirámide de Maslow (Tomado de Planned Parenthood Federation of America, 2008).	70
Figura 2.3. Ecuación de los Buenos Tratos Infantiles (Tomado de Barudy y Dartagnan, 2009, p.50)	76
Figura 2.4. Modelo Ecológico de Belsky (1993).....	91
Figura 2.5. Modelo de familias en riesgo (Tomado de Repetti et al., 2002, p 331).....	95
Figura 2.6. Modelo de Personas por contexto por Eventos Estresantes. (Tomado de Martin 2005, p. 55) denominado posteriormente como Modelo multidimensional de ajuste personal y social a largo plazo (Rodrigo et al 2008, p 28).....	110
Figura 2.7. Modelo de recursos y fortalezas de la familia (Martín et, al., 2013).....	112
Figura 3.1. Sistema Público de atención y protección a la infancia y la familia en Andalucía.....	123
Figura 3.2. Competencias de los Servicios Sociales Comunitarios.....	124
Figura 4.1. Síndrome General de Adaptación (Selye, 1956).....	171
Figura 4.2. Modelo Procesual del estrés y principales relaciones en los 7 componentes básico.....	180
Figura 4.3. Modelo de estrés familiar (Conger et al., 2000).....	192
Figura 4.4. Modelo de Pinderhughes, et al. (2000).....	193
Figura 4.5. Determinantes de la conducta parentales el modelo de estrés parental de Abidín (1992).....	194
Figura 4.6. Fases de la aproximación mediacional cognitiva del modelo de Lazarus y Folkman (1984).....	198
Figura 4.7. El proceso de afrontamiento. (Vázquez, Crespo y Ring, 2000).....	201
Figura 4.8. El modelo de estrés y afrontamiento asociado al maltrato infantil (Hillson y Kupier, 1994).....	204

Figura 4.9. Modelo hipotetizado de Ethier, et al. (1995), que relaciona la depresión, el estrés parental y la negligencia.....	213
Figura 4.10. Modelo circumplejo adaptado de Olson et al. Tomado de Martínez-Pampliega, et al. (2006).....	218
Figura 4.11. Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y flexibilidad. Olson, et al (1989).....	220
Figura 6.1. Número de menores y familias atendidas por año en las dos modalidades del Programa.....	255
Figura 6.2. Edad de los menores atendidos en las dos modalidades del Programa.....	257
Figura 6.3. Composición familiar de las familias atendidas por los Equipo de Tratamineto Familiar...259	
Figura 6.4. Nivel educativo de las madres y los padres atendidos por los Equipo de Tratamineto Familiar.....	260
Figura 6.5. Distribución de las familias según sus ingresos anuales.....	261
Figura 6.6. Procedencia de los ingresos.....	262
Figura 6.7. Situación laboral de las madres y los padres atendidos por los Equipo de Tratamiento Familiar.....	262
Figura 6.8. Situación de las viviendas de las familias atendidas por los ETF.....	263
Figura 6.9. Factores de riesgo más frecuentes en la modalidad de Atención a familias en situación de riesgo social.....	264
Figura 6.10. Factores de riesgo más frecuentes en la modalidad de Atención a familias en situación de reunificación familiar.....	265
Figura 6.11. Tipología del Maltrato en las dos modalidades del programa.....	266
Figura 6.12. Miembro de la unidad familiar implicado en el maltrato.....	267
Figura 6.13. Situación de los Menores en el subprograma de riesgo social.....	268
Figura 6.14. Situación de los Menores en el subprograma de reunificación familiar.....	269
Figura 6.15. Criterios de inclusión en el programa.....	270
Figura 6.16. Evolución de los criterios de inclusión en el programa durante el período evaluado.....	271
Figura 6.17. Duración de la intervención (en meses) en las dos modalidades del programa.....	272
Figura. 6.18. Motivo de finalización en la modalidad de riesgo social.....	274
Figura. 6.19. Motivos de la finalización del tratamiento en la modalidad de riesgo social.....	275

Figura 6.20. Motivo de finalización en la modalidad de reunificación familiar.....	275
Figura 6.21. Finalización Tratamiento por decisión de los responsables reunificación social.....	276
Figura 6.22. Consecución de objetivos finales en las dos modalidades del Programa.....	277
Figura 6.23. Datos anuales de consecución de objetivos en la modalidad de riesgo social.....	277
Figura 6.24. Datos anuales de consecución de objetivos en la modalidad de reunificación familiar.....	278
Figura 6.25. Actividades realizadas por los profesionales de los ETF.....	279
Figura 6.26. Conjunto de recursos externos utilizados por los profesionales de los ETF.....	280
Figura 7.1. Distribución de las puntuaciones del estrés parental total.....	294
Figura 7.2. Distribución de las puntuaciones del Malestar parental.....	296
Figura 7.3. Distribución de las puntuaciones del Interacción disfuncional padre-hijo.....	297
Figura 7.4. Distribución de las puntuaciones de Niño difícil.....	298
Figura 7.5. Distribución de las puntuaciones de Afrontamiento centrado en el problema.....	300
Figura 7.6. Distribución de las puntuaciones de Afrontamiento centrado en la emoción.....	301
Figura 7.7. Distribución de las puntuaciones de Afrontamiento centrado en la evitación.....	303
Figura 7.8. Distribución de las puntuaciones de Malestar psicológico.....	305
Figura 7.9. Distribución de las puntuaciones de Cohesión familiar.....	307
Figura 7.10. Distribución de las puntuaciones de Adaptabilidad familiar.....	308
Figura 7.11. Distribución de las puntuaciones de Funcionamiento familiar.....	310
Figura 7.12. Distribución de las puntuaciones de Funcionamiento familiar.....	311
Figura 8.1. Distribución del número de síntomas psicológicos y punto de corte del GHQ-28.....	320
Figura 8.2. Distribución de las puntuaciones del estrés parental y punto de corte del PSI-SF.....	320
Figura 8.3. Niveles de cooperación con la intervención mostrado por las familias usuarias de los ETF.....	322
Figura 8.4. Distribución del nivel de riesgo según profesional distribuido en tres categorías: bajo, medio y alto.....	324
Figura 8.5. Distribución de la evolución del caso según el profesional.....	326
Figura 8.6. Dendograma del análisis jerárquico con las dimensiones de estrés, afrontamiento y malestar psicológico (método de Ward).....	330

Figura 8.7. Gráfico de barras de los centros de los conglomerados finales.....	331
Figura 8.8. Distribución de puntuaciones de la evolución del caso atendiendo a los tres grupos de progenitores identificados.....	333
Figura 8.9. Menores retirados en relación a los perfiles familiares identificados.....	334
Figura 8.10. Dimensiones de la dinámica familiar en relación a los perfiles familiares identificados.....	334

Índice de Tablas

Tabla 1.1. Resumen del Marco Legislativo del Sistema de Protección de Menores.....	58
Tabla 2.1. Propuesta de necesidades secundarias relacionadas con la salud física y la autonomía desde el nacimiento a la adolescencia según Doyal y Gough. (Tomado de Ochaita y Espinosa, 2004).....	71
Tabla 2.2. Necesidades de la Infancia y Protección infantil (Tomado de López, 1995).....	72
Tabla 2.3. Tipología de necesidades infantiles propuesta por Barudy y Dantagnan (2009).....	77
Tabla 2.4. Variables relacionadas con el Buen trato (Tomado de Hidalgo, 2003).....	80
Tabla 2.5. Factores de riesgo y protección en la explicación del maltrato según Cicchetti y Rizley (1981).....	93
Tabla 2.6. Los pilares de la resiliencia (Tomado en Wolin, 1999).....	103
Tabla 2.7. Factores de protección en relación al Maltrato infantil (Cabrera, 2013. p 38).....	105
Tabla 2.8. Conjunto inicial de áreas competenciales requeridas para la tarea de ser padres y madres en contextos de riesgo psicosocial (Cabrera, 2013. p 55).....	113
Tabla 2.9. Principios de la perspectiva centrada en las fortalezas (Saleebey, 2006).....	116
Tabla 2.10. Principios de la psicología positiva centrada en la familia (Sheridan et al., 2004).....	116
Tabla 3.1. Terminología para familias en situación de riesgo y/o vulnerabilidad (Tomado de Rodrigo, 1998).....	134
Tabla 3.2. Niveles de intervención, servicios y programas en función de las necesidades de desarrollo que presentan los menores y el riesgo familiar.....	146
Tabla 4.1. Datos cuantitativos del Programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo y desprotección en Andalucía en el año 2015.....	151
Tabla 4.2. Distribución por provincias de las familias y los menores atendidos en los equipos de Tratamiento Familiar en Andalucía durante el año 2015.....	151
Tabla 4.3. Distribución de las familias y los menores susceptibles de ser atendidos en Sevilla capital por los ETF durante el año 2015.....	152

Tabla 4.4. Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia en Andalucía. (Junta de Andalucía, 2013.p. 25).....	166
Tabla 4.5. Modelo, Teoría, Enfoques y Autores del Estrés. (Adaptada de Fernández-Baena, 2007).....	170
Tabla 4.6. Clasificación de sucesos vitales estresante (AVE) Factores estresantes y familia de riesgo Héller (citado por Aybar Zurita, 2007).	175
Tabla 4.7. Clasificación de sucesos vitales estresantes (AVE) Fernández-Ballesteros (Citado por Aybar Zurita, 2007).....	176
Tabla 4.8. Responsabilidades de la maternidad en relación al hijo o hija en la etapa infantil Barnard y Sochany, (citado en Pérez 2014).....	182
Tabla 4.9. Definiciones de afrontamiento (Soriano, 2002).....	196
Tabla 4.10. Descripción y caracterización de las Escalas de cuestionarios Cope (Crespo y Cruzado (1997).....	202
Tabla 4.11. Adaptación del cuadro de Influencia teóricas en la evolución del concepto “Malestar Psicológico”(Tomado de Espindola et al. (2006)....	208
Tabla 4.12. Estructura y Dinámica de Castellón y Ledesma (2012).....	215
Tabla 4.13. Indicadores de familias disfuncionales y multi-problemas. Ares, (tomado de Castellón y Ledesma, 2012)	217
Tabla 5.1. Objetivos generales y específicos de la investigación.....	232
Tabla 5.2. Distribución por zonas de las familias participantes.....	236
Tabla 5.3. Características de los y las participantes en el estudio.....	237
Tabla 5.4. Áreas, dimensiones e instrumentos de evaluación utilizados en la recogida de datos con las familias.....	238
Tabla 6.1. Total de menores y familias atendidas por los ETF en las dos modalidades del Programa...256	
Tabla 6.2. Historial de atención en los Servicios Sociales.....	273
Tabla 7.1. Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con el Estrés parental total.....	295
Tabla 7.2. Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con el Malestar parental.....	296
Tabla 7.3. Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con la relación disfuncional padre-hijo.....	298

Tabla 7.4. Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con niño difícil.....	299
Tabla 7.5. Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con afrontamiento centrado en el problema.....	301
Tabla 7.6. Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con afrontamiento centrado en la emoción.....	302
Tabla 7.7. Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con afrontamiento centrado en la evitación.....	304
Tabla 7.8. Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con el Malestar psicológico.....	306
Tabla 7.9. Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con Cohesión familiar.....	308
Tabla 7.10. Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con Adaptabilidad familiar.....	309
Tabla 7.11. Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con el funcionamiento familiar.....	311
Tabla 7.12. Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con Comunicación familiar.....	312
Tabla 8.1. Relaciones entre las dimensiones psicológicas analizadas.....	318
Tabla 8.2. Resumen del modelo final del análisis de regresión lineal múltiple.....	323
Tabla 8.3. Coeficientes del análisis de regresión lineal múltiple con la colaboración con la intervención como variable dependiente.....	323
Tabla 8.4. Resumen del modelo final del análisis de regresión lineal múltiple.....	324
Tabla 8.5. Coeficientes del análisis de regresión lineal múltiple con la valoración del profesional del nivel de riesgo familiar como variable dependiente.....	325
Tabla 8.6. Resumen del modelo final del análisis de regresión lineal múltiple.....	325
Tabla 8.7. Coeficientes del análisis de regresión lineal múltiple con el nivel de riesgo según el profesional como variable dependiente.....	325
Tabla 8.8. Resumen del modelo final del análisis de regresión lineal múltiple.....	327
Tabla 8.9. Coeficientes del análisis de regresión lineal múltiple con la evolución del caso según el profesional como variable dependiente.....	327
Tabla 8.10. Historial de iteraciones del análisis de conglomerados confirmatorio.....	331

Tabla 8.11. Tabla de contingencia que muestra la distribución de puntuaciones entre los conglomerados y la retirada o no del menor.....	334
Tabla 8.12. Estimaciones de los parámetros para el modelo de regresión logística multinomial con el reconocimiento y motivación para solucionar problemas tomando como referencia al grupo de madres eficaces y ajustadas.....	336
Tabla 8.13. Tasa de clasificaciones correctas con los grupos de progenitores activos y límites y evitativos y clínicos tomando como referencia el grupo de ajustados y eficaces.....	337

PRESENTACIÓN

La prevención, detección e intervención del riesgo psicosocial aplicado a las familias constituye una de las competencias de mayor tradición en el ámbito de actuaciones de los Servicios Sociales Comunitarios. En este sentido, la estructura adoptada por la Administración Pública para dar cobertura a las necesidades de las familias en riesgo psicosocial ha experimentado una sucesiva transformación y adaptación a las necesidades planteadas a lo largo de estos últimos 30 años de desarrollo de los Servicios Sociales, creando y/o transformando los diferentes Servicios de Atención Familiar. Un ejemplo de ello ha sido la incorporación de los Equipos de Tratamiento Familiar al Sistema Público de Servicios Sociales en el año 2000, como un recurso especializado de tratamiento a familias con menores en riesgo.

No obstante y a pesar del significativo avance legislativo, conceptual y organizativo experimentado en los últimos años por los Servicios de Protección a la infancia y los recursos dependientes de éstos, no parece que este desarrollo haya estado siempre vinculado a la evidencia empírica obtenida en estudios rigurosos sobre la población socialmente vulnerable y las familias en riesgo. Este aspecto resulta especialmente significativo si tenemos en consideración la enorme dimensión que han ido adquiriendo los Servicios Sociales en general y los Servicios Sociales Comunitarios en particular, así como el grado de complejidad que han desarrollado y los recursos humanos y económicos que comprometen.

Por otro lado y unido a lo anterior, no parece que gran parte de los procedimientos, herramientas, instrumentos y toma de decisiones incorporados por el sistema social de protección sean la consecuencia y el resultado de la investigación empírica en este campo. Más bien, puede estar sucediendo que en muchos casos sean la intuición y la experiencia derivada de la práctica profesional las que se han ido convirtiendo en la principal directriz para el desarrollo de programas de intervención para familias en situación de riesgo. Todo ello sin que exista un consenso global sobre conceptos más específicos o se disponga de instrumentos estandarizados y adaptados a la población sobre la que se trabaja. En este sentido, resulta especialmente llamativa la ausencia de datos acerca del modo en que las dimensiones psicológicas individuales de los padres y madres pueden estar relacionadas con los procesos de riesgo social asociados al contexto familiar.

Es por ello que, habiendo transcurrido un periodo de tiempo considerable desde la puesta en marcha de recursos concretos para la atención a las familias en riesgo, la consolidación de un modelo de trabajo más o menos claro por parte de los diferentes servicios de atención social y la carencia de estudios sobre la población a la que se dirige la intervención, creemos que cobra sentido la necesidad de obtener más información sobre algunos aspectos que permitan aumentar nuestro conocimiento y, si es posible, aportar herramientas que aumenten la eficacia de las intervenciones y la eficiencia de los procesos que las sostienen.

De ahí que el presente estudio haya ido dirigido, fundamentalmente, a tratar de conocer mejor el perfil de las familias en riesgo psicosocial atendidas por los Equipos de Tratamiento Familiar (en adelante ETF) y algunas cuestiones relacionadas con la intervención que desarrollan estos equipos. Así mismo, nos ha parecido que podría resultar especialmente interesante profundizar en el papel que desempeñan algunas de las dimensiones psicológicas de los padres, madres y/o tutores, que son los que tienen que ejercer las funciones y asumir las responsabilidades relacionadas con el cuidado, la protección y la educación de sus hijos e hijas, teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad social de la que parten.

Este trabajo pretende, por tanto, aportar datos empíricos acerca del posible efecto que algunas de las principales variables psicológicas de los padres y madres puede estar teniendo en el desempeño de la parentalidad, teniendo en cuenta el contexto de riesgo y desprotección en el que se encuentran estas familias y que motiva la atención por parte de los ETF. Esperamos además que esta información nos permita hacer propuestas concretas que mejoren las intervenciones profesionales y que redunden en un aumento de la eficiencia de los recursos.

Marco conceptual del estudio

Una vez realizada la justificación del estudio ofrecemos, a modo de introducción, una descripción del marco conceptual en el que se integra esta Tesis Doctoral.

Los Servicios Sociales constituyen, como instrumento de Política Social, un sector de primer orden para la atención e intervención con familias y menores, teniendo entre sus principales funciones la de garantizar el bienestar infantil, asegurándose de que niños, niñas y adolescentes tengan un desarrollo armónico y adaptado a sus necesidades. Esta tarea, asumida en España por un sistema público desde la década de los 80, ha evolucionado mucho hasta la actualidad, dado que las respuestas de ayer ya no se ajustan a las necesidades de la familia y los menores de hoy. Este proceso de cambio ha sido posible gracias a tres ejes fundamentales:

El primero tiene que ver con los **cambios legislativos** que se han ido produciendo en nuestro país en materia de infancia y familia a partir de la aprobación de la Convención sobre los derechos del niño. A partir de este hito, la prioridad en la atención a la infancia se ha centrado en garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes, así como posibilitar las condiciones económicas, materiales y sociales que necesitan las familias para que sus hijos e hijas se desarrollen adecuadamente. En este sentido, la familia es considerada como un elemento central en la Constitución Española, incorporando en su artículo 39 la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia y dentro de ésta, con carácter singular, la de los menores. De esta manera, el reconocimiento tanto del valor de la familia como de los derechos de la infancia ha ido en aumento, adquiriendo especial relevancia el convencimiento de la necesidad de protección de los menores. En suma, las numerosas modificaciones legislativas experimentadas tienen que ver fundamentalmente con las siguientes cuestiones:

➤ La convicción de que la familia cumple un papel trascendental en el desarrollo de los hijos e hijas y que, por tanto, los servicios públicos deben cuidarla, potenciarla y favorecerla para que los progenitores puedan cumplir adecuadamente sus funciones y tareas educativas. En este sentido, la familia de origen es el eje central de las intervenciones promocionales, preventivas y de protección de los menores.

➤ La necesidad de mantener a los menores en su contexto familiar y, por tanto, que las intervenciones se desarrollen en el medio y tengan como principal finalidad la preservación familiar.

➤ La necesidad de que el interés superior del menor guíe todas las actuaciones que se desarrollen y que, en todas ellas, se garanticen sus derechos.

➤ La necesidad de incorporar a niños, niñas y adolescentes como sujetos de pleno derecho, cuyas necesidades han de ser entendidas desde un marco amplio de respeto a los ciudadanos menores de edad, que reclaman la participación y consideración que les corresponde en todos aquellos entornos en los que su vida se desarrolla.

En segundo lugar, se han producido una serie de **cambios sociales y conceptuales** que han supuesto, por un lado, una redefinición del concepto de familia que tiene en cuenta la variabilidad de formas familiares, la diversidad cultural, la redefinición de roles de género, etc.; y por otro, una mayor sensibilización social ante las necesidades de la infancia y las situaciones de desprotección.

Estos cambios han sido fruto, en gran medida, del interés que ha despertado el estudio de las familias en situación de riesgo en las últimas décadas, que ha promovido la aparición progresiva de un amplio cuerpo de conocimientos en torno a las características de estos progenitores y diferentes modelos descriptivos y explicativos de sus dinámicas familiares. Este interés académico ha propiciado la incorporación progresiva de una visión más comprehensiva de la intervención familiar, que no sólo trata de eliminar comportamientos negativos, sino que tiene como finalidad la promoción del buen trato, el bienestar infantil y el ejercicio de la parentalidad positiva, abriendo el camino a una intervención más amplia e integral.

De acuerdo con estos planteamientos, serían destinatarios de la intervención no solo las familias en situación de riesgo, sino todas las familias que requieran de apoyo, asesoramiento o intervención para mejorar el desempeño de los progenitores y promover el desarrollo de sus hijos e hijas. En este sentido, las actuaciones encaminadas a la preservación familiar desde el enfoque de la parentalidad positiva pueden ser una herramienta esencial para las intervenciones familiares que se llevan a cabo desde Servicios Sociales, ya que se trata de actuaciones encaminadas a optimizar las competencias parentales para que los progenitores puedan desempeñar adecuadamente sus tareas como padres y madres y, con ello, garantizar el bienestar infantil.

Esta forma de concebir la intervención familiar se basa en las aportaciones teóricas realizadas desde el contextualismo evolutivo, el enfoque ecológico-sistémico y la perspectiva transaccional; que plantean, entre otras cuestiones, que las relaciones interpersonales entre los subsistemas familiares y los diferentes sistemas de influencia en los diversos contextos de desarrollo de los niños y niñas tienen un carácter recíproco y dinámico a lo largo del tiempo (Sameroff y Chandler, 1975). Además,

desde esta perspectiva, la familia recupera el protagonismo del cambio durante el proceso de intervención, siendo los recursos y elementos propios los que son tenidos en cuenta para la articulación del proceso de mejora.

En tercer lugar y como consecuencia de los cambios tanto legislativos como conceptuales, ha sido necesario **reorganizar el sistema de prevención y protección a la infancia y la familia**, de forma que éste pueda dar respuesta a los nuevos retos planteados. En este sentido, los servicios de atención a la familia tienen que tener un rango más amplio y diverso, incluyendo intervenciones y actuaciones que vayan desde el ámbito más comunitario hasta el más especializado, que permitan responder a las necesidades que presentan familias con diferentes niveles de riesgo (leve, moderado y/o grave), y que generen recursos y prestaciones para todas ellas. Este tipo de atención tan plural y diversa requiere unos servicios sociales universales dirigidos a todas las familias, y unos equipos básicos y especializados que den respuestas a las diferentes necesidades que las familias presentan. Por ello, el fortalecimiento sobre todo de las entidades locales es fundamental, ya que son las responsables del trabajo en el medio para evitar los procesos de desamparo.

En esta nueva organización se configuraron los Equipos de Tratamiento Familiar como un recurso especializado para la intervención de familias con menores en riesgo y/o maltrato. Desde su creación, estos equipos han supuesto la dotación en toda la Comunidad Autónoma Andaluza de una red de profesionales especializados que intervienen en la evaluación y tratamiento de las familias en situación de riesgo, convirtiéndose en el último eslabón antes de tomar una medida que suponga la separación de un menor de su familia de origen. Tras más de una década de funcionamiento de los ETF, esperamos que el presente trabajo contribuya a profundizar en el conocimiento de este recurso de preservación familiar, explorando tanto el perfil psicosocial de las familias que atienden, como las principales características de implementación del programa.

Estructura de la Tesis Doctoral

Acorde con la finalidad y el marco conceptual presentados, este trabajo de Tesis Doctoral ha sido estructurado del modo siguiente:

En el primer capítulo se presenta un estudio pormenorizado de todo el avance legislativo que se ha producido a nivel Internacional, Estatal, Autonómico y Local desde la Convención de los derechos del niño de 1989, como momento culmen del comienzo del reconocimiento de los derechos de la

infancia y que marca un hito histórico trascendental en la concepción de la misma. Es fundamental para los profesionales que trabajamos desde las administraciones públicas con la infancia y sus familias, tener claro el marco de referencia a este nivel, pues es en él donde se enmarca nuestro trabajo diario y de donde emanan nuestras competencias y tareas fundamentales con la infancia y sus familias, y especialmente en el marco de este trabajo, con los niños, niñas y adolescentes que crecen y se desarrollan en contextos familiares en situación de riesgo psicosocial.

El segundo capítulo se centra en la revisión de todo el marco conceptual de referencia en esta materia, abordando su evolución y repasando los distintos modelos teóricos e investigaciones fundamentales que se han realizado acerca de las familias en riesgo psicosocial y en su relación con el maltrato infantil, y como estos han ido evolucionando a lo largo del tiempo. Esta evolución ha posibilitado que, en la actualidad, el interés superior del menor sustente políticas integrales, se haya ampliado la intervención a todas las familias para garantizar que, desde un sistema de derechos, todos los menores puedan desarrollar su máximos potenciales en su camino hacia una vida adulta en sus contextos familiares de origen y, finalmente, se ponga el acento en la necesidad de que las intervenciones se lleven a cabo en el propio medio del menor, siendo la última de las posibilidades la retirada de su familia.

El tercer capítulo hace referencia a la propia organización que el Sistema de Protección pública ha desarrollado hasta la actualidad en nuestra Comunidad Autónoma Andaluza y la organización de los Servicios Sociales Comunitarios, donde se establecen distintos servicios para dar respuesta a la atención de las familias en general y de las familias en riesgo psicosocial en particular, en sus distintos niveles de riesgo. Este marco organizativo tiene que dar respuesta tanto al marco legislativo, como a las aportaciones teóricas que nos muestran el camino para una intervención más eficaz, y que pueda generar buenas prácticas y planteamientos derivados de la evidencia científica disponible en esta materia.

El cuarto capítulo incluye tanto una descripción detallada de los Equipos de Tratamiento Familiar que atienden como nivel especializado a las familias en riesgo psicosocial y que son objeto de este estudio, como la revisión de literatura disponible sobre las dimensiones contempladas en el estudio empírico que se ha realizado en esta Tesis Doctoral.

El quinto capítulo hace referencia al diseño y características metodológicas de la investigación, incluyendo los objetivos generales y específicos del trabajo empírico, el procedimiento utilizado, las

características de los participantes que han colaborado en que este trabajo sea posible, los instrumentos de evaluación utilizados y el plan de análisis.

Los resultados del trabajo se presentan en los capítulos sexto, séptimo y octavo. En concreto, en el sexto se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis y explotación de los datos incluidos en las Memorias realizadas por los ETF de la ciudad de Sevilla en los 13 años de existencia del Programa. A continuación, los capítulos séptimo y octavo se centran específicamente en ofrecer los resultados obtenidos en el análisis de las dimensiones psicológicas estudiadas directamente en las familias atendidas por los ETF (estrés parental, malestar psicológico, afrontamiento y funcionamiento familiar), ofreciendo tanto los resultados de tendencias centrales como los relativos a la variabilidad existente mediante la identificación de distintos perfiles familiares.

En el séptimo capítulo se presentan la discusión y conclusiones de esta Tesis, extraídas de los resultados obtenidos y enmarcadas desde el cuerpo teórico-empírico revisado y en relación con los objetivos planteados. Para finalizar se incluyen algunas aportaciones de orientaciones prácticas que se desprenden de los resultados de esta investigación, así como las limitaciones del mismo, marcando futuras líneas que contribuyan a mejorar el trabajo que realizan estos equipos en su quehacer diario.

Por último, se incorporaran las referencias bibliográficas utilizadas siguiendo las indicaciones de la American Psychology Association en su sexta edición. Así mismo, se incluye el listado de las tablas y figuras utilizadas en el desarrollo de toda esta Tesis Doctoral. Finalmente se añaden todos los anexos que se han mencionado a lo largo del texto.

I.- MARCO LEGISLATIVO, TEÓRICO Y ORGANIZATIVO

CAPITULO I.

LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA FAMILIA. EL CAMINO DESDE LA PROTECCIÓN A LA PREVENCIÓN, LA PROMOCIÓN Y LA PRESERVACIÓN FAMILIAR

Los Estados democráticos modernos se caracterizan por incluir el ámbito de la atención a la infancia y las familias como eje básico de sus políticas sociales, aunque la concepción de estos servicios ha evolucionado mucho a lo largo del tiempo. Resulta imprescindible el análisis de esta trayectoria para evaluar el impacto que actualmente tiene la familia y los menores en los servicios de protección social de nuestro país.

La familia es considerada por excelencia como el primer contexto de socialización de niños, niñas y adolescentes. Esto hace que una de las características más importantes del actual sistema de atención social a la familia es que esté orientado fundamentalmente a su apoyo y protección ante las situaciones que la pongan en riesgo, especialmente, cuando el riesgo afecta a sus miembros más jóvenes. No obstante, como señalábamos, el concepto de protección a la infancia ha evolucionado mucho en estas últimas décadas en las sociedades occidentales y va unido al cambio de mentalidad en relación a la concepción de la infancia. Aunque durante

mucho tiempo a los niños, niñas y adolescentes no se les reconocían necesidades diferentes a las de los adultos y no eran considerados ni mucho menos como sujetos de protección, actualmente podemos afirmar que la infancia es considerada una etapa con entidad y dignidad propia y, por tanto, niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos reconocidos.

La Convención Internacional de los Derechos del Niño de la Organización de Naciones Unidas en 1989 (a partir de ahora nombraremos como ONU) se constituye como motor de estas transformaciones en la concepción de la infancia que responden a cambios éticos, históricos y políticos, pues es aquí donde se reconoce por primera vez al niño como sujeto de derechos y persona con derechos, Hierro, (citado en Alzate, 2003). Realmente es desde esta aprobación de los derechos del niño en la ONU cuando comienza a cambiar la situación de los niños, niñas y adolescentes en las sociedades occidentales y por ende en nuestro país. Este cambio se concreta en numerosas incorporaciones y modificaciones legislativas, que van encaminadas a apoyar y proteger al colectivo de los menores.

Es cierto, no obstante, que esta introducción inicial de la concepción de protección da una idea de la infancia relacionada con carencia, necesidad y vulnerabilidad o riesgo en cualquier aspecto: socioeconómico, afectivo o cultural y, en consecuencia, conduce a pensar en niños y niñas como sujetos que necesitan ser protegidos. La concepción más actual de la infancia concibe a niños, niñas y adolescentes como sujetos proactivos, participativos y creativos, que pueden ser partícipes y protagonistas de su propio desarrollo, gracias a los procesos de interacción que mantienen con otras personas en los diversos contextos en los que se despliega su experiencia vital (Casas, 1998; Garrido y Grimaldi, 2009)

Esta evolución hacia una mayor protección a la infancia va unida desde no hace muchos años a otra que apuesta por la promoción, la prevención y la preservación familiar, ya que no solo se supone que hay que proteger a la infancia de todas aquellas circunstancias que conlleven una vulneración de sus derechos y de sus necesidades de desarrollo, sino que existe el convencimiento de que es necesario mantener a los niños, niñas y adolescentes en un hogar familiar que responda a sus cuidados, atención y educación de manera responsable, y donde las competencias parentales se ejecuten desde un enfoque positivo y potenciador de acuerdo a las necesidades básicas para el desarrollo y bienestar de los menores como sujetos de derechos. Por ello, la protección a la infancia y la preservación familiar son en realidad dos caras de la misma moneda (Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008).

Ni que decir tiene que este panorama actual ha sido fruto de múltiples influencias. Por una parte, del conocimiento científico sobre las necesidades de la infancia y su reconocimiento como piedra angular del desarrollo de las personas; por otro, del aplastante movimiento social de protección a la infancia que ha ido ganando fuerza poco a poco hasta conseguir que múltiples organismos internacionales proclamen la condición del niño, niñas y adolescentes como sujetos de derechos. Finalmente, estos cambios científicos y sociales se han visto reflejados en diversas normativas desarrolladas tanto a nivel internacional, como nacional, autonómico y local para dar respuesta a las situaciones de riesgo y maltrato en la infancia. Así, los poderes públicos tratan de dar cobertura real a través de las administraciones competentes de forma que estos mandatos legislativos contribuyan a que la protección y la prevención en la infancia sean viables. El resultado es el actual sistema de protección y prevención a la infancia que se ha desarrollado en nuestro país y que describiremos a lo largo de este capítulo.

1.1 Marco legislativo y jurídico competencial.

En este apartado se pretende recoger la normativa más significativa y básica sobre la infancia y adolescencia en los ámbitos Internacionales, Estatal, Autonómico y Local. La evolución de la sociedad referente a los derechos humanos y los derechos sociales ha hecho posible también que evolucionara el desarrollo de los derechos de la infancia. Este reconocimiento legal de la infancia como sujeto de derecho es muy reciente en nuestra historia y realmente podemos decir que este hito ha generado un enorme desarrollo legislativo en esos cuatro niveles.

Este proceso legislativo ha ido de la mano del cambio que la propia sociedad ha experimentado en el avance de la consideración de la infancia como una etapa de la vida con necesidades específicas y sujeta a derechos, desde la que se concibe a niños, niñas y adolescentes como ciudadanos integrantes de una comunidad y con autonomía propia y no solo como objetos de cuidados y protección.

La visión general que vamos a especificar en esta recopilación normativa es la sucesiva incorporación de leyes y normativas en el ordenamiento jurídico con el fin de ir protegiendo cada vez más los derechos de la infancia y dejando constancia de que estos son universales y que no hay ningún derecho más prioritario que otros.

1.1.1.- Normativa a nivel internacional.

En el marco Internacional nos tenemos que situar en los prolegómenos que hicieron posible la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño en 1989. Los antecedentes de este hito histórico comienzan en un documento que recogía por primera vez las necesidades más básicas de la infancia, entendiendo éstas como derechos específicos de los niños, niñas y adolescentes, y que también aludía a la responsabilidad de los padres y los adultos responsables del cuidado y la educación de los menores. Estas ideas que redactó la inglesa Eglantyne Jebb y que es considerada la primera carta de los derechos del niño es recogida en la Declaración de Ginebra en el año 1923 y decía textualmente *“Por la presente Declaración de los Derechos del Niño, los hombres y mujeres de todas las Naciones, reconociendo que la Humanidad debe dar al niño lo mejor de sí misma, afirman así sus deberes, descartando cualquier discriminación por motivos de raza, nacionalidad y creencias”* (p.5). Esta Declaración la hizo suya un año más tarde la Sociedad de Naciones, aunque no tenía fuerza vinculante para los Estados. Sin embargo, este proceso se truncó debido al comienzo de la II Guerra Mundial.

Una vez finalizada la guerra y debido a la toma de conciencia a nivel mundial de la devastación que supuso para todos los países que habían participado en la misma, la ONU elaboró la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el año 1948 en Nueva York, donde ya se concretaba la urgencia de cubrir la necesidad de realizar una especial protección a la maternidad y la infancia (art. 25.2). En 1959 hubo otro intento de la ONU por dejar redactada la Declaración Universal de los derechos del Niño, enunciada ya por la Declaración de Ginebra y reconocida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Pero tuvieron que pasar 30 años más hasta que, finalmente, el 20 de noviembre de 1989 fue aprobada y firmada en Nueva York por la Asamblea Nacional de las Naciones Unidas la Convención sobre los Derechos del Niño (ratificada por el Estado Español el 30 de noviembre de 1990).

La Convención sobre los Derechos del Niño incorpora tanto políticas de protección a la infancia como políticas sociales de promoción de la infancia y su calidad de vida, al más alto nivel internacional (Casas, 1998). En esta convención se recogen por escrito en 54 artículos todos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de los niños, niñas y adolescentes, en un único documento, constituyendo un primer instrumento jurídico con fuerza vinculante. Este texto ha hecho posible que se hayan desarrollado numerosas normativas legislativas en muchos países del mundo, al igual que en nuestro país, y es en este texto donde definitivamente

se reconoce legalmente a la infancia como sujeto de derecho y de protección. Este texto internacional tiene especial relevancia por los siguientes aspectos:

- Es un documento con fuerza jurídica, de carácter obligatorio para los Estados firmantes.
- El niño y la niña dejan de ser sujetos pasivos de protección y se configuran como sujetos de derecho.
- Recoge en su artículo 1 qué se entiende legalmente por niño o niña: *“Todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la Ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”*. Este tramo de edad que va desde los 0 años hasta los 18 corresponden a lo que hoy día en la psicología del desarrollo se denomina infancia-adolescencia.
- Nos permite tener una visión global de la infancia y sus necesidades.
- En su artículo 3 especifica un aspecto que luego recogerán todas las legislaciones en relación con la infancia: el concepto de *“interés superior del menor”*.
- Recoge la protección del Estado siempre y cuando ésta sea necesaria, porque especifica que el niño debe vivir con su padre y con su madre (art. 9).
- Recoge en el artículo 42 la necesidad de difusión de estos principios y disposiciones de la Convención, al tiempo que establece un Comité de los Derechos del niño que velará por el grado de cumplimiento de estos preceptos en aquellos países que hayan ratificado la Convención.

La Convención sobre los derechos del niño sigue siendo aún el texto más ratificado por los Estados como instrumento de salvaguarda de los derechos humanos, y el texto más completo en relación a la protección de los derechos de la infancia.

Este reconocimiento internacional hizo posible y promovió que se haya producido un proceso de renovación del ordenamiento jurídico en nuestro país a nivel estatal, autonómico y local, posibilitando modificaciones legislativas y promulgando diversas leyes y normas en este ámbito con la finalidad de dar respuesta al articulado de esta Convención.

Con posterioridad a la Convención sobre los Derechos del Niño han aparecido diversas regulaciones, directrices, recomendaciones, dictámenes, convenios y observaciones desde la Unión Europea que por su importancia e influencia en la legislación española y en la

configuración de los servicios de atención a la infancia y la familia de nuestro país conviene mencionar, sobre todo aquellos que están más relacionados con este trabajo.

La Carta Europea de derechos del niño, aprobada por el Parlamento Europeo en 1992, enumera una serie de principios que afectan a los niños y las niñas de la comunidad europea y solicitan a los estados miembros se adhieran sin reservas a la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.

La Carta de los derechos Fundamentales de la Unión Europea, proclamada en Niza en diciembre de 2000, establece en su artículo 24 los derechos del menor: *“1. Los menores tienen derecho a la protección y a los cuidados necesarios para su bienestar. Podrán expresar su opinión libremente. Ésta será tomada en cuenta en relación con los asuntos que les afecten, en función de su edad y de su madurez. 2. En todos los actos relativos a los menores llevados a cabo por autoridades públicas o instituciones privadas, el interés superior del menor constituirá una consideración primordial. 3. Todo menor tiene derecho a mantener de forma periódica relaciones personales y contactos directos con su padre y con su madre, salvo si son contrarios a sus intereses»*. Sin embargo, este fue un texto eminentemente declarativo, por ello fue revisada y proclamada por segunda vez en 2007 en Estrasburgo y posteriormente, en diciembre de 2009, con la entrada en vigor del tratado de Lisboa adquiriría el mismo carácter jurídico que los Tratados, adquiriendo el carácter de vinculante para todos los países miembros excepto Polonia y Reino Unido.

La importancia y valor de esta Carta fue integrar en un mismo documento todos los derechos que hasta entonces se repartían en distintos instrumentos legislativos nacionales y los convenios internacionales establecidos en esta materia, reforzando y garantizando su seguridad jurídica.

La Recomendación 19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa de diciembre de 2006 a los Estados miembros sobre Política de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad. Esta recomendación dice textualmente que el ejercicio positivo de la parentalidad se refiere *“al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluye el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño”*. Este documento recomienda poner especial atención y énfasis en el ejercicio de la parentalidad en situaciones de exclusión social o en riesgo de exclusión, especificando la necesidad de atender las necesidades de los niños, niñas y adolescentes pertenecientes a estas familias, así como a sus

padres para ayudarlas a conseguir los mismos resultados que otros niños, niñas y adolescentes que no están en estas circunstancias.

La Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa de noviembre de 2009 sobre estrategias nacionales integrales de protección de los niños contra la violencia. Esta Recomendación anima a la puesta en práctica de un dispositivo nacional cuya finalidad sea proteger los derechos del niño y eliminar la violencia ejercida contra ellos. Los objetivos recogidos en esta Recomendación son los siguientes: *“a) proteger los derechos de los niños, en particular de aquéllos que son víctimas de violencia; b) prevenir y combatir todas las formas de violencia contra los niños; c) favorecer la adopción, puesta en práctica y supervisión de estrategias nacionales integrales para la protección de los niños contra la violencia; y d) reforzar la cooperación internacional para defender los derechos del niño y protegerlos contra la violencia.”*

La Recomendación de la Unión Europea del 16 de noviembre de 2011 relacionada con los derechos de los niños/as y los Servicios Sociales que actúan con los mismos y sus familias. Esta Recomendación establece la necesidad de atender las siguientes cuestiones:

- Posibilitar el mejor interés del menor en relación a los recursos existentes y a otros susceptibles de incorporar.
- Favorecer el derecho a la participación de los menores.
- Garantizar la protección de los niños, niñas y adolescentes.

Para poder dar respuesta a estos principios fundamentales se hace necesario garantizar servicios tanto generales como específicos que den respuesta a estas recomendaciones.

Las Recomendaciones relacionadas con el texto del 20 de febrero de 2013 que hace referencia a la necesidad de que los estados miembros intervengan con la infancia para romper el ciclo de la desventaja social debido fundamentalmente a la crisis económica que persiste en Europa. Este texto marca unas guías y principios fundamentales a tener en cuenta relacionados con:

- Combatir la pobreza y la exclusión social de los niños y niñas mediante estrategias integrales.

- Abordar esta pobreza y exclusión social de los menores desde la luz de los derechos de la infancia, velando por el respeto y el ejercicio de estos derechos.
- Tener siempre presente el interés superior del menor.
- Mantener un equilibrio entre las políticas universales para el ejercicio de los derechos de los niños y niñas con enfoques específicos encaminados a apoyar a los más desfavorecidos.
- Garantizar la atención en aquellos niños y niñas expuestos a mayores riesgos y desventajas sociales.
- Un mantenimiento de estas políticas, junto a la necesidad de evaluaciones de las mismas para valorar como afectan para la reducción de esas desventajas sociales en los niños y niñas.

En conjunto, las estrategias que hay que poner en marcha para promover la igualdad de oportunidades desde el foco de los derechos de los menores tienen que ver con el acceso a los recursos tanto para ellos como para sus familias, el acceso a servicios asequibles y de calidad y el derecho a participar en la toma de decisiones que afecten a sus vidas.

Todas estas recomendaciones y directrices de la Unión Europea contribuyen básicamente a subrayar que los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes son una parte irrenunciable e indivisible de los derechos humanos universales y, por tanto, hay que mantener un compromiso pleno con el ejercicio de los derechos del menor y evitar y prevenir cualquier violación de los mismos. Así mismo, todas estas Recomendaciones animan a los Estados miembros a continuar avanzando en el proceso de aplicación e incorporación de todas las actuaciones de la Unión Europea, fomentando la cooperación entre los diversos países miembros para su cumplimiento en el ámbito de la promoción y protección de los derechos de la infancia y adolescencia.

1.1.2.-Normativa a nivel estatal.

En nuestro país la carta magna o **Constitución Española de 1978** en su artículo 39 es el punto de partida de la regulación actual en materia de protección de menores, estableciendo lo siguiente:

“Los poderes públicos aseguraran la protección social, económica y jurídica de la familia.

Los poderes públicos asegurarán, así mismo, la protección integral de los hijos, iguales estos ante la Ley, con independencia de su filiación y de la madre, cualquiera que sea su estado civil: La Ley facilitará la investigación de la paternidad.

Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos fuera y dentro del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos que legalmente proceda.

Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.

Por tanto, la Constitución Española consolida la garantía de proteger los derechos sociales del niño y la niña obligando al Estado a adoptar todas las medidas necesarias que se precisen y establecer la responsabilidad de los poderes públicos de garantizar la protección social. Del mismo modo, nuestra constitución apunta a la obligatoriedad de los padres y madres de prestar asistencia de todo orden a los hijos e hijas menores de edad y en todos los casos en que legalmente proceda.

Con esta base constitucional y posteriormente con la ratificación de España el 30 de noviembre de 1990 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, comienzan a aparecer diversas Leyes en materia de menores así como diversas legislaciones que van a ir marcando las competencias que en este ámbito se establecen en las diversas administraciones públicas (Estado, Comunidades Autónomas y Municipios) y que, en conjunto, han ido introduciendo cambios sustanciales en el ámbito de la protección del menor tal como la concebimos hoy.

De especial mención por ser la primera es la **Ley 7/1985**, de 2 de abril, **Reguladora de las Bases de Régimen Local** como último eslabón de la consolidación de un estado que quiere diversificar las diversas actuaciones de las tres administraciones públicas. En este texto legal en su artículo 25 se especifica que el Municipio *“será competente en la evaluación e información de situaciones de necesidad social y atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión”*.

Específicamente en materia de menores y promulgada inmediatamente después al texto constitucional, hay que mencionar 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**. A raíz de la misma el anticuado concepto de abandono fue sustituido por la institución del desamparo, cambio que ha dado lugar a una considerable agilización de los

procedimientos de protección al menor al permitir la asunción automática, por parte de la entidad pública competente, de la tutela de aquel en los supuestos de desprotección grave del mismo. Así mismo, esta ley introdujo grandes cambios en lo relativo a la consideración de la adopción como un elemento de plena integración familiar, incorporando la configuración del acogimiento familiar como una nueva institución de protección del menor. En conjunto, esta ley tiene como piedra angular la generalización del interés del menor como principio inspirador de todas las actuaciones con niños, niñas y adolescentes, tanto administrativas como judiciales, y el incremento del Ministerio fiscal en relación con los menores, así como sus correlativas obligaciones.

Sin embargo, y a pesar del impulso, las innovaciones y el avance que esta nueva ley supuso, su aplicación fue poniendo paulatinamente de manifiesto múltiples lagunas que fueron recogidas por diversas instancias judiciales y administrativas del Estado así como por diversas entidades y asociaciones dedicadas a la infancia. Fundamentalmente, estas instancias aludían a que esta ley se centraba básicamente en regular los recursos con carácter definitivo o provisional de la separación del menor de su medio familiar y no incorporaba acciones ni recursos en el medio social del menor. Las transformaciones sociales, culturales y la incorporación de los avances científicos en esta materia operadas en nuestro país provocaban la necesidad de un cambio en la consideración del estatus social de los niños, las niñas y los adolescentes y de las respuestas que hay que dar al reconocimiento de los derechos de la infancia, poniendo el énfasis en el trabajo en el medio con los niños, niñas y los adolescentes, así como en la identificación del importante papel que los menores juegan en nuestra sociedad actual.

La **Ley Orgánica 1/1996**, de 15 de enero, de **Protección Jurídica del Menor**, sin duda, es una de las de mayor importancia en este ámbito. Esta Ley Orgánica recoge todo este nuevo enfoque y aborda una reforma en profundidad para construir un amplio marco jurídico de protección a la infancia que vincula a todos los poderes públicos, a las instituciones específicamente relacionadas con los menores, a los padres y familiares y a los ciudadanos en general.

Nos hallamos pues con un texto legal que merece la pena describir en profundidad, por lo que se especifican a continuación las aportaciones más significativas y trascendentales del mismo:

➤ El foco central de este nuevo marco legislativo se centra en el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos de los menores de edad y de su capacidad progresiva para ejercerlos. Incorpora una concepción de las personas menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social, en definitiva, de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y de las de los demás. Esta es la concepción del sujeto sobre la que descansa esta Ley, en la que las necesidades de los menores se conciben como eje de sus derechos y de su protección. Es importantísimo destacar el cambio sustancial que introduce este nuevo ordenamiento jurídico al señalar que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos de derecho.

➤ En esta ley es clave el concepto de riesgo en contraposición con el de desamparo, por ello la Ley especifica que *“en las actuaciones de riesgo de cualquier índole que perjudique el desarrollo personal o social del menor (...), la actuación de los poderes públicos (...) se orientará a disminuir los factores de riesgo (...) y promover los factores de protección del menor y de su familia”* (art.17).

➤ Esta ley atribuye un valor crucial a la intervención con las familias de origen y la necesidad de poder trabajar con ellas para evitar la separación del menor de su familia. Así, este texto legal viene a poner en valor y a reforzar el principio de la prevención y su importancia en el trabajo con los menores y sus familias ampliamente conocido por académicos y profesionales que trabajan en el ámbito de la infancia y la familia. Las actuaciones preventivas conllevan el conocimiento de los factores de riesgo, porque son estos justamente los que nos ayudarán a identificar las necesidades y el tipo de intervención que requiere la población a atender.

➤ La ley establece como entidad pública competente, una vez apreciada la situación de riesgo, en materia de protección de menores, a los Servicios Sociales. Estos serán quienes pondrán en marcha las actuaciones pertinentes para reducir el riesgo y realizarán el seguimiento de la evolución del menor en la familia, o asumiendo la tutela del menor si así se requiriese. Es en este punto donde se introduce una de las mayores innovaciones de esta ley, ya que al distinguir entre situaciones de riesgo y desamparo da lugar a configurar diversas instancias públicas para su abordaje, incidiendo en la necesidad de concretar las competencias en esta materia de las diversas instancias que lo abordan.

➤ Este marco legal da pie a inscribir en el marco de los Servicios Sociales la protección a los menores y a partir de aquí comienzan también a desarrollarse diversas legislaciones

autonómicas en esta materia, así como incorporar a las administraciones locales al sistema de protección a la infancia.

➤ Una diferencia sustancial con la anterior ley es que los recursos no quedan dedicados exclusivamente a realizar actuaciones encaminadas a la separación del menor de su medio (adopción, acogimiento residencial o familiar), sino que también se destinan recursos a la reunificación familiar, a dar respuesta a las diversas situaciones de riesgo y a la preservación familiar.

➤ El artículo 11.1 de esta ley enmarca además como el abordaje de cualquier situación de riesgo del menor debe desarrollarse en el marco de políticas integrales, e incorpora un paso más aludiendo que no son solo las administraciones públicas las que están obligadas a actuar en las situaciones de riesgo, sino que también compete al conjunto de los ciudadanos que puedan ser conocedores de estas situaciones de riesgo de los menores. Esto queda recogido en el artículo 13.1 de la siguiente manera: *“Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise”*.

➤ Por último, y no menos importante, también cabe destacar que por primera vez esta ley específica y concreta que la ausencia del menor, de forma habitual o sin justificación al centro escolar debe ser comunicada a las autoridades competentes.

Por otra parte, cobra también mucha importancia la **Ley Orgánica de Responsabilidad penal de los menores, 5/2000**, de 12 de Enero. Esta ley trata de cubrir una laguna importante en relación a las doctrinas científicas dominantes y las directrices del moderno derecho procesal penal de menores en relación a la delincuencia juvenil. No solo hay que castigar sino que se debe incorporar una política de reeducación y reinserción de los menores infractores. Podemos decir que es un texto legislativo que trata de dar una respuesta integral al abordaje de la delincuencia juvenil.

Con posterioridad a estas leyes es relevante para los derechos de los menores la aprobación de la **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de **Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**, en lo que a las personas menores se refiere como titulares de derecho y el **Real Decreto 1618/2007**, de 7 de diciembre, por el que se aprueba la **Organización y Funcionamiento del Fondo de Garantía de Pago de Alimentos**, que

viene a cubrir una demanda social que surge de los casos de separación, declaración de nulidad del matrimonio, o en procesos de filiación o de alimentos en aquellos casos que se incumplan dicho pago establecido a favor de los hijos e hijas menores de edad. Este problema que iba en aumento por el número cada vez más creciente de separaciones y divorcios que se estaban produciendo en nuestro país hace necesario que se aborde en la **Ley Orgánica 1/2004** de 28 de diciembre de **Protección Integral contra la Violencia de Género** que profundiza en este tema de garantizar el pago de alimentos a favor de los hijos e hijas menores de edad; asimismo, por primera vez se tendrá en cuenta las circunstancias que afectan a los menores que se encuentran en un entorno familiar de violencia y entendiendo que las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los menores. Siete meses más tarde se modifican el **Código civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en Materia de Separación y Divorcio en la Ley 15/2005** regulando que *“El estado garantizará el pago de alimentos reconocidos e impagados a favor de los hijos e hijas menores de edad en convenio judicialmente aprobado o en resolución judicial, a través de una legislación específica que concretará el sistema de cobertura en dichos supuestos”*.

Con toda probabilidad, entre las normativas legales de mayor importancia actualmente en nuestro país se encuentran la nueva **Ley Orgánica 8/2015**, de 22 de julio, y la **Ley 26/2015**, de 28 de Julio de modificación del **Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia**. Este nuevo marco legal de carácter reformista se realiza a través de ambas leyes debido a que la primera al ser orgánica regula todo aquello relacionado con los derechos y libertades públicas fundamentales, y la segunda al ser de carácter ordinario regula todas las demás cuestiones relacionadas con el sistema de protección; consolidando entre ambas el marco jurídico de protección hacia la infancia y adolescencia en la legislación española y constituyendo una referencia para las Comunidades Autónomas en el desarrollo de sus respectivas legislaciones en esta materia. Estas leyes, pasarán sin duda, *“a la Historia del Derecho Español como generador de unos hitos fundamentales en la capital materia de la protección jurídica de los menores de edad. Y es que el 2015 podría ya considerarse como el punto álgido de la consecución de la cobertura legislativa impuesta por el artículo 39 de la Constitución Española”* (Galvín, 2016, p. 1). La finalidad de ambas leyes es incorporar aspectos novedosos, modificar otros y complementar la denominada y conocida como Ley del Menor de 1996, estableciendo una profunda reforma en una veintena de normas relacionadas con los menores. Así mismo, incorpora instituciones nuevas adaptadas a las problemáticas familiares actuales que quedan reflejadas fundamentalmente en dar respuesta a los menores con problemas de conducta. Por último, como señala De la Iglesia (2015), *“además, exige que las actuaciones administrativas*

respeten las garantías constitucionales, las jurídicas propias del derecho civil, todo ello inspeccionado por un exhaustivo control judicial previo (y en casos de emergencia posterior), y de seguimiento minucioso por el Ministerio Fiscal” (p. 6).

Las novedades que recogen estas recientes leyes las podemos resumir en 10 aspectos y cuestiones fundamentales que describimos a continuación:

➤ Concreción y explicitación por primera vez de lo que significa el principio de *“interés supremo o superior del menor”, “si bien adolece de una definición concreta, si establece una relación de criterios generales, específicos y circunstanciales del caso, a tener en cuenta para los efectos de interpretación y de la aplicación del interés superior del menor en cada caso que se produzca”* (Galvín, 2016, p. 4), dándole para ello a este concepto un contenido triple: en primer lugar, como derecho sustantivo, es decir, primará su interés superior sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir; en segundo lugar, como principio general de carácter interpretativo, donde se especifican cuatro criterios generales y unos cánones de ponderación; y por último y en tercer lugar, como norma de procedimiento que garantice ser informado, oído y escuchado, que sea atendido por profesionales cualificados, defensa de su interés y la adopción de medidas motivadas y su posible revisión con todas las garantías para el menor.

➤ Sobre los derechos y deberes de los menores. En esta ley se siguen recogiendo los derechos y muy especialmente se habla del derecho de ser escuchado sin discriminación por edad, discapacidad o cualquier otra circunstancia, considerando la madurez del menor y sustituyendo así el término juicio. Sin embargo, en esta ley también se abordan los deberes de los menores en el ámbito familiar, escolar y social, debido a que se plantea una concepción de los menores como ciudadanos, y por tanto se les reconoce una corresponsabilidad.

➤ En cuanto a modificaciones terminológicas se sustituye el término juicio por madurez, y se sustituye el término deficiencia por discapacidad.

➤ Medidas en relación a la reforma de las instituciones competentes en esta materia. En este sentido, en todo el texto se hace referencia y se establece como prioridad que las instituciones que tienen competencias en protección de menores deben tomar medidas estables frente a medidas temporales, familiares frente a medidas de carácter residencial y medidas consensuadas por todas las partes (padres, cuidadores, tutores, profesionales, jueces, etc.) antes que impuestas.

En este apartado los aspectos sobresalientes son los siguientes:

- Se incorpora la actuación inmediata por parte de los poderes públicos a través de la figura de guarda provisional, sin que esto requiera declaración de desamparo previa, se toma como medida en situaciones de urgencia.
- Se regulan actuaciones en situación de riesgo. En este sentido aparece la nueva figura administrativa de resolución de riesgo, o dicho de otra manera de la declaración de la situación de riesgo del menor para aquellos casos que no existiese colaboración por parte de los padres y/o tutores de los menores. Esta tiene que ser motivada, y previa audiencia de los progenitores, tutores, guardadores o acogedores, y del menor si tiene suficiente madurez, y en todo caso a partir de los doce años.
- Se define en esta ley la situación de desamparo y se enumera las circunstancias que se valoran como tal, eliminando la situación de pobreza de los progenitores, tutores o guardadores como circunstancia para considerar el desamparo del menor o los menores. Este apartado clarifica y unifica los criterios para su declaración. Por otro lado se simplifica la figura del Acogimiento familiar, no teniéndose que ser perceptiva por ningún juez. Los supuestos siguen siendo acogimiento de urgencia, temporal (hasta ahora denominado simple) y permanente.
- Se incorpora la obligación por la entidad pública de preparar a los jóvenes ex-tutelados a poder llevar una vida independiente.
- Se regula el riesgo prenatal a los efectos de evitar con posterioridad una eventual declaración de situación de riesgo o desamparo del recién nacido.
- Se regula por vez primera la competencia de las Entidades Públicas respecto a la protección de los menores españoles en situación de desprotección en un país extranjero y el procedimiento a seguir en el caso del traslado de un menor o menores protegidos desde la Comunidad Autónoma de referencia a otra distinta.

➤ Medidas sobre menores con Problemas de Conducta. En este sentido la ley incorpora novedades en aspectos procesales del ingreso de menores en Centros de Protección específicos para menores con problemas de conducta, que estén en situación de guarda o tutela por parte de la Entidad Pública, estableciendo que estos Centros tendrán siempre un carácter educativo.

➤ Se establecen medidas en materia de Adopción. Estas medidas hacen referencia a la idoneidad para adoptar, incorporando una definición para ello, y siendo necesaria ésta

previamente a la propuesta al Juez por la Entidad Pública. Se regula la posibilidad de que los menores puedan iniciar la convivencia provisional sin resolución judicial previa para evitar que el menor permanezca durante el tiempo que requiera la resolución judicial en un Centro de protección de menores. Se regula la adopción abierta con el objeto de que el adoptado pueda mantener relación con algún o algunos miembros de su familia de procedencia y se refuerza el derecho que tiene el menor de conocer y tener acceso a sus orígenes. Por último, se clarifican aspectos relacionados con las adopciones internacionales, señalando que sólo podrán realizarse a través de Organismos acreditados y en casos de países signatarios del Convenio de la Haya.

➤ Medidas con menores extranjeros. En la Disposición final segunda se realiza una modificación del apartado 2 del artículo 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Esta es una modificación referida específicamente a la protección de los extranjeros cuando estos sean víctima de la trata de seres humanos. Se establece la obligatoriedad de las Administraciones públicas de velar por los menores extranjeros no acompañados y el derecho a obtener la perceptiva documentación de residencia a todos los menores extranjeros que estén tutelados.

➤ Medidas en materia de Violencia contra los menores. Se da respuesta a los lamentables hechos que se han producido en relación a la muerte de menores a manos de sus progenitores cuando estos ejercían su derecho de visita y por ello en esta ley se amplía a los menores las medidas de protección integral sobre violencia relativa a las mujeres, considerándolos también víctimas de la violencia de género. En estos casos el Juez ha de pronunciarse en medidas cautelares y de aseguramiento pudiendo incorporar la suspensión de la patria potestad y de comunicación y visitas para garantizar la seguridad e integridad del menor. Así mismo, frente a los delitos contra la libertad e indemnidad sexual, trata de seres humanos y explotación de los menores, se determina que toda persona que sea conocedora de estos hechos ha de ponerlo en comunicación del ministerio Fiscal. Asimismo, se crea un Registro Central de Delincuentes Sexuales. Tendrán que presentar una certificación negativa de este registro todas las personas que accedan a profesiones y actividades que impliquen contacto habitual con menores.

➤ Se incorporan medidas de reforma procesales. Entre las novedades se encuentran las garantías de *“entrada en domicilios y restantes lugares para la ejecución forzosa de las medidas de protección”*, la necesidad de autorización judicial de ingreso de un menor en un Centro de Conducta, y la redefinición de las funciones que se encomiendan al Ministerio Fiscal.

➤ También se incluyen otras modificaciones en relación a otras leyes relacionados con los menores tales como la Ley de Protección de Familias Numerosas, la Ley de Autonomía del paciente; La Ley 39/2006 de Dependencia; y las diversas modificaciones del Código civil, entre otras.

A pesar de la importancia de las modificaciones y novedades de esta reciente ley tenemos que decir que hay dos cuestiones importantes que no concreta y que desvirtúa la misma. Por un lado, no incorpora de manera obligatoria estándares o criterios mínimos comunes para todas las Comunidades Autónomas que garanticen la aplicación de la misma de manera homogénea en todo el territorio nacional. Textualmente dice que se *“fomentará”* (disposición adicional segunda). Por otro lado, en su disposición final quinta especifica que *“las medidas incluidas en esta norma no podrán suponer incremento del gasto público”*, lo que nos lleva a prever que las importantes novedades que incorpora esta Ley difícilmente se podrán llevar a cabo con calidad y con profesionales especializados si no van acompañadas de un presupuesto para ello.

Por último, por su importancia en el establecimiento de competencias en los ámbitos estatal, autonómico y local, destacamos la **Ley 27/2013**, de 27 de diciembre, de **Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local**, que hasta ahora supone la mayor reforma que ha sufrido la Ley 7/1985, de 2 de Abril, Reguladora de Bases del Régimen Local (LBRL). Esta ley hace una profunda revisión y clarificación de las competencias de las distintas administraciones públicas con el fin último de evitar duplicidades competenciales. Para ello, trata de racionalizar la estructura organizativa de las administraciones y garantizar un control financiero en relación al desarrollo de las mismas, introduciendo y favoreciendo la iniciativa económica privada en su ejecución. Las prestaciones de los servicios sociales, de promoción y de reinserción social que hasta ahora se venían asumiendo desde los Ayuntamientos, serán asumidas según esta Ley por las Comunidades Autónomas, aunque estas podrán ser delegadas total o parcialmente con la necesaria financiación de la actividad o servicio que se delega.

Todo este marco legislativo en materia de menores se ha ido incorporando en los sucesivos Planes de carácter Estatal de los últimos años; tres de ellos son fundamentales para los Servicios Sociales.

II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013/2016 (en adelante II PENIA), aprobado por acuerdo de Consejo de Ministros de 5 de Abril de 2013. Las novedades de

este II PENIA, que al igual que el I PENIA trata de dar respuesta a las recomendaciones del Comité de los Derechos del niño, son fundamentalmente las siguientes:

- Resalta los deberes y responsabilidades de los niños/as y adolescentes de acuerdo con su edad y con su desarrollo evolutivo, y por tanto incorporando la idea que éstos son sujetos de derecho pero también sujetos con responsabilidades en los diversos ámbitos en los que viven (familia, escuela, barrio).
- Incluye una estimación presupuestaria de las medidas propuestas que han realizado las diversas administraciones públicas responsables de su ejecución, cuestión ésta que no aparecía en el I PENIA.
- Señala que todos los informes y reglamentos que se desarrollen bajo el paraguas de este Plan deberán llevar un informe del impacto de su desarrollo sobre la infancia.
- Insiste en reforzar el interés superior del menor y su protección ante casos de situaciones de desamparo, situaciones de riesgo y cualquier tipo de violencia que se produzca con los niños/as y adolescentes.
- Se especifica claramente en el texto que las y los menores serán considerados víctima de violencia de género.
- Se especifica la edad mínima para contraer matrimonio situándola en los 18 años, y para los menores emancipados pasa de los 14 a los 16 años. Igualmente establece la elevación de la edad para ser atendido en las unidades pediátricas, que pasa de los 14 años a los 18 años. También se especifica la necesidad de elevar la edad en relación al consentimiento sexual, aunque no lo concreta por estar aun sin aprobación parlamentaria. Finalmente, incorpora la elevación de 13 a 16 años en la nueva Ley del Código Penal que entró en vigor el 30 de Marzo de 2015, adaptando así la normativa Española a las recomendaciones y disposiciones de la Convención sobre los Derechos de la infancia de la ONU.

A pesar de que este Plan mejora sustancialmente al primero, diversas organizaciones en relación con la defensa de la Infancia expresan su descontento por dos cuestiones claves. La primera hace referencia a que no recoge suficientemente el desarrollo de medidas encaminadas a la lucha contra la pobreza infantil, fuente de una gran desventaja social. Así, no hace referencia al contexto económico actual y a los recortes presupuestarios existentes que influyen en la eficacia de la puesta en marcha del mismo debido a que su desarrollo está mediatizado por el cumplimiento de la estabilidad presupuestaria y la sostenibilidad financiera de las diversas

administraciones públicas. La segunda es una crítica más relacionada con las medidas del Plan en relación a que este tiene un carácter marcadamente cuantitativo con respecto a sus indicadores.

Plan Nacional Integral de apoyo a la familia 2015-2017. Este Plan se centra en la articulación de un sistema integral de apoyo de protección social, jurídico y económico de la familia, recogiendo en el mismo todas las recomendaciones y exigencias de carácter internacional y europeo para tratar de mejorar el bienestar social de las mismas y en especial las de rentas bajas y a familias con necesidades especiales. Así mismo, este Plan trata de fortalecer la conciliación familiar y la solidaridad intergeneracional, así como potenciar y mejorar las competencias parentales. Se trata de un Plan que además busca para la rentabilización de los recursos la coordinación y la cooperación a nivel autonómico y local, así como de la propia sociedad civil.

El nuevo Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social (PNAIN) 2013-2016. Debido a la crisis económica que asola a Europa y por ende a España, este Plan se centra en la pobreza infantil y como impulsar medidas que la palien. Las medidas recogidas en este Plan están relacionadas con el empleo, con un sistema de prestaciones económicas y servicios básicos relacionados con el ámbito educativo, sanitario y de los servicios sociales a los hogares más vulnerables y especialmente a todos los grupos que puedan encontrarse en riesgo de exclusión. Este plan además trata de dar respuesta a la recomendación europea de 2013 "*Intervenir en infancia: romper el ciclo de las desventajas*", garantizando que la pobreza no puede ser una justificación para el desamparo de los menores.

1.1.3.-Normativa a nivel autonómico.

A partir del marco Constitucional, las Comunidades Autónomas de nuestro país desarrollaron a través de sus Estatutos de Autonomía las competencias exclusivas que les otorgaba la Constitución tanto en materia de asistencia y servicios sociales, como en materia de instituciones públicas encargadas de la protección y tutela de los menores residentes en su territorio. En este sentido, se hizo necesario en cada territorio la constitución y aplicación de los distintos instrumentos que dieran cobertura a este mandato.

En el caso de Andalucía, desde el marco competencial que reconoce el Estatuto de Autonomía aprobado en la Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre, se otorga a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva en materia de "*asistencia y servicios sociales*" (art. 22) e

“instituciones públicas de protección y tutela de menores, respetando la legislación civil, penal y penitenciaria” (art. 23). Así mismo, en el Capítulo II del Título I dedicado a los derechos sociales, deberes y políticas públicas, reconoce en su artículo 18 a las personas menores “el derecho a recibir de los poderes públicos de Andalucía la protección y la atención integral necesarias para el desarrollo de su personalidad y para su bienestar en el ámbito familiar, escolar y social, así como a percibir las prestaciones sociales que establezcan las leyes”. De igual modo, “se dispone que el beneficio de niños y niñas primará en la interpretación y aplicación de la legislación dirigida a éstos”.

1.1.3.1.-En materia de Servicios Sociales.

Es a partir de aquí cuando se comienza a regular toda la normativa autonómica tanto en materia de menores como en relación con la organización de los Servicios Sociales para dar respuesta a estas competencias en Andalucía. A continuación se describe la más relevante.

Decreto 49/1986, de 5 de marzo, para la **creación de los Servicios Sociales Comunitarios**.

La Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía, regula y garantiza un Sistema de Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma, siendo una de sus áreas específicas de actuación *“la atención y promoción del bienestar de la familia y de las unidades de convivencia alternativa”* y la *“atención y promoción del bienestar de la infancia, adolescencia y juventud”* (art. 6 y art. 10 respectivamente). Así mismo establece las diversas competencias en el ámbito de los Servicios Sociales a nivel Autonómico, de las diputaciones provinciales y del ámbito local o municipal. Esta Ley ha tenido 27 años de vigencia y ha supuesto la configuración de una red de Servicios Sociales en nuestra Comunidad.

La Ley 9/2016 de 27 de diciembre de Servicios Sociales de Andalucía. Esta nueva Ley, la segunda en esta materia, incorpora los avances de la anteriormente mencionada en el ámbito de los Servicios Sociales pero con vocación de mejorar e incorporar todos los avances que a lo largo de estos años han mostrado los Servicios Sociales. El mayor reto que esta ley incorpora es configurar el derecho a las prestaciones esenciales del Sistema como derechos subjetivos de ciudadanía. Esto quiere decir que estas prestaciones podrán ser exigibles ante las Administraciones Públicas que ostenten las competencias para su administración. Estas prestaciones, por otra parte, se regularán a través de un Catálogo de Prestaciones, un Mapa de recursos y un Plan Estratégico. El Catálogo definirá el contenido, alcance y condiciones de acceso

de cada prestación. El Mapa establecerá tanto la red de servicios básicos necesarios, como los recursos indispensables para la gestión del Sistema Público de Servicios Sociales en Andalucía y el Plan Estratégico recogerá la implantación (con la periodicidad que se determine en el mismo) de las prestaciones, servicios, programas y otras actuaciones necesarias para cumplir los objetivos del Sistema de Servicios Sociales de Andalucía.

Resolución de 25 de mayo de 1988 de la Secretaría General Técnica, por la que se da publicidad al Convenio-Programa entre el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, para el desarrollo de las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de las Corporaciones Locales suscrito el 5 de mayo de 1988 (Plan Concertado).

El Decreto 11/92, de 28 de Enero, por el que se establece la **Naturaleza y Prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios**, los cuales desarrollan intervenciones con menores y sus familias, tanto a nivel de intervenciones individualizadas, grupales o comunitarias. Los servicios Sociales Comunitarios corresponden en este Decreto a las entidades locales y sus Servicios y Prestaciones son los siguientes:

- Servicio de Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento Social.
- Servicio de Cooperación Social.
- Servicios de Convivencia y Reinserción social.
- Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Prestaciones básicas complementarias. En estas prestaciones se enmarcan las ayudas económicas familiares que tienen la finalidad de atender las necesidades básicas de los menores que tengan a su cargo familias con carencias de recursos suficientes.

Ley 5/2010, de 11 de junio de Autonomía Local de Andalucía (LAULA). En su Título 1º, Capítulo II, artículo 8, se señala que *“los municipios andaluces tienen competencia “para ejercer su iniciativa en la ordenación y ejecución de cualesquiera actividades y servicios públicos que contribuyan a satisfacer las necesidades de la comunidad municipal”*. Concretamente, se especifican, en el artículo 9, las competencias municipales propias, entre las que destacamos el punto 3, sobre la *“gestión de las prestaciones técnicas y económicas de los servicios sociales comunitarios, conforme al Plan y Mapa Regional de Servicios sociales de Andalucía”*, donde se incluyen los apartados relativos tanto a la prestación técnica (a) como al equipamiento básico

de los servicios sociales comunitarios (b). Sin detrimento de que la Junta de Andalucía pueda delegar sus competencias (vid. Sección IV del mismo Título).

1.1.3.2.- En materia de menores y familia.

Con la promulgación de la **Ley 2/1998, de 20 de Abril, de los Derechos y la Atención al Menor**, se concreta el mandato estatal de que la Comunidad Autónoma regule y actualice en el ejercicio de sus competencias la protección de los derechos de los menores y los procedimientos necesarios para su aplicación en la Comunidad Autónoma Andaluza.

El objetivo general de esta ley es establecer un conjunto de actuaciones para la atención de las necesidades de los menores, tendentes a garantizar su desarrollo integral y a promover una vida familiar normalizada. En este sentido, la ley integra tanto la acción protectora en sentido estricto, como un conjunto de actuaciones que tratan de asegurar el bienestar infantil. Por tanto, la ley establece medidas en el ámbito de la promoción y prevención con objeto de fortalecer las políticas de atención a la infancia; ejemplos de estas actuaciones son la detección, notificación e intervención en el maltrato infantil involucrando a todos los sectores sociales desde una responsabilidad compartida en este asunto.

De una manera más concreta, la normativa citada define unos principios que deben inspirar la actuación de los poderes públicos en esta materia, y establece unas líneas de actuación y de coordinación entre las distintas administraciones implicadas en la promoción y protección de los derechos de los y las menores.

Entre los principios inspiradores de este marco normativo prima el interés superior de los menores frente a cualquier interés legítimo, y el mandato de los poderes públicos de Andalucía de otorgar la protección y asistencia necesaria a los menores y sus familias. Es de vital importancia en esta ley posibilitar a las familias todo el apoyo necesario para que estas puedan asumir plenamente su responsabilidad como grupo y medio natural para el adecuado crecimiento y bienestar de los menores. Así mismo, se insta a las Administraciones públicas a desarrollar Programas destinados a adoptar medidas preventivas para evitar que se produzcan situaciones de malos tratos.

La distribución de competencias en esta materia es un pilar clave para el desarrollo de las actuaciones que cada administración tiene que llevar a cabo con los menores y sus familias. En este sentido esta Ley marca claramente las mismas:

➤ Las Corporaciones Locales de Andalucía son competentes para *“el desarrollo de actuaciones de prevención, información y reinserción social en materia de menores, así como la detección de menores en situaciones de desprotección y la intervención en los casos que requieran actuaciones en el propio medio. Igualmente competentes para apreciar, intervenir y aplicar las medidas oportunas en las situaciones de riesgo”* (Título II, Cap.I, Art. 18.1).

➤ La Administración de la Junta de Andalucía es competente para *“la planificación, coordinación de los servicios y actuaciones y recursos relativos a la protección de los menores en la Comunidad Autónoma, así como el desarrollo reglamentario.”* Igualmente, *“es la entidad pública competente para el ejercicio de las funciones de protección de menores que impliquen separación del menor de su medio familiar”* (Título II, Cap.I, Art. 18.2).

Como consecuencia de esta distribución de competencias se hace de vital importancia establecer los criterios a tener en cuenta por parte de las administraciones públicas a la hora de actuar con menores. Del texto de la ley se desprenden los siguientes aspectos:

➤ El fomento de las medidas preventivas con la finalidad de prevenir y evitar cualquier situación de riesgo y/o desprotección para los menores.

➤ Se procurará la permanencia del menor en su entorno familiar. Se utilizarán prioritariamente medidas de alternativa familiar (acogimiento familiar, adopción y acogimiento residencial), cuando las circunstancias aconsejen la salida del menor del grupo familiar propio.

➤ Se tenderá a la prevención de situaciones de desarraigo familiar, así como se podrán desarrollar otras de carácter social, económico y terapéutico a favor del menor y/o su propia familia.

➤ Se llevarán a cabo medidas de prevención ante instituciones públicas y privadas con el fin de evitar el maltrato institucional.

➤ Se promoverán Planes Integrales dirigidos a la promoción de la Infancia y la prevención de situaciones de riesgo.

➤ Se procurará la reinserción del menor siempre que sea posible.

➤ Las medidas de apoyo a la familia se llevarán a cabo con la colaboración de los Servicios Sociales Comunitarios.

Esta ley por otra parte, define expresamente conceptos tales como desamparo, tutela y describe qué son las situaciones de riesgo, estableciendo textualmente de estas últimas *“que son aquellas en las que existan carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas que los menores precisan para un correcto desarrollo físico, psíquico y social, y que no requieran su separación del medio familiar”*. Si se detectase este tipo de circunstancias, la propia Administración tendrá que poner en marcha *“la elaboración de un proyecto de intervención social individual y temporalizado que deberá incorporar los recursos y las actuaciones necesarias para su eliminación”* (Título II, Cap.II, Art. 22).

Por último y no menos importante esta normativa regula también tanto la figura del Defensor del Menor como de una serie de órganos de coordinación y participación tales como el Consejo de la infancia, tanto a nivel regional como provincial, regulado por el **Decreto 237/1999 de 13 de diciembre** y complementado por el **Decreto 228/1999, de 15 de noviembre que regula el Consejo Andaluz de Asuntos del menor**. Este órgano es de carácter consultivo y asesor de las Administraciones Públicas en esta materia y está compuesto por investigadores, científicos y diversas personas relevantes en el ámbito de la infancia que tienen una visión independiente y objetiva de la misma en nuestra Comunidad y muestran un análisis que puede permitir la toma de decisiones en las políticas públicas en relación con la infancia y la adolescencia. Como colofón a esta ley se crea el **Observatorio de la Infancia en Andalucía a través del Decreto 75/2001**, como institución de investigación, recogida de documentación, formación y reciclaje de todas aquellas cuestiones relacionadas con esta materia.

Por otra parte, vinculadas a esta ley y para el desarrollo de la misma, en estos años se han desarrollado diversas normativas y procedimientos a través de protocolos que van a ir configurando lo que se denomina el Sistema Público de Atención a la Infancia y la Adolescencia en Andalucía. Vamos a destacar las más significativas referidas a lo que competencialmente está relacionado con las actuaciones que llevan a cabo los Servicios Sociales Comunitarios. Las describiremos en relación a su importancia normativa: Leyes, Decretos, Órdenes y Protocolos.

La Ley 1/2009, reguladora de la Mediación Familiar en la Comunidad Autónoma de Andalucía, que regula un procedimiento para la gestión de conflictos sin necesidad de someterlo a la decisión de una autoridad judicial. Esta ley en los casos donde existan menores tiene el mandato de buscar como prioridad el bienestar de los menores y su protección.

Decreto 42/2002, de 12 de febrero, **de régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa**. Es importante reseñar que en esta normativa queda reflejada la creación de la

llamada “Comisión Provincial de Medidas de Protección” como otra de las garantías que ofrece la normativa andaluza en relación al desamparo de menores, siendo la decisión tomada en última instancia por un órgano colegiado formado por una pluralidad de profesionales en materia de protección de menores y en otras áreas relacionadas, tales como salud, educación y servicios sociales.

Decreto 282/2002, de 12 de noviembre, de **Acogimiento familiar y Adopción**, que marca el interés preferente del menor y la integración familiar.

Decreto 137/2002, de 30 de abril de **Apoyo a las familias andaluzas y su ampliación y adaptación de medidas** que se elaboran en el Decreto posterior 66/2005.

Decreto 3/2004, de 7 de enero que regula el **Sistema de información sobre el maltrato infantil de Andalucía**, y que se complementa con la **Orden de 23 de junio de 2006**, por la que se aprueban los modelos de la **Hoja de Detección y Notificación del Maltrato Infantil**. Este sistema se nutre de la utilización y envío de la misma en los casos que se han detectado y notificado situaciones de maltrato infantil por parte de los servicios públicos competentes en materia de menores (educativos, sanitarios, servicios sociales, agentes policiales, personal de justicia...).

La hoja de notificación de Detección y Notificación del maltrato infantil especifica una serie de datos que se tienen que cumplimentar, tales como: Datos básicos de identificación del menor, Fuentes de detección y datos del servicio notificador, Tipología del Maltrato Infantil, Indicadores en el menor y en los cuidadores de cada tipo, así como la valoración los niveles de gravedad (leve, moderado y grave), origen del maltrato y observaciones. Así mismo, todos los profesionales tienen un manual de instrucciones para la cumplimentación de la misma (ver Anexo A). Este Decreto fue modificado por el Decreto 81/2010, de 30 de Marzo donde se modifican el apartado 3 del artículo 8 y el artículo 11 del anterior, por temas relativos al trámite de audiencia.

Decreto 495/2015 del 1 de diciembre por el que se regula y gestiona el **Programa de Tratamiento a Familias con menores en situación de riesgo y desprotección**. Esta normativa viene a regular la gestión entre la Junta de Andalucía y las entidades locales, modificando el sistema de financiación de un modelo a través de subvenciones que suponía una gran inestabilidad laboral para los ETF, a un sistema de financiación a través de transferencias. Además introduce otras novedades en relación a abordar específicamente la violencia familiar

en los casos que hayan intervenido, así como la colaboración por parte de los ETF con los Centros de atención a Inmigrantes cuando haya menores en situación de riesgo o desprotección familiar, a través de protocolos de coordinación. Así mismo, reafirma el objeto de trabajo de estos equipos, que tienen como finalidad fundamental evitar la separación del entorno familiar de los menores en situaciones de riesgo o desprotección y la reunificación familiar para aquellos que inevitablemente hayan estado sujetos a una medida de separación. Este decreto merecerá un análisis más detallado en el Capítulo 4, donde se abordan en detalle los Equipos de Tratamiento Familiar por ser objeto específico de este trabajo de Tesis Doctoral.

Orden de 13 de abril de 1998, por lo que se regulan las **Ayudas Económicas Familiares**. Esta Orden concreta una de las prestaciones básicas de los Servicios Sociales Comunitarios de carácter preventivo que se le concede a las familias que carecen de recursos económicos suficientes para poder cubrir las necesidades básicas de sus hijos y/o hijas, suprimiendo, previniendo y/o reduciendo el riesgo o la supresión de los factores que por estas circunstancias pueden aparecer o aparecen.

Orden de la Consejería de Asuntos Sociales de 13 de julio de 2000 que establece el Programa de intervención con familias desfavorecidas y en situación de riesgo social, que posteriormente queda modificado en diversas Ordenes (2001, 2002, 2003, 2005 y 2006). Estas modificaciones han estado sustentadas en las evaluaciones efectuadas cada año y que han aconsejado la necesidad de ir incorporando nuevas reglamentaciones. Estas sucesivas normativas introducen cambios que van desde la modificación del propio nombre del Programa, que se concreta definitivamente como Programa de Tratamiento Familiar con Menores, a un incremento de municipios que se van incorporando a los convenios establecidos por parte de la Comunidad Autónoma con las Entidades Locales. Las órdenes más recientes incluyen la ampliación de la modalidad del programa, así como la adecuación de procedimientos y ajuste técnicos para la mejora de la eficacia y eficiencia del mismo.

Orden de 11 de Febrero de 2004 denominada Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía. Este documento es de vital importancia para posibilitar una actuación coordinada de todas las instituciones, profesionales y agentes que tienen que garantizar la protección de los y las menores víctimas de malos tratos. En su Apartado 2.1 subraya que los Servicios Sociales tienen las funciones de prevenir, detectar y atender a la infancia y adolescencia, así como en los casos de riesgo leve y moderado serán los competentes en la intervención de los mismos estableciendo un plan de intervención

interdisciplinar y personalizado. Así mismo, especifica que tanto los servicios sanitarios como educativos informaran de situaciones de riesgo a los Servicios Sociales Comunitarios, salvo aquellos que requieran de un desamparo por su gravedad.

Protocolo de la Comunidad Autónoma de Andalucía para las actuaciones y derivaciones al Programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento a menores Víctimas de Violencia Sexual, editado en 2015 por parte de la Consejería de Igualdad y políticas sociales, a través de la Dirección General de Infancia y Familias de la Junta de Andalucía. Esta herramienta es un marco de referencia para los profesionales que están implicados en esta materia. Marca tanto los procedimientos, como los criterios de abordaje en los casos de abuso sexual a menores con unos objetivos claros de coordinación técnica interadministrativa, homogeneidad de criterios por parte de los profesionales, e información precisa y clara de cómo intervenir en estos casos, así como las actuaciones y funciones de cada una de las partes implicadas.

Además de la legislación expuesta, en el ámbito autonómico se desarrollan **Planes Integrales de atención a la Infancia de Andalucía**. El primero de estos Planes fue el que daba respuesta al período 2003-2007, no habiéndose aprobado hasta el 7 de junio de 2016 por Consejo de Gobierno el **II Plan Integral de Infancia y Adolescencia 2016-2020**. El vacío que se produce entre el I Plan y el segundo queda recogido en el Pacto Andaluz por la infancia. Éste constituye la base para el análisis de la situación de la infancia en Andalucía; fue suscrito en el 2010 por las fuerzas políticas con mayor representación en Andalucía y se impulsó nuevamente en febrero de 2015. Es la mayor alianza establecida en esta comunidad hasta la fecha y conlleva un compromiso de protección a la infancia por encima de ideologías y coyunturas económicas, pretendiendo concienciar de la importancia de la implicación de toda la sociedad en su conjunto. Este es un documento que incorpora recomendaciones concretas para incidir en la mejora de las condiciones de vida de los niños y las niñas andaluces.

El II Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía coincide con el 25 aniversario de la ratificación de la Convención de los derechos del Niño y aspira a garantizar en nuestra comunidad los derechos de los niños y de las niñas de manera que sean sujetos activos de su propio desarrollo, dando respuesta en igualdad de oportunidades al acceso a la salud, la educación, servicios sociales, participación y ocio desde un enfoque eminentemente preventivo. Para ello incorpora cinco compromisos básicos: Salud y Bienestar Emocional (crecer como personas sanas y felices), Seguridad y Confianza (sentirse como personas protegidas), Aprender a Realizarse (a ser, estar y hacer), Participar y Prosperar (sentirse importante) y por último La

Infancia en el Centro de la Toma de Decisiones (cohesión social en un marco centrado en la familia). Así mismo, debido a la crisis económica incorpora como prioridad la necesaria intervención pública en zonas y entornos vulnerables. Al mismo tiempo, se dispone la reforma de la Ley de los Derechos y Atención al Menor entre otras cuestiones, la creación de Mesas Territoriales del Buen Trato a la Infancia, donde se estudiarán diversas problemáticas para promover respuestas ágiles, diligentes y eficaces.

En la siguiente figura 1.1, se recogen fruto de la evaluación del I Plan, tanto los ámbitos de actuación, como las áreas de acción y 4 ejes trasversales que complementan a la ejecución de todo el Plan. Así mismo, incorpora tanto una calendarización, un presupuesto y una evaluación por parte de todas las entidades y organismos participantes en el mismo.

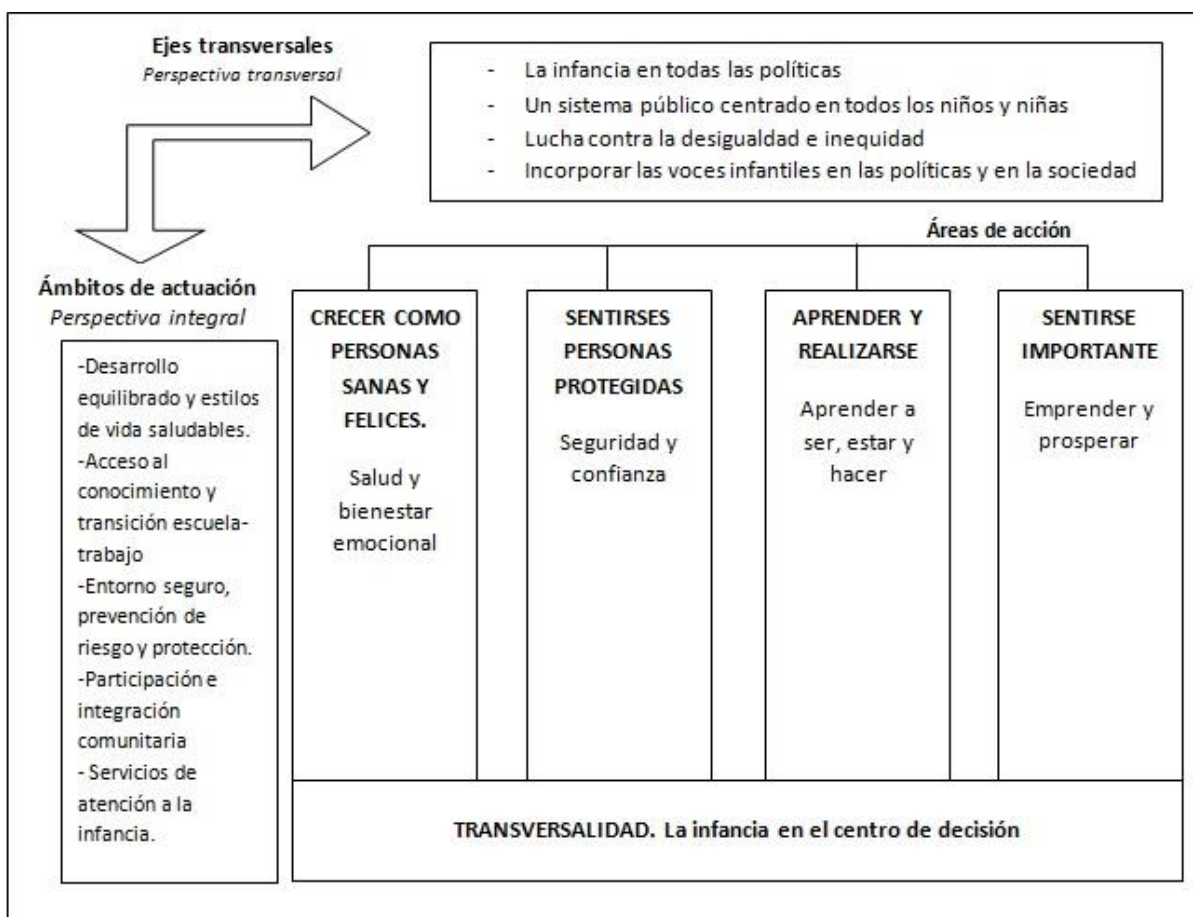


Figura 1.1. Medidas propuestas: Áreas de acción, ámbitos de actuación y ejes transversales

1.1.4.- Normativa a nivel local.

Es importante tener en cuenta que la legislación en España en materia de menores en el ámbito local ha experimentado una importante evolución. En unos primeros momentos ésta fue de carácter benéfico, con tintes paternalistas y no sujeta a derechos. Tanto es así, que en el artículo 150.15 del Estatuto Municipal de 1924 atribuye a los municipios competencias para la *“prevención y represión de abusos de la mendicidad y de la vagancia, corrección y protección de menores, huérfanos, desvalidos y viciosos, y establecimientos de carácter benéfico, como Hospicios, Hospitales etc.”*. Igualmente, el artículo 102 de la Ley Municipal de 1935 establecía como competencia de los municipios: *“Asistencia pública y social; protección y corrección de menores; prevención y represión de la mendicidad y vagancia”*. Finalmente y en una línea similar, el artículo 101.1g de la Ley de 1955 establecía como competencias municipales: *“la beneficencia, protección de menores; prevención y represión de la mendicidad; mejora de las costumbres; atenciones de índole social, especialmente de la creación de mutualidades escolares, cotos de previsión y alberges de transeúntes”*.

Este marco quedó atrás con la Constitución Española configurando un tiempo nuevo que abandona la beneficencia y la asistencia social para pasar a un sistema de Bienestar Social como respuesta y mandato público a las necesidades de la población y que trata de mejorar las condiciones de vida de las personas. Es aquí donde tiene cabida el Sistema Público de Servicios Sociales que va dirigido a toda la población, que establece que los ciudadanos tienen derechos sociales reconocidos y que deben ser atendidas sus necesidades de la manera más próxima, y es aquí donde el municipio cobra fuerza para el desarrollo de los Servicios Sociales.

Según el reparto de competencias que establece la **Ley 2/1988**, de 4 de Abril, en su artículo 18 y 19, y del **Decreto 11/1992**, de 28 de enero antes citados, correspondería a las Corporaciones locales, a través de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios, a las Diputaciones en el ámbito provincial supra provincial o local en municipios de hasta 20.000 habitantes, y a los Ayuntamientos en los municipios de más de 20.000 habitantes, todas las actuaciones en materia de menores y familia, así como la coordinación y cooperación que establece tanto esta ley como la Ley de Bases de Régimen local en el artículo 57. Estas competencias quedan mucho más concretas en la Ley de Autonomía Local de Andalucía (LAULA), como hemos especificado anteriormente.

Sin embargo, el marco competencial de los Servicios Sociales Municipales se ha visto modificado recientemente a partir de **la Ley 27/2013**, de 27 de diciembre, de **Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local (LRSAL)** que establece en su artículo 25.1, e. que la competencia exclusiva de la administración local en materia de servicios sociales será *“la evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata en situaciones de riesgo de exclusión social”*, quedando todas las demás competencias en esta materia otorgadas a las comunidades autónomas.

Esta Ley ha sido muy cuestionada y está en plena interpretación por parte de las asesorías jurídicas a nivel autonómico y local, hasta tal punto que la Junta de Andalucía aprobó el **Decreto Ley 7/2014**, de 20 de mayo donde confirmaba las atribuciones de las competencias de las corporaciones locales a la luz o de conformidad a las previsiones contenidas en las normas atribuidas en el régimen de autonomía y bajo su propia responsabilidad, de acuerdo a lo establecido en el art. 7.2 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local.

Estamos por tanto hoy por hoy en un momento complejo y dificultoso por la interpretación que realizan los Municipios en relación con las competencias propias en materia de Servicios Sociales y en concreto en este caso en relación con la materia que nos ocupa.

A continuación describiremos aquellas normativas específicas que se han desarrollado en el Ayuntamiento de Sevilla, por ser en esta ciudad donde se enmarca el presente trabajo.

Carta Municipal de los Derechos del niño y la niña que se aprobó en pleno en el año 2000 (Ayuntamiento de Sevilla, 2000).

Convenio de colaboración entre la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y el Ayuntamiento de Sevilla para el desarrollo del Programa de Tratamiento a Familias con menores. Este convenio lleva vigente desde el año 2000, estableciendo 7 Equipos de Tratamiento Familiar para la ciudad de Sevilla.

Plan Municipal de prevención y Atención a la Infancia y la adolescencia en situación de riesgo social 2012-2015. Este Plan establece los siguientes ejes estratégicos de actuación:

- Prevención y detección de situaciones de riesgo.
- Atención en situaciones de riesgo que eviten la desprotección y posibiliten la reunificación familiar.

➤ Actuaciones transversales de coordinación, participación, estudio/investigación, formación y sistemas de calidad, que apoyen la prevención y atención a las situaciones de riesgo.

Ordenanza Municipal para luchar contra la prostitución y la trata con fines de explotación sexual en la ciudad de Sevilla de 26 de Mayo de 2011.

Convenio de colaboración entre la Delegación del Gobierno de la Junta de Andalucía en Sevilla y el Ayuntamiento de Sevilla para el apoyo en la ejecución de medidas judiciales de medio abierto sobre menores infractores e infractoras del 1 de septiembre de 2011.

III PLAN director de Igualdad, 2010-2012, del Ayuntamiento de Sevilla. En su eje estratégico sobre violencia de género, explotación sexual y trata, en su objetivo 4º, establece: *“promover y consolidar procedimientos de coordinación intra e interinstitucionales para garantizar una mayor eficacia de la respuesta frente a las situaciones de violencia de género”*.

Protocolo de intervención en absentismo escolar de la ciudad de Sevilla en el marco de actuaciones del Plan Integral para la prevención y seguimiento y control del Absentismo Escolar. Con este protocolo se pretende desarrollar estrategias de actuación conjunta entre los centros escolares, profesorado, familia, agentes sociales y administraciones competentes en esta materia (educación, policía local y servicios sociales), para que asuman las funciones y responsabilidad del absentismo escolar de forma coordinada y eleven a la subcomisión técnica municipal de absentismo y ésta a su vez a fiscalía de menores aquellos casos que así lo requieran. En la Orden 19 de septiembre de 2005 se especifica que se produce el absentismo escolar cuando *“las faltas de asistencia sin justificar al cabo de un mes sean de cinco días lectivos en educación Primaria y veinticinco horas de clases en educación secundaria Obligatoria, o el equivalente al 25% de días lectivos o de horas de clase, respectivamente”*. Actualmente los profesionales de los servicios Sociales Comunitarios participan en este procedimiento.

Por último y para finalizar, se aprueba en el 2014 un **Decreto-Ley de medidas extraordinarias y urgentes para la inclusión a través del empleo y el fomento de la solidaridad**, que atribuye competencias a los municipios para la gestión y tramitación de las medidas que en él se contemplan:

- Mínimos vitales de luz, agua.
- Garantía alimenticia, fundamentalmente en la infancia.
- Ampliación de las ayudas económicas familiares.

- Programa de apoyos a la contratación de personas en situación de exclusión y riesgo.

1.1.5.- Marco legislativo actual del Sistema de Protección de Menores.

Después de haber analizado en este capítulo las legislaciones más relevantes a nivel internacional, nacional, autonómico y local, en relación la protección de los menores y su familia, la siguiente tabla recoge a modo resumen, toda la normativa expuesta. Además de las descritas a lo largo del capítulo, se han incorporado algunas otras por su relevancia en la materia objeto de este trabajo.

Tabla 1.1

Resumen del Marco Legislativo del Sistema de Protección de Menores.

NORMATIVA INTERNACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Declaración de Ginebra 1923 ➤ Declaración Universal de los Derechos del Niño 1959. ➤ Convención de los Derechos del Niño 1989. ➤ La Carta Europea de los Derechos del Niño 1992. ➤ La Carta de los Derechos Fundamentales de la UE de diciembre del 2000. ➤ Recomendación del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad, 2006. ➤ Recomendación del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre Estrategias Nacionales Integrales de Protección de los Niños Contra la Violencia, 2009. ➤ Recomendación de la Unión Europea sobre los Derechos de los Niños y Niñas y los Servicios Sociales, 2011. ➤ Recomendaciones sobre la Necesidad de Intervención por parte de los Estados Miembros para Romper el ciclo de la Desventaja Social, 2013.
NORMATIVA ESTATAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La Constitución Española 1978 ➤ La Ley 7/1985 de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local. ➤ La Ley 21/1987, de 11 de noviembre de modificación de artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en Materia de Adopción, Acogimiento Familiar y otras Formas de Protección. ➤ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor. ➤ Ley 39/1999, de 5 de Noviembre para Promover la Conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las Personas Trabajadoras.

-
- Ley Orgánica 4/1992, de 5 de junio, sobre la Reforma de la Ley Reguladora de la Competencia y el Procedimiento de los Juzgados de Menores.
 - Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre por la que se aprueba el nuevo Código Penal.
 - Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor y de Modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
 - Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores.
 - Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero, sobre los Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social.
 - Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Protección Integral Contra la Violencia de Género.
 - Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia.
 - Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifica el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil En Materia de Separación y Divorcio.
 - Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a personas en Situación de Dependencia.
 - Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de Adopción Internacional.
 - Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de Modificación del Sistema De Protección a la Infancia y a la Adolescencia.
 - Ley 27/2013 de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local (LRSAL)
 - Ley 26/2015, de 28 de Julio de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia.
 - Real Decreto 1618/2007 de 7 de diciembre por el que se aprueba la Organización y Funcionamiento del Fondo de Garantía de Pago De Alimentos.
 - Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local.
 - II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016.
 - Plan Nacional Integral de Apoyo a la Familia 2015-2017.
 - Plan Nacional de Acción para la Inclusión social (PENAIN) 2013-2016.
 - Recomendación Europea 2013. Intervención en Infancia: Romper el Ciclo de las Desventajas

**NORMATIVA
AUTONÓMICA**

En materia de servicios sociales:

- Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre, Estatuto de Autonomía para Andalucía.
 - Ley 2/1988 de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía.
 - Ley Orgánica 2/2007 para la reforma del Estatuto de autonomía, de 20 de marzo de 2007.
 - Ley 5/2010 de 11 de junio de Autonomía Local de Andalucía (LAULA)
 - Ley 9/2016 de 27 de diciembre de Servicios Sociales de Andalucía.
-

-
- Orden de 23 de abril de 1991, por la que se regula la Colaboración de las Instituciones Auxiliares con la Consejería en Materia de Atención al Niño.
 - Decreto 11/1992, de 28 de enero, por lo que se Establece la Naturaleza y Prestaciones de Los Servicios Sociales Comunitarios.
 - Decreto-Ley 7/2014, de 20 de Mayo, por el que se establecen medidas urgentes para la aplicación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local.
 - Decreto-Ley 8/2014, de 10 de junio, de Medidas Extraordinarias y Urgentes para la Inclusión Social a través del Empleo y el Fomento de la Solidaridad en Andalucía.
 - Resolución del 25 de mayo de 1988, sobre las Prestaciones Básicas De Los Servicios Sociales De Las Corporaciones Locales.

EN MATERIA DE MENORES Y FAMILIAS

- Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y de la Atención al Menor.
 - Ley 1/2009, de 27 de febrero, reguladora de la Mediación Familiar en la Comunidad Autónoma Andaluza.
 - Ley 5/2010, de 11 de Junio, de Autonomía Local de Andalucía.
 - Decreto 228/1999, de 15 de noviembre, por el que se regula el Consejo Andaluz de Asuntos de Menores.
 - Decreto 42/2002, de 12 de febrero que regula la actuación de la Administración en los Procedimientos de Desamparo, Tutela y Guarda de Menores.
 - Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo A Las Familias Andaluzas.
 - Decreto 282/2002, de 12 de noviembre, de Acogimiento Familiar y Adopción.
 - Decreto 3/2004, de 7 de enero, por el que se establece el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil en Andalucía, modificado por el Decreto 81/2010, de 30 de marzo.
 - Decreto 495/2015 del 1 de diciembre por el que se regula y gestiona el Programa de Tratamiento a Familias con Menores en Situación de Riesgo Y Desprotección.
 - Orden de 20 de abril de 1992, por la que se regula la Colaboración de las Instituciones de Atención a los Menores Infractores con la Consejería de Asuntos Sociales.
 - Orden de 9 de mayo de 1997 sobre compensaciones Económicas de los Acogimientos Familiares Remunerados.
 - Orden de 13 de abril de 1998 por la que se regula las Ayudas Económicas Familiares Y A Su Gestión Mediante la Cooperación Entre La Junta De Andalucía y las Corporaciones Locales de su Territorio.
 - Orden 30 de junio de 1998, por la que se regulan y convocan subvenciones para la realización de Programas de Apoyo en la Ejecución de Medidas Judiciales sobre Menores Infractores.
 - Orden de 3 de noviembre de 1998, por la que se regula la admisión de solicitudes de Adopción de Menores Tutelados por la Junta de Andalucía.
 - Orden de 12 de julio de 1999, sobre Instituciones Colaboradoras de Integración Familiar.
-

-
- Orden de 13 de Julio del 2000, por la que se regula y convoca subvenciones para la realización de Programas de Intervención con Familias Desfavorecidas y en Situación de Riesgo Psicosocial.
 - Orden de 11 de febrero de 2004 por la que se regula el Procedimiento de Coordinación para la Atención A Menores Víctimas de Malos Tratos En Andalucía.
 - Orden de 23 de Junio de 2006 por la que se aprueba la Hoja de Detección y Notificación del Maltrato Infantil.
 - II Plan de Infancia y Adolescencia 2016-2020
 - Protocolo de la Comunidad Autónoma de Andalucía para la Actuaciones y Derivaciones a Programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento a menores Víctimas de Violencia sexual, 2015.

NORMATIVA LOCAL

- Ordenanza Municipal de 26 de mayo de 2011 para luchar contra la prostitución y la trata con fines de explotación sexual de la ciudad de Sevilla
 - III Plan Director de Igualdad 2010-2012
 - Plan de acción Integral 2010-2015, para Promover la Erradicación de la Trata, la Prostitución y otras formas de Explotación Sexual. Ayuntamiento de Sevilla.
 - Plan Municipal De Prevención Y Atención A La Infancia Y La Adolescencia En Situación De Riesgo Social 2012-2015.
 - Plan de Absentismo Escolar. Ayuntamiento de Sevilla.
 - Convenio de colaboración entre la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y el Ayuntamiento De Sevilla para el Desarrollo del Programa de Tratamiento a Familias con Menores.
 - Convenio de colaboración de 1 de septiembre de 2011.entre la Delegación del Gobierno De La Junta De Andalucía en Sevilla y el Ayuntamiento de Sevilla para el Apoyo en la Ejecución de Medidas Judiciales de Medio Abierto sobre, Menores Infractores e Infractoras.
 - Carta Municipal de los Derechos del niño y la niña. Año 2000
-

CAPITULO II

LA ATENCIÓN A LA INFANCIA, LA ADOLESCENCIA Y LA FAMILIA: APORTACIONES TEÓRICAS

La familia ha sido objeto de atención a lo largo de la historia de la humanidad por su papel de primer orden en la socialización de los nuevos miembros de la sociedad. Sin embargo, ha cobrado a partir de la mitad del siglo XX una mayor relevancia social, a partir del reconocimiento de los derechos de la infancia y de cómo estos tienen que ser protegidos por la propia familia y de la sociedad a la que pertenecen.

Una vez analizado en el capítulo I como se ha ido desarrollando un conjunto de normas legislativa a nivel internacional, nacional, autonómico y local, que han dado cobertura a la garantía por parte de los poderes públicos de proteger a los menores, en este capítulo II desarrollaremos las aportaciones teóricas que desde el conocimiento científico han ayudado a conocer a las familias como contexto promotor de desarrollo para los niños/niñas y adolescentes, o como contexto de riesgo y o maltrato, con el fin de avanzar en la comprensión de todos aquellos aspectos que incidan en que los menores estén protegidos y sean verdaderos sujetos de derechos.

2.1. La familia como contexto promotor de desarrollo y socialización de niños, niñas y adolescentes.

La familia es la forma de organización social más antigua y como unidad de convivencia ha evolucionado a través de los tiempos y ha estado influenciada por los diversos acontecimientos sociales de cada etapa histórica. A pesar de todos los procesos de cambio a los que ha estado sometida la familia a lo largo de la historia, de su diversidad y de las distintas formas desde la que se puede entender el sistema familiar, nadie discute su relevancia ya que sigue siendo una de las instituciones básicas de la sociedad a través de la cual se transmiten valores y normas de la cultura dominante, constituyendo el contexto socializador primordial (Vielva, Pantoja y Abeijón, 2001). Prueba de ello es que la familia constituye, junto a la religiosa, la única institución social desarrollada formalmente en toda cultura y sociedad (Musitu y Herrero, 1994). Tal y como señalan Cadenas (2015) y Valladares (2008), la familia es resultado de la organización social imperante, debe ser considerada como un producto social y por tanto es cambiante y seguirá modificándose al mismo tiempo que se va modificando la sociedad.

Sin embargo y debido a su constante evolución, el concepto de familia varía de una cultura a otra y esto conlleva aspectos biológicos, sociales y jurídicos diferentes. Incluso dentro de una misma cultura se pueden dar subculturas específicas, tales como la diferencia entre familia rural y familia urbana, o dentro de ésta última la diferencia de familias en entornos más normativos o en contextos denominados de riesgo. El concepto de familia por tanto no implica un único modelo, hasta el punto que hay autores que desaconsejan el uso del término familia en singular (Coontz, 2000), y son muchos los que nos ayudan a entender que no existe una única realidad familiar sino que hay que hablar de tipos de familias y alejarnos de la idea tradicional de un patrón único como modelo explicativo de esta institución social básica para el desarrollo humano (Alberdi, 1999; Flaquer, 1998; González, 2000; Palacios y Rodrigo, 1998). El trabajo de Bilbao (citado en Valdivia, 2008), catalogando más de 56 formas familiares diferentes, nos indica el nivel de complejidad que este concepto entraña y la dificultad de ofrecer una definición única de familia en nuestra sociedad occidental actual.

Por ello, abordaremos primero en este apartado la situación de las familias españolas actualmente, destacando las transformaciones que ha experimentado en los últimos años y que han sido fundamentales para su configuración actual, según los distintos estudios sociológicos (Alberdi, 1999; De Miguel, 1994), para posteriormente concretar qué consideramos como

familia en este trabajo y, en particular, describir a las familias en situación de riesgo psicosocial desde un marco donde se entiende que las respuestas a las diferentes necesidades de desarrollo de los niños, las niñas y adolescentes pueden variar desde el buen trato al maltrato.

En conjunto, los distintos estudios sociológicos revisados ponen de manifiesto una serie de cambios experimentados en nuestro país y que afectan a la concepción de la familia. En concreto:

- Modificaciones demográficas que afectan a la estructura y dinámica de la familia, originando un nuevo patrón demográfico: caída de las tasas de natalidad, reducción gradual y progresiva de la mortalidad e incremento de la esperanza de vida.

- Cambios socio-culturales alrededor de tres aspectos: reducción del número de hijos, la incorporación de la mujer al trabajo y su creciente autonomía. Estos cambios han tenido importantes repercusiones en la dinámica de natalidad, nupcialidad, mercado de trabajo y la dinámica cultural interna del matrimonio y las nuevas formas y tipos de familias (uniones de hecho, madres solteras, familias monoparentales, así como familias reconstituidas, adoptivas y acogedoras).

- Establecimiento de nuevas políticas de atención a las familias. Con la evolución social, científica y jurídica en nuestro país, junto a los cambios producidos en los sistemas familiares, se va modificando el proceder por parte de los poderes públicos para atender a las familias. La necesidad de la protección a la infancia, junto a la idea de potenciación del propio sistema familiar como el más competente para el desarrollo de sus menores, conllevan el establecimiento de recursos tanto para contemplar el mantenimiento del menor en su medio familiar de origen, como para potenciar las competencias parentales necesarias para el buen desarrollo de los menores. Actualmente podemos decir que hay una tendencia a atender todo el espectro de necesidades que requieren el desarrollo tanto de los niños, niñas y adolescentes, como de sus familias para que podamos preservar y fortalecer todas aquellas circunstancias que impidan un funcionamiento familiar saludable, poniendo siempre el énfasis en la necesidad de mantener al menor en su medio y sólo por circunstancias extremas separar a éste de su familia de origen.

Todos estos cambios han ocasionado una evolución que nos aleja del concepto tradicional y convencional de familia que suponía según la revisión de Musitu (Musitu y Herrero, 1994) que una familia era una pareja de distinto género, unida de forma legal, con una

descendencia biológica en común, y con una clara diferenciación en los roles en relación a las tareas desarrolladas en la familia por ambos cónyuges.

Los parámetros actuales como vemos son otros y estos nos alejan de una familia unida necesariamente por personas de distinto sexo, con descendencia biológica, con unión legal y con una división tradicional de los papeles, y donde los poderes públicos casi no intervenían en la protección de los menores en situación de riesgo o desamparo. Por ello, nos alejaremos en este trabajo de toda definición de familia que se fundamente en su composición, su forma legal, su manera de cómo distribuirse las tareas familiares, para acercarnos a aspectos más inherentes a las relaciones que se establecen entre las distintas personas que componen la familia, relaciones que se establecen tanto dentro como fuera de ella. En este sentido, la familia juega un papel crucial como grupo social primario, y como primer contexto de desarrollo con el que se encuentra el ser humano. Para Palacios (1999), constituye el contexto más deseable de crianza de niños, niñas y adolescentes y quien mejor puede proporcionarle un desarrollo óptimo en lo relacionado con las habilidades y competencias necesarias para relacionarse con ellos mismos y con su medio. En este sentido, la familia cumple unas funciones precisas, tanto de cara a los individuos que la componen, tales como cuidado, crecimiento y maduración de sus miembros (funciones intrafamiliares y/o intrínsecas), como funciones de proyección de estos hacia la sociedad a la que pertenecen y de la que forman parte (funciones extrafamiliares y/o extrínsecas) con una importancia fundamental en los procesos de cambio y desarrollo de una comunidad (Escartín, 1998). La figura 2.1 recoge tanto las funciones intrafamiliares como extra familiares de la familia como institución social.

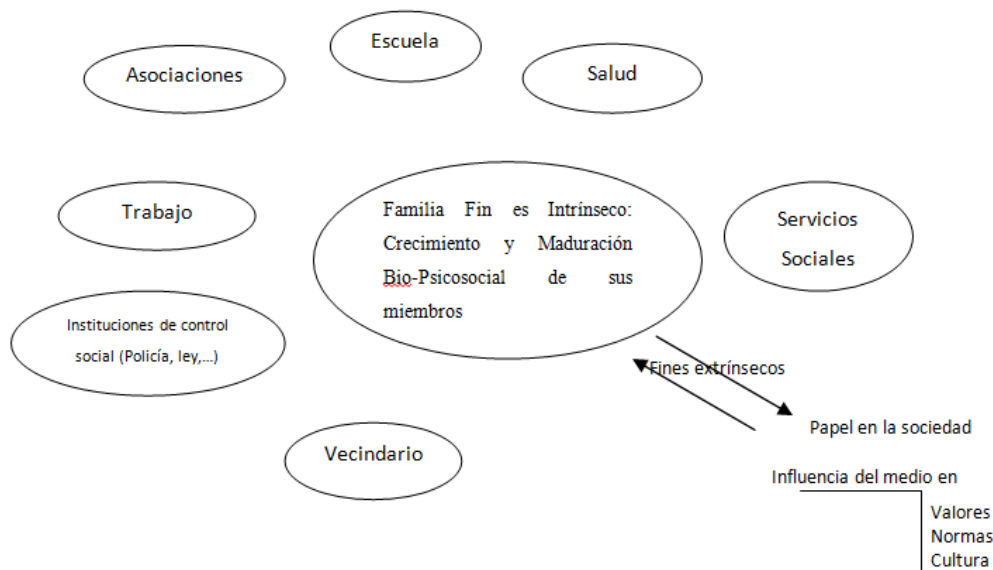


Figura 2.1. La familia como institución social (Escartín, 1998).

En esta línea, hay autores que hacen definiciones de la familia haciendo más hincapié en las funciones intrínsecas, quedando éstas más definidas por las metas, por el tiempo compartido, por los sentimientos y los afectos, cuestiones básicas para construir contextos de desarrollo saludables para sus miembros. En este caso la definición de Palacios y Rodrigo, (1998) recoge muy bien esta perspectiva. Según estos autores, podemos definir la familia como:

“La unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se requiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia ha dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia” (p.33).

Sin embargo, no podemos olvidar para hacer un buen análisis de la familia el otro elemento igualmente esencial que viene definido por las funciones extrínsecas y que hace referencia a que la familia es una unidad básica de organización social. Tanto las funciones intrínsecas como las extrínsecas hacen de la familia un contexto promotor del desarrollo. Esta visión de la familia está en la línea de las Declaraciones Internacionales que indican que es la familia el medio natural para el crecimiento y desarrollo pleno de la personalidad de los niños y niñas que crecen en ella, convirtiéndose así la familia como el grupo clave de cualquier sociedad.

En suma, la familia debe ser entendida como el sistema primordial y privilegiado de socialización primaria y básico por excelencia, con una misión clave para la infancia y la

adolescencia: construir personas y apoyarlas en su crecimiento y en su largo proceso de desarrollo y aprendizaje por cada una de las etapas evolutivas que tiene que ir transitando hasta llegar a la edad adulta. Las funciones básicas expuestas pueden ser ejercidas por los distintos tipos de agrupamientos familiares presentes en nuestra sociedad, ya que lo que define a la familia es la dinámica y los vínculos que se establecen entre sus miembros, la cual hace posible y garantiza la preservación y el desarrollo de los mismos. Si bien es cierto que cada uno de estos agrupamientos familiares se puede relacionar con un tipo de funcionamiento familiar específico (Angell, 1936; Cuber y Haroff, 1955; Kantor y Lehr, 1975; Lewis, Beavers, Gossert y Phillips, 1976; Moos y Moos, 1976; Olson, Sprenkler y Russell, 1979; Wertheim, 1975).

En definitiva, la familia como contexto promotor de desarrollo tiene que afrontar unos retos importantísimos para que este contexto sea adecuado. Según Rodrigo, et al. (2008), en la actualidad, estos retos hacen referencia a:

- Crear un espacio de afecto, confianza y seguridad.
- Reconocer al hijo o hija como una persona en evolución con sus características propias.
- Establecer normas y límites flexibles en función de las necesidades evolutivas de sus hijos e hijas.
- Llevar a cabo un control y una supervisión del comportamiento y de los hábitos de vida de los hijos e hijas.
- Mantener una apertura continuada de la comunicación con los hijos e hijas.
- Ayudarles a desarrollar poco a poco un pensamiento crítico sobre la realidad.
- Guiarles en la superación de los retos, las incertidumbres, las frustraciones y las tensiones emocionales.

2.2. La atención de las necesidades de la infancia y la promoción del buen trato dentro del contexto familiar

Una vez publicada la Convención de los Derechos del Niño donde se recogen los derechos fundamentales de la infancia se hace evidente que todos los que trabajan en este ámbito han aceptado que estos derechos son el fundamento moral y ético de las necesidades humanas de este colectivo. Hasta tal punto se ha llegado a un consenso en esto que como

señalan Amorós y Palacios (2004), el estudio de las necesidades humanas es de vital interés por dos motivos. En primer lugar, porque nos ayuda a conocer los derechos fundamentales de la infancia y, en segundo lugar, porque nos permite analizar el grado en que están siendo atendidos los niños, las niñas y adolescentes, y si esta atención es adecuada por parte de todos los agentes que están involucrados en su satisfacción como responsables de su cuidado y su socialización.

Es cierto, sin embargo, que los primeros planteamientos teóricos estaban más en la sintonía de que estas necesidades estaban relacionadas con el momento histórico concreto y no se consideraban universales (Heller, 1978). Sin embargo las aportaciones de la mayoría de los autores que han estudiado esta cuestión de forma más reciente abogan por la universalidad de las mismas y defienden que éstas no difieren por las circunstancias históricas o culturales, sino en función de las diversas etapas evolutivas por las que atraviesan los menores en su desarrollo vital; es ahí donde estarían las diferencias fundamentales en relación a las necesidades de desarrollo de los menores.

Uno de los autores pioneros más conocido y divulgado en relación con el estudio de las necesidades es Maslow, con su conocida Pirámide de las necesidades humanas de carácter universal (Maslow, 1975). Este autor realiza una sistematización de las necesidades pero establece una jerarquía entre ellas, de tal modo que especificaba que para que se pudieran satisfacer las necesidades superiores sería necesario cubrir las necesidades más básicas o primarias, situadas en la parte inferior de la famosa pirámide (ver Figura 2.2). En su trabajo Maslow no aborda las necesidades infantiles específicamente, aunque atribuye gran importancia a este periodo del ciclo vital al considerarlo clave para un mejor desarrollo de la autonomía de la persona en la edad adulta (Maslow, 1975).

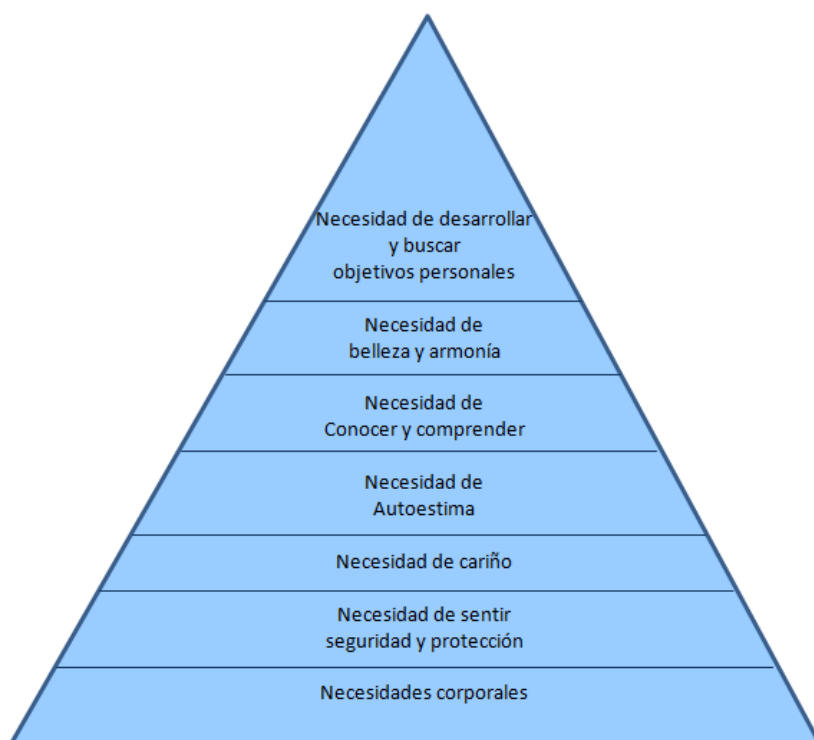


Figura 2.2. Pirámide de Maslow. Tomado de Planned Parenthood Federation of America (2008).

Con posterioridad a los trabajos de Maslow, Doyal y Gough (1992) también realizaron una propuesta de necesidades para los seres humanos con independencia de las diferencias culturales e individuales, por tanto de carácter universal. La tipología de estos dos autores británicos se define por dos necesidades básicas que son la salud física y la autonomía, unas necesidades secundarias o satisfactores universales que Doyal y Gough (1992) definen como *“aquellas cualidades de los bienes, servicios, actividades y relaciones que favorecen la salud y la autonomía humana en todas las culturas”* (pp. 201-202), y finalmente se complementa por unos satisfactores de segundo orden que ya no serían universales, sino de carácter individual o cultural (ver Tabla 2.1). Con esta tipología se trata de dar respuesta en un todo integrado a las necesidades universales y las características de los individuos sin olvidar el escenario cultural donde se dan estas necesidades. La propuesta de Doyal y Gough (1992) es acorde con la visión y posición de cómo valoran las necesidades de desarrollo humano los organismos internacionales como Naciones Unidas, que sitúa a las personas en el centro del desarrollo de los pueblos y las naciones.

Tabla 2.1

Propuesta de necesidades secundarias relacionadas con la salud física y la autonomía desde el nacimiento a la adolescencia según Doyal y Gough (Tomado Ochaíta y Espinosa, 2004).

SALUD FÍSICA	AUTONOMÍA
Alimentación adecuada	Participación activa y normas estables
Vivienda adecuada	Vinculación afectiva primaria
Vestidos e higiene adecuada	Interacción con adultos
Atención sanitaria	Interacción con iguales
Sueño y descanso	Educación formal
Espacio exterior adecuado	Educación no formal
Ejercicio físico	Juego y tiempo de ocio
Protección de riesgos físicos	Protección de riesgos psicológicos
Necesidades sexuales	

Esta visión amplia sobre las necesidades de desarrollo de los niños, niñas y adolescentes se ha visto respaldada desde el ámbito de la Psicología evolutiva actual. Autores como Amorós y Palacios (2004) o como López (1995) López de la Nieta (2008), se basan en estos trabajos para ofrecer agrupaciones de las necesidades infantiles en relación a los distintos ámbitos del desarrollo. En esta línea y para el encuadre de este trabajo, vamos a tomar como referencia para abordar esta temática las aportaciones de este último autor que se presenta en la Tabla 2.2. En su investigación sobre las necesidades de los menores, López (1995) da un paso más incorporando una clasificación que parte de la anterior pero especificando indicadores de prevención y riesgo en cada uno de los grupos de necesidades expuestas. Esta clasificación es la que recoge el Manual de procedimiento de los Equipos de Tratamiento Familiar como instrumento de evaluación de las necesidades de la infancia y protección Infantil (López, 2008), que por su extensión quedará incorporada en el Anexo B de esta tesis.

Tabla 2.2

Necesidades de la Infancia y Protección infantil. Tomado de López (1995).

TIPOLOGÍA DE NECESIDADES	CONTENIDOS
Necesidades físico-biológico y de seguridad	Ser planificado y nacer en momento adecuado para los padres. Alimentación Temperatura. Higiene. Sueño. Actividad física: ejercicio y juego. Protección de riesgos reales. Integridad física. Salud. Ambiente ecológico adecuado.
Con estas necesidades relaciona el autor el maltrato físico y el abandono físico o negligencia.	
Necesidades cognitivas	Estimulación sensorial. Exploración física y social. Escolarización. Comprensión de la realidad física y social. Adquisición de valores y normas Protección de riesgos imaginarios.
Con estas necesidades relaciona el autor el abandono físico o negligencia así como el retraso en el desarrollo no orgánico.	
Necesidades emocionales y sociales	Seguridad emocional, identidad emocional y autoestima. Red de relaciones sociales.
1.-Sociales	Participación y autonomía progresivas, a la vez que necesidad de establecer unos límites al comportamiento.
2.-Sexuales	Curiosidad, imitación y contacto.
3.-Con el entorno físico y social	Interacción lúdica
Con estas necesidades relaciona el autor el maltrato emocional, abandono emocional, abandono, abuso sexual, explotación laboral, corrupción e incapacidad de los padres para controlar a los hijos.	

Actualmente se ha dado un paso más en el conocimiento de las necesidades infantiles y aunque los ámbitos de desarrollo de las necesidades de los menores son los anteriormente descritos, se considera que las necesidades no son las mismas durante todo el ciclo vital, sino que varían en función del periodo evolutivo en el que se encuentren los niños, niñas y adolescentes. Esta cuestión hace que su conocimiento se haga importantísimo para los profesionales que trabajan en el ámbito de los Servicios Sociales tanto en la fase de diagnóstico de las situaciones de riesgo como en la fase de intervención. En este sentido, se han desarrollado

Taxonomías de necesidades básicas en la infancia y la adolescencia con indicadores de evaluación según los grupos de edad para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desprotección de los menores, así como el desamparo de los mismos cuando sea estrictamente necesario. Esta clasificación establece 5 categorías de necesidades (necesidades físicas; de seguridad; emocionales; sociales y cognitivas) y 5 grupos de edad (de 0 a 2 años; de 3 a 4; de 5 a 9; de 10 a 14 y de 15 a 18 años).

En conjunto, y a partir de todas estas aportaciones teóricas, podemos decir que se consideran necesidades de desarrollo de la infancia-adolescencia, *“los aportes físico-biológicos, afectivo-emocionales, cognitivo-lingüísticos, sociales y de escolarización-formación, imprescindibles de los contextos de desarrollo (familia, escuela, grupo de iguales y la propia comunidad), que promuevan la evolución integral de la infancia/adolescencia, permitiendo su integración y participación social”* (Ayuntamiento de Sevilla, 2013, p.25).

El análisis de las necesidades de los menores y su clasificación supuso sin duda una gran aportación en el ámbito de la protección de menores, sin embargo, se trata de un paradigma de la protección de los menores en parte anclado en el enfoque del déficit, dado que se centra en el análisis de las carencias de los cuidados de los niños, las niñas y adolescentes. La protección no puede limitarse a la garantía de unas condiciones dignas para la satisfacción de las necesidades básicas de niñas y niños, entendidas aún desde el mundo adulto, con una visión paternalista, ya que son los adultos los encargados de su amparo y de su bienestar. Aún quedan los resquicios de creer que los niños, las niñas y los adolescentes no tienen competencias para desempeñar un rol activo y responsable en su propia protección y en el aseguramiento de su bienestar. Desde este enfoque se sigue poniendo el foco de atención en el “déficit” y no en las “posibilidades” que les permita recocer y expresar las mismas. En este marco también están incluidos los agentes y actores que abordan el Sistema de Protección Infantil, tomando decisiones y ejecutando las medidas para la protección de niños, niñas y adolescentes, están imbuidos por estas creencias. Así, con frecuencia, se pone el énfasis en el control exhaustivo de esas necesidades no satisfechas por parte de los progenitores y/o tutores, con estrategias coercitivas y excesivamente paternalistas para establecer el cambio de las familias y poder revertir así las situaciones de riesgo de los menores, tratando de evitar la separación del menor de su hogar, y prestando aun poca relevancia al funcionamiento óptimo de la familia. Quedarnos en este enfoque conlleva situarnos en un paradigma donde la familia y los menores no son considerados los verdaderos protagonistas de sus procesos de cambio y optimización.

Por todo ello, junto al estudio de las necesidades infantiles y con los cambios conceptuales que poco a poco se van introduciendo en nuestra sociedad, se va incorporando un nuevo paradigma y por tanto una re-significación del rol de los actores y agentes que intervienen en el Sistema de Protección a la Infancia, entendiéndose que hay que situarse no solo en las situaciones que generan riesgo o maltrato, sino tratar de favorecer el desarrollo tanto de los menores como de los adultos que conviven juntos. Esta concepción se aplica a la manera de intervenir con las familias desde los Servicios Sociales, dotándole de un marco en el trabajo con la infancia que se concibe como menos asistencialista y además de atender a familias en situaciones de riesgo y maltrato, se amplía el foco, apostando por el fortalecimiento y optimización del funcionamiento familiar desde una perspectiva más preventiva (Chaffin, Bonner y Hill, 2001; Hidalgo, Menéndez, Sánchez, Lorence y Jiménez, 2009).

En este cambio de paradigma en la forma de concebir la intervención familiar han tenido una trascendental importancia las aportaciones del autor Jorge Barudy y Mayoure Dantagnan (2009), al incorporar el concepto de Buenos Tratos a la Infancia, que recoge los derechos reconocidos por los organismos internacionales y establecidos en diversas recomendaciones europeas y posteriormente en marcos legales que han ido apareciendo a lo largo de los primeros años del siglo XXI en España.

El concepto de Buen Trato hace referencia a cómo los adultos nos relacionamos con nuestros menores, no solo en nuestras familias sino con los niños y las niñas en general, participando de un sentimiento de respeto y valoración hacia los derechos humanos en general y de los menores en este caso en particular. Esta responsabilidad es una tarea conjunta, tanto de los cuidadores de los menores como del conjunto de la sociedad. Por tanto, el Buen Trato a la infancia-adolescencia es una manera de relacionarse con niños, niñas y adolescentes, poniendo el foco y el centro de esta relación en la satisfacción de sus necesidades de cuidado y bienestar, asegurando para ello ambientes respetuosos, cariñosos y seguros y potenciando al máximo su desarrollo para que puedan alcanzar la madurez en su vida adulta, y donde los protagonistas del cambio sean las propias familias y sus menores (Barudy y Dantagnan, 2009; Cyrulnik, Manciaux, Vanistendael y Lecomte, 2003).

Este concepto va más allá de cubrir durante el desarrollo las necesidades básicas de niños, niñas y adolescentes, y asegurarse de la ausencia de situaciones de maltrato; se trata de establecer un enfoque que parte y tiene en cuenta los derechos de la Infancia. Hablar de Buen Trato conlleva además un respeto absoluto por la valoración hacia la dignidad del otro, implica

establecer una relación de empatía que nos hace estar al tanto de las necesidades de desarrollo de nuestros menores, de sus cuidados y su bienestar, tratando de potenciar al máximo todas las potencialidades que posean los niños, niñas y adolescentes.

El Buen Trato debe estar presente desde la primera infancia y para ello es muy importante que los padres y/o cuidadores de los menores cumplan de una manera competente con las tareas relacionadas con la crianza de los niños y las niñas. En esta línea se han desarrollado publicaciones como el *Decálogo del Buen Trato a la infancia y adolescencia* (Fernández y Gómez, 2014), que permite concienciar a la comunidad en general y a los padres, madres y cuidadores en particular de su importancia. Este Decálogo se concreta en las siguientes actitudes y prácticas parentales:

- Aceptar incondicionalmente a nuestros hijos e hijas.
- Proporcionar amor y afecto.
- Establecer límites razonables.
- Respetar su derecho al juego y a tener relaciones de amistad con sus compañeros.
- Respetar y fomentar su autonomía.
- Protegerles de los riesgos reales e imaginarios.
- Aceptar su sexualidad y ofrecer una imagen positiva de la misma.
- Comunicación y empatía.
- Participación.
- Dedicarles tiempo y atención.

En definitiva, con este decálogo se trata de incidir en el objetivo de cumplir los derechos de la infancia enmarcados en la Declaración de los derechos del niño y aprobados por la Asamblea General de la ONU el 20 de Noviembre de 1989.

Para enmarcar mejor este concepto de Buen Trato a la Infancia, Barudy y Dantagnan (2009) establecen un modelo o ecuación en clave ecosistémica, determinando cuatro contextos de relación con el menor que juegan un papel determinante en relación al bienestar infantil y, por tanto, dando lugar a un escenario en el que sería difícil que pudieran aparecer situaciones

de malos tratos a la infancia y adolescencia. En concreto, tal y como aparece en la Figura 2.3, el bienestar infantil sería el resultado de una ecuación en la que hay que incluir los recursos comunitarios, las competencias parentales, los factores contextuales y las necesidades infantiles, incorporando la suma de la resiliencia de los menores y sus familias.

BUENOS TRATOS INFANTILES COMO PRODUCCIÓN SOCIAL			
BUENOS TRATOS	=	$\frac{\text{RECURSOS COMUNITARIOS + COMPETENCIAS PARENTALES}}{\text{FACTORES CONTEXTUALES + NECESIDADES INFANTILES}}$	+ RESILIENCIA

Figura 2.3. Ecuación de los Buenos Tratos Infantiles. Tomado de Barudy y Dantagnan (2009, p.50).

En primer lugar, nos encontramos con los **recursos comunitarios** con los que la sociedad debe apoyar a las familias para desempeñar sus tareas educativas. Se trata de recursos de todo tipo, materiales, educativos y terapéuticos, que garanticen la cobertura de las necesidades básicas y la protección de los derechos de la infancia.

En segundo lugar, las **competencias parentales**, se refieren a las capacidades que tienen los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos e hijas, asegurándole un desarrollo acorde con el máximo de sus potencialidades.

En tercer lugar, los **factores contextuales** hacen referencia a los escenarios sociales donde se desarrollan los niños, niñas y adolescentes, especialmente, destacando la familia, la escuela y la comunidad como elementos claves.

En cuarto lugar, para referirse a las **necesidades infantiles**, se propone por parte de estos autores una clasificación que incluye las necesidades fisiológicas básicas, las necesidades afectivas, cognitivas y sociales, tal y como se observa en la Tabla 2.3.

Tabla 2.3

Tipología de necesidades infantiles propuesta por Barudy y Dantagnan (2009).

TIPOLOGÍA DE NECESIDADES	CONTENIDOS
Necesidades fisiológicas básicas	Existir y permanecer vivo y con buena salud. Recibir comida en cantidad y calidad suficientes. Vivir en condiciones adecuadas. Estar protegido de los peligros reales que pueden amenazar su integridad. Disponer de asistencia médica. Vivir en un ambiente que permita una actividad física sana.
Necesidades afectivas del buen trato.	Disponer de vínculos afectivos seguros y profundos con sus progenitores o cuidadores. Necesidad de aceptación por parte de quienes le rodean. Necesidad de ser importante para el otro.
Necesidades cognitivas	Necesidad de ser estimulados. Necesidad de poder experimentar. Necesidad de recibir refuerzos por los esfuerzos y logros realizados.
Necesidades sociales	Necesidad de comunicación. Necesidad de consideración y reconocimiento. Necesidad de estructura, reglas y normas sociales y familiares.
Necesidad de valores	

Para finalizar, se incorpora en esta ecuación el concepto de resiliencia, definida como: *“la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”* según Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, (citado en Barudy y Dantagnan 2009, p.56). En este sentido podemos decir que los padres o cuidadores no solo deben ser competentes para asegurar un buen desarrollo de sus hijos e hijas sino deben

apoyarlos, ayudarlos de una manera afectiva y amorosa a hacer frente a los sucesos dolorosos y a los obstáculos que se puedan presentar en su desarrollo, base de un equilibrio mental para los futuros adultos. En suma, el punto de inicio para los Buenos Tratos a los niños, las niñas y los adolescentes es *“la capacidad de los padres para responder a las necesidades infantiles de cuidado, protección, educación, respeto, empatía y apego para que se desarrollen como personas sanas, buenas y solidarias.”* (Barudy y Dantagnan 2009, p. 22).

En este marco cobra especial relevancia la recomendación del Consejo de Europa para la difusión de políticas que apoyen el fomento de la parentalidad positiva (2006). Este concepto se refiere al *“comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del menor, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluye el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del/la niño/a”* (Moreno, 2010. p. 22).

Esta filosofía impregna actualmente los Servicios Sociales, entendiéndose que para cubrir las necesidades de los niños y las niñas es clave la necesidad de intervención con sus padres o cuidadores. Esta intervención familiar, acorde con el marco descrito, debe centrarse en apoyar y potenciar sus propias competencias como padres, lo que les permitirá desarrollar al máximo las potencialidades de sus hijos e hijas. Ya que los padres son los que tienen que salvaguardar una adecuada atención, educación y protección de los menores, hay que apoyarles para que sean competentes y resilientes para ello. Esta es una tarea con la cual debemos estar comprometidos todos los profesionales del Sistema de Protección de menores.

En esta línea “Save The Children” publicó un informe en 2013 recogiendo los 10 principios fundamentales sobre Parentalidad Positiva y Buen Trato, y que por su importancia presentamos a continuación, ya que ilustran este nuevo paradigma que debe centrar el Sistema de Protección de menores. La finalidad de la intervención debe ser facilitar a las familias todo el apoyo necesario para que puedan desarrollar su potencial individual y familiar, así como ayudarlas a superar las dificultades con las que se enfrentan en cada momento. Este enfoque pone el énfasis en prevenir la aparición de situaciones de riesgo que puedan conducir a situaciones de maltrato infantil, apoyando y orientando psico-educativamente a las familias.

Los Principios fundamentales del enfoque de la Parentalidad positiva, según Save the Children (2012) pueden resumirse en los siguientes:

- Los niños y las niñas tienen derecho al cuidado y guía apropiados en relación a sus necesidades, a sus características evolutivas y de comportamiento.
- La parentalidad positiva se basa en: conocer, proteger y dialogar.
- El vínculo afectivo (apego) es determinante para su desarrollo. Hay que establecer vínculos afectivos sólidos y seguros para permitir seguridad, sentido de pertenencia y confianza en los menores.
- El afecto debe demostrarse abiertamente para que los niños y las niñas se sientan queridos.
- Estructuración de su entorno con hábitos, rutinas y límites claros, para permitir a los menores una internalización de normas y valores. Las normas y los valores son muy importantes porque les dan seguridad a los menores.
- Los niños y las niñas deben participar en el proceso de tomar decisiones y sentirse responsables. Para ello se requiere reconocimiento e interés por sus ideas y sus aportaciones. Este reconocimiento les va a permitir y promover el auto-concepto, la autoestima y el sentido de respeto.
- A los niños y las niñas se les puede sancionar pero no de cualquier forma. Las sanciones deben ser proporcionadas y claras, y aplicarse rápidamente y de manera firme, pero tranquila y respetuosamente. Las sanciones tienen que mantenerse, por eso deben ser proporcionadas, ser realistas y no durar demasiado tiempo.
- Estimulación adecuada para proporcionar apoyo y guía al aprendizaje. Esto les permita adquirir a los menores competencias cognitivas, emocionales y sociales. El cachete, el insulto, la amenaza o los gritos no son eficaces ni adecuados para educar a los niños y las niñas.
- Libre de Violencia. Excluir cualquier forma de violencia física o verbal. Los conflictos pueden resolverse negociando salidas al problema, cediendo en algunas cosas y asumiendo compromisos. Se debe promover la protección y la promoción del respeto a uno mismo.
- Y muy importante: para que los niños y las niñas estén bien, los padres tienen que estar bien.

Desde este enfoque de la promoción de parentalidad positiva y buen trato, hay muchos autores que han hecho aportaciones sobre las variables que tienen que estar presentes en la

vida de los niños/as para tener una mayor probabilidad de recibir buenos tratos en la infancia. En la tabla 6, por ejemplo, se presenta el análisis realizado por Hidalgo (2003) sobre diferentes variables que en distintas investigaciones se han mostrado relacionadas con el buen trato a la infancia.

Tabla 2.4.

Variables relacionadas con el Buen trato. Tomado de Hidalgo (2003).

VARIABLE	CUALIDAD
Características de los padres	<ul style="list-style-type: none"> -Responsabilidad (sensibilidad y capacidad para responder a las necesidades de los menores que garantiza un buen apego) -Habilidades comunicativas -Estrategias positivas de afrontamiento -Alta autoestima -Locus de control interno -Autoconfianza parental (seguridad de sí mismo) -Historia de apego seguro en su infancia. Ideas evolutivas sobre el desarrollo de los niños más ambientalistas que mecanicista u organizacionales). -Ajuste entre las ideas preconcebidas sobre la paternidad y la realidad del ejercicio de la misma.
Característica de los niños	<ul style="list-style-type: none"> -Ausencia de deficiencias o trastornos -Temperamento fácil.
Relaciones parentales	<ul style="list-style-type: none"> -Alto grado de implicación por ambas figuras parentales -Apoyo conyugal.
Relaciones con el medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> -Disposición de redes amplias y eficaces en la provisión de apoyo social. -Conciliación de la vida laboral y familiar.

Todas estas nuevas orientaciones para la intervención con la infancia y sus familias fundamentan las actuaciones del enfoque de la *preservación familiar*, que se centra en trabajar con los padres, fomentando sus propias competencias parentales, desde un enfoque positivo y capacitador, y donde integren los principios anteriormente descritos (Martín, Cabrera, León y Rodrigo, 2013; Rodrigo et al., 2008).

El marco del buen trato a la infancia junto al enfoque de la preservación familiar han permitido construir un nuevo paradigma en el ámbito de la intervención familiar que se caracteriza por la responsabilidad compartida, superando el enfoque del déficit anteriormente predominante. Actualmente, el sistema de protección y de atención a la infancia y adolescencia pone el énfasis en que éstos sean los verdaderos protagonistas, se sientan seguros y protegidos, que disfruten de reconocimiento social y sus derechos sean respetados, se promueva su salud, su bienestar y educación desde que nacen y puedan participar de manera activa en su propio desarrollo y, por ende, en la construcción de su vida. En definitiva, un sistema de protección generador del buen trato a la infancia, que esté especializado en la detección y tratamiento de los síntomas que causan su sufrimiento, de manera especial el maltrato infantil, y que sea bastión contra la desigualdad y la injusticia social desde un modelo integral de bienestar infantil y familiar.

Sin embargo, a este nuevo paradigma de los buenos tratos a la infancia y adolescencia le queda aún algunos retos que lograr, en especial, incorporar el ejercicio de la participación de los menores y que éstos sean los verdaderos protagonistas y cuidadores activos de la construcción de sus vidas. Sería oponernos definitivamente a la infantilización, dejar de medirlos por reglas de los adultos y hacerlos pequeños, y en verdad no reconocerlos como actores activos, con capacidad de actuar y con pensamientos propios. Esto implicaría realmente el fortalecimiento de su estatus social en la sociedad y se tomarían en cuenta su propia voz, como señala Lansdowne, (citado en Morente, 2012): *“negando a los niños el poder de tomar decisiones o de participar en ellas de manera amplia, la vulnerabilidad ante la autoridad adulta crece aún más”*. En definitiva, *“despaternizar el concepto de protección y convertir el derecho de participación en parte integral de dicha protección”* (p.245). A modo de resumen, presentamos a continuación los elementos básicos de este nuevo paradigma centrado en los buenos tratos a la Infancia:

- Un modelo de responsabilidad compartida entre los agentes que intervienen en el Sistema de Protección, los niños y las niñas y adolescentes, las familias y la propia sociedad.
- Un modelo Integral de Bienestar Infantil, que promocióne los Buenos Tratos a la Infancia con un enfoque psico-educativo, social y comunitario para la orientación de las medidas, de calidad en los servicios e incorporando las buenas prácticas que hasta el momento se hayan consensuado.

- La promoción de la parentalidad positiva entendida como un enfoque integral del desarrollo de la infancia, de los padres y las madres.
- Un sistema coordinado, cooperativo y de trabajo en red de los agentes intervinientes en el Sistema de Protección a los menores con la finalidad de que las familias establezcan relaciones de confianza hacia los servicios y estos sean junto a las familias generadores de cambios que mejoren su calidad de vida.
- Una participación activa y real de los niños, niñas y adolescentes en todos los contextos de su desarrollo. En este sentido, Unicef en el Estado Mundial de la Infancia de 2003 (citado en Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, 2008) propone 5 contextos de participación infantil: (1) La familia donde la interrelación entre familia y niño, niña y adolescente debe ser de una continua información, escucha, consulta, negociación con la búsqueda de consenso, compartiendo decisiones, aceptando y respetando las decisiones de los menores. (2) La escuela, con la participación en consejos escolares, asociación de estudiantes, planes educativo, etc. (3) La comunidad a través de asociaciones culturales, de ocio y tiempo libre, programas institucionales, asociaciones de la vecindad. (4) En la toma de decisiones de las políticas públicas, a través de foros y consejos de los derechos de la infancia y adolescencia. (5) En la propia sociedad a través de los medios de comunicación y en su incorporación en los procedimientos administrativos y judiciales que les competen.

2.3. La familia como contexto de riesgo: Evolución de los modelos explicativos del riesgo y el maltrato infantil.

Hemos visto en el apartado anterior la necesidad de que el contexto familiar atienda las necesidades de desarrollo de niños y adolescentes y, sobre todo, que se promueva un buen trato a la infancia. No obstante, la realidad de muchas familias difiere de estos principios, especialmente, de muchas de las que son atendidas desde el Sistema público de los Servicios Sociales (Garrido y Grimaldi, 2009; González, 2006; Jiménez, 2009; Menéndez, Hidalgo, Jiménez, Lorence y Sánchez 2010; Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martín y Máiquez 2006; Trigo, 1998).

Parece evidente que cuando una familia no cumple adecuadamente sus funciones pueden aparecer dificultades diversas, tales como: abandono de los hijos/as, malos tratos, negligencia, hábitos inadecuados, ausencia de normas y reglas, de pautas culturales y valores, relaciones disfuncionales, etc. (Escartín, 1998). Estas situaciones son algunas de las que afrontan

los profesionales que trabajan en los Servicios Sociales, de ahí la importancia de disponer de un adecuado conocimiento de los mecanismos de funcionamiento de este tipo de familias.

Según Rodrigo et al. (2008) las familias en situación de riesgo psicosocial pueden definirse como:

“aquellos contextos en la que los responsable del cuidado, atención y educación del menor, por circunstancias personales y relacionales, así como por influencias adversas de su entorno, hacen dejación de sus funciones parentales o hacen un uso inadecuado de las mismas, comprometiendo o perjudicando el desarrollo personal y social del menor, pero sin alcanzar la gravedad que justifique una medida de desamparo, en cuyo caso se consideraría pertinente la separación del menor de su familia” (p.42).

Este no cumplimiento de las funciones básicas de protección de los menores por sus familias, y por tanto por su elevada probabilidad que en estos contextos presenten diversos problemas en los menores y adolescentes de desarrollo y adaptación, ha generado una fuerte preocupación social ante el incremento de las tasas de maltrato infantil y posteriormente por el número de menores retirados de sus familias de origen, sobre todo en la década de los 80 y 90. Este fue el primer paso para que los profesionales de los Servicios Sociales se sensibilizaran acerca de la importancia y necesidad de trabajar con familias en situación de riesgo, ya que era crucial realizar intervenciones en el medio con los menores y sus familias para evitar una medida de desamparo, de algún o algunos de sus miembros menores de edad.

Esta evolución en el modelo de entender la atención a las familias en situación de riesgo psicosocial ha venido motivada además, por las diversas transformaciones en la contextualización de los enfoques que se han ocupado de explicar el maltrato y el riesgo psicosocial familiar en las últimas décadas.

Para comprender la complejidad de las causas de las situaciones de riesgo y el maltrato infantil se han realizado en los últimos años diversas investigaciones que han significado avances en su comprensión y mucho más importante en su aportación a los agentes que intervienen diariamente con esta problemática tan compleja. Por ello vamos a exponer los diversos modelos de primera, segunda y tercera generación que han ido apareciendo a lo largo de estos años siguiendo un eje temporal, lo que nos va a permitir ilustrar los avances progresivos conseguidos en la comprensión y posibilidades de intervención en esta materia tan sensible e importante en la sociedad actual.

2.3.1. Modelos de primera generación.

Desde principios de los años 60 se fueron realizando distintas aportaciones que han permitido ir poniendo los pilares sobre el conocimiento del maltrato infantil y las situaciones de riesgo, así como sus procesos de intervención hasta como los concebimos hoy.

Los primeros modelos explicativos denominados de *primera generación* comienzan con el estudio de Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver (1962) donde a través de un estudio con 749 niños que habían fallecido por lesiones físicas graves, constataron que muchas de esas lesiones podrían ser causadas por faltas de cuidados o por golpes ocasionados por sus progenitores. Este estudio fue tan importante que se le acuñó con el nombre de “el síndrome del niño golpeado” y fue un reconocimiento en el mundo de la medicina de que el maltrato físico a los menores era un posible diagnóstico. Posteriormente, Kempe et al. (1962), acuñaron el nombre de “síndrome del Niño Maltratado” para especificar que el maltrato era debido a que los niños y niñas eran agredidos por sus cuidadores o sus propios padres. A partir de este primer estudio cobraron fuerza las investigaciones centradas en los padres que maltrataban a sus hijos e hijas, convirtiéndose con el paso del tiempo el maltrato infantil en un problema social.

Estos primeros estudios responden a un *modelo psicopatológico*, que es un modelo que se centra justamente en el análisis de las características de quienes producen el maltrato, fundamentalmente los padres. En este sentido la búsqueda de desórdenes psicológicos y/o psiquiátricos que les impiden o imposibilitan ejercer adecuadamente el rol parental es la base de estas investigaciones, que tienen como objetivo determinar qué desórdenes psicopatológicos son la causa de la producción del maltrato de estos progenitores hacia sus hijos e hijas.

Esta posición fue ampliamente cuestionada, fundamentalmente por las investigaciones realizadas por Gelles (1993) y Wolfe (1985) que apuntaban que solo un 10 % de los casos de maltrato infantil pueden atribuirse a que los padres tienen algún tipo de trastorno mental o psicopatología. Los estudios que confirmaban la existencia de multitud de casos en los que no se apreciaba ningún trastorno psicopatológico al que pudiera atribuirse a la conducta maltratante hicieron cuestionarse este planteamiento hipotético.

Sin embargo, hay que destacar como aportaciones de este modelo los análisis realizados sobre las características de los maltratadores, que ofrecieron datos sobre tres factores

principales: características de socialización, factores biológicos y variables afectivo-cognitivas (Crittenden, 1992; Milner y Chilamkurti, 1991). Hasta la actualidad se han realizado diversas investigaciones que han aportado interesantes datos sobre algunas de las características psicopatológicas que presentan algunos de los padres de los menores maltratados. En primer lugar, en relación con los procesos de socialización de los progenitores, los estudios existentes hablan de cuestiones tales como la transmisión intergeneracional del maltrato (Kaufman y Zigler, 1993), que hace referencia a como en un 30% de los casos, los padres maltratadores han sido hijos maltratados, poniendo de manifiesto que haber experimentado como hijo unas prácticas de socialización negativas aumenta la probabilidad de poner posteriormente en marcha conductas de maltrato.

En segundo lugar, en relación con los factores biológicos, no se han producido excesivas investigaciones al respecto, no existiendo datos definitivos sobre la presencia de alteraciones neurológicas o neuropsicológicas de los padres maltratadores. Sin embargo, algunos investigadores han concluido que la mala salud física de los padres, sobre todo de las madres, es un factor influyente en el maltrato infantil (Lahey, Conger, Atkenson y Treiber 1984).

Por último, en relación a los factores afectivo-cognitivos, parece que las investigaciones apuntan a que los progenitores maltratadores con frecuencia presentan dificultades cognitivas específicas relacionadas con aspectos tales como la falta de flexibilidad para comprender la conducta infantil, no mostrar un buen manejo o habilidad suficiente para tratar con los niños y las niñas, y deficiencia en el pensamiento abstracto (Hasend, Pallota, Tishelman, Conaway y Macmillan, 1989). Investigaciones posteriores han demostrado también que estos padres presentan retraso en sus capacidades y habilidades cognitivas teniendo dificultades en la atención, dificultades en el habla y escasas habilidades en la resolución de problemas (De Paúl y Arruabarrena, 2001; García y Musitu, 1993).

Otra de las características de los padres maltratadores que ha sido observada son las expectativas que estos adultos tienen de los menores, encontrándose que no son adecuadas, ya que tienden a tener percepciones negativas de sus hijos e hijas con respecto a su conducta (Reid, Kavanagh y Baldwin, 1987). Asimismo, se ha comprobado factores como la depresión (Zurabin, 1989) y la baja autoestima de los padres (Mash, Johnston y Kovitz, 1983) que influyen en la percepción negativa que estos progenitores tienen de los menores.

Es también relevante destacar que se han ido concretando diversas variables de personalidad que presentan las personas maltratantes, tales como: impulsividad, vulnerabilidad, rigidez, inmadurez, dependencia, y déficit de habilidades interpersonales, presentando bajo autocontrol de la agresividad, disciplina severa con excesiva utilización del castigo físico, y en general pocas habilidades de afrontamiento (De Paúl y Arruabarrena, 2001; Milner, 2002; Garcia y Musitu, 1993). Así mismo en investigaciones posteriores se han encontrado alteraciones psicopatológicas siendo las más citadas el abuso de sustancias, el trastorno antisocial de la personalidad y elevados niveles de neuroticismo (Milner, 1990).

Posteriormente, es en la década de los años 70 cuando cobra fuerza el *modelo sociológico, sociocultural o socioambiental*. Este modelo trata de presentar una alternativa al anterior modelo psicopatológico centrado específicamente en las características psicopatológicas del individuo, para centrarse en el contexto social y cultural donde se producían los malos tratos. En este sentido, este modelo ponía el énfasis en los factores sociales y culturales como potenciadores de situaciones que deterioran el funcionamiento familiar. Así, distintos estudios empezaron a ofrecer evidencias de la importancia de factores tales como el desempleo, la situación laboral, la precariedad económica, la situación socioeconómica o la clase social (Trigo, 1998), la composición familiar y el número de hijos (Jiménez, Moreno, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995), el aislamiento social, la existencia de redes de apoyo escasas e irregulares y el contexto social donde se desarrollan los menores (Arruabarrena y De Paúl, 2002; Garbarino y Sherman, 1980; Garcia y Musitu, 1993; Trigo, 1998). En conjunto, todos estos factores se pueden considerar estresores de la conducta maltratante. De acuerdo con este modelo, los principales factores responsables del maltrato infantil son las condiciones sociales que deterioran la vida familiar y los valores y prácticas culturales que sostienen y justifican la violencia.

De este modelo podemos destacar sin duda los trabajos de Garbarino y Kostelny (1992). Según estos autores, hay una fuerte influencia entre maltrato infantil y los factores demográficos y socioeconómicos. En sus estudios encontraron características diferentes en relación a las distintas zonas estudiadas de la ciudad de Chicago, de tal manera que las zonas de alto riesgo se caracterizaban por una gran desorganización social y las zonas de bajo riesgo evidenciaban una estructura social más fuerte y organizada. Estos resultados sugirieron la necesidad de investigar las influencias comunitarias en relación con el maltrato, puesto que el contexto comunitario podía aumentar o disminuir los factores de riesgo familiares. En este

sentido, la propia sociedad puede convertirse en un caldo de cultivo para este tipo de comportamientos, sobre todo sociedades con creencias, valores y prácticas culturales violentas o estilos educativos que potencian el castigo como forma de aprendizaje de sus menores, de tal forma que son sociedades donde hay una aceptación social de la violencia. En este sentido, el sistema de creencias de los padres tiene especial importancia con las conductas maltratantes, cuando estas son sostenedoras de creencias que justifiquen la violencia como sistema de control (Fisch, Weakland y Segal, 1984), o como sistema educativo y de aprendizaje (Barudy y Dantagnan, 1991).

Contemporáneos a estos dos modelos (el psicopatológico y el sociocultural), también aparecen estudios relacionados con las características de los hijos y cómo éstos pueden ejercer influencia en la dinámica familiar por el rechazo y/o la frustración que les generan a los padres algunos rasgos de los hijos, provocándoles un estrés que les lleva a generar la conducta maltratadora. Este *modelo sobre la vulnerabilidad del menor* destaca que hay que tener en cuenta tanto el perfil psicológico del padre o madre, como en el perfil psicológico del niño maltratado (Torio y Peña, 2006).

A continuación resumimos las aportaciones más importantes que han estudiado las características de los menores que son relevantes en relación con el maltrato:

- La edad del menor. Cuanto más pequeño es el menor, mayor vulnerabilidad a recibir malos tratos (Belsky, 1993).
- Deficiencias o discapacidad. Cualquier tipo de deficiencia física o mental que padezcan los menores que suponga un cuidado mayor debido a estas dificultades aumenta la vulnerabilidad hacia situaciones de maltrato (Belsky, 1980).
- Problemas de conducta. Las conductas de los menores, sobre todo si estas son disruptivas, se han relacionado con mayor probabilidad de experimentar situaciones de maltrato (Lahey et al. 1984; Trickett y Kuczynski, 1986).

Estos tres modelos de primera generación hacen una lectura causal, lineal y unidimensional de los procesos de riesgo (en el caso de los modelos psicopatológico y sociocultural) o fundamentalmente unidireccional de las relaciones paterno-filiales (en el caso del modelo centrado en la vulnerabilidad del menor), por ello, no supusieron un gran avance en la comprensión de la etiología del maltrato (Belsky y Vondra, 1989). En conjunto, se trataba de

enfoques que han promovido investigaciones que se limitaban a analizar factores aislados del desarrollo familiar (Lorence, 2013), generando una visión determinista, simplista y descriptiva del funcionamiento familiar y tratando a determinados colectivos de zonas deprimidas socialmente como población de riesgo.

Poco a poco se ha dado paso a otros modelos conceptuales que han ampliado el análisis de la importancia de los factores individuales de los padres y de las características de los menores y de los factores del contexto social pero analizados no de forma independiente, sino introduciendo planteamientos que destacan la importancia de la interdependencia familiar, la importancia de los sistemas de apoyo, etc.

Estos modelos de primera generación han estado presentes en unos primeros momentos en la visión que tuvieron los propios Servicios Sociales en sus comienzos. Estos tenían un marcado trabajo asistencial y compensatorio, en tanto en cuanto tienen que abordar las carencias que presentan los seres humanos (De Paúl y Arruabarrena, 2001; Hidalgo, et al., 2009; Rodrigo et al., 2008; Jiménez, 2009) sobre todo en los contextos más desfavorecidos, ya que estos eran los que influían más negativamente en los menores. El enfoque del riesgo en estos años, pues, ponía énfasis en los estados patológicos, centrándose en los síntomas y en aquellas características que se asocian a una mayor probabilidad de daños biológicos, psicológicos o sociales. Fue además una época donde los conceptos de maltrato y riesgo eran entendidos como estáticos y dicotómicos (familias normales/familias con riesgo) y donde no se consideraba aún el maltrato infantil como el polo extremo más lesivo del riesgo (Fernández del Valle y Bravo, 2002; Jiménez et al., 1995; Morales, Vicioso, Garrón, y Moreno, 1999; Scannapiecco, 2005).

2.3.2. Modelos de segunda generación: riesgo y protección como elementos definitorios del riesgo psicosocial.

Los modelos causales anteriormente descritos pronto quedaron superados y provocaron numerosas críticas, ya que no era posible explicar la etiología del maltrato infantil desde la unicausalidad, ni como factores estáticos concebidos como marcadores predictores de resultados no deseables. Por ello en este apartado trataremos de describir, en primer lugar, los denominados modelos de segunda generación que, en contraposición con los modelos de primera generación, dan importancia a las interacciones que se producen entre los diversos sistemas donde pertenece y se desarrolla el individuo y su familia. Es en esas interrelaciones donde aparece como eje central las aportaciones posteriores en relación a la etiología del

maltrato. En este nuevo marco ha de tenerse en cuenta tres variables que interactúan dinámicamente entre ellas: el niño o niña, los padres y el contexto. En segundo lugar, una vez abordados estos nuevos modelos explicativos nos centraremos en analizar los cuatro factores fundamentales que juegan un papel transcendental en las situaciones de riesgo y maltrato infantil: Los factores de riesgo y protección y los factores de vulnerabilidad y resiliencia.

Es en los años ochenta cuando surgen los denominados *modelos de riesgo y protección* que basados en modelos explicativos denominados de segunda generación, evolucionan progresivamente desde los modelos explicativos causales a unos modelos con perspectivas más ecológica-sistémica unidas a un contextualismo evolutivo. En conjunto, estos modelos nos aportan la idea de que el desarrollo humano no se puede comprender sin tener en cuenta la relación recíproca entre las personas y los contextos en los que se desarrollan, y como varían estas relaciones en función de los ciclos vitales por los que atraviesa cada persona. La confluencia de estos tres enfoques, el ecológico por un lado (Belsky, 1980; Bronfenbrenner, 1987; Garbarino, 1977), el sistémico por otro (Andolfy, 1984; Broderick, 1993; Minuchin, 1985; Von Bertalanffy, 1968) y el contextualismo evolutivo (Lerner, 2002), han permitido superar esa idea de causalidad de los problemas para darle un matiz más relacionado con la probabilidad de ocurrencia e interacción entre los diversos contextos donde se desarrolla la familia, y el momento histórico-cultural concreto.

Estos modelos, además, ponen el énfasis no solo en determinar la multitud de factores que intervienen en la aparición del maltrato, reconociendo así su multicausalidad, sino que cobran igual relevancia las fortalezas o aquellos aspectos positivos de la familia que van a amortiguar el riesgo de ser disfuncional.

El modelo ecológico-sistémico en un contexto evolutivo determinado integra la consideración de que los menores se encuentran inmersos en sistemas donde se producen interrelaciones entre los miembros, al mismo tiempo que están conectados con otros contextos en los que también participa el menor y sus familias y que esta pertenencia y relación incide en su conducta, así como que estos sistemas pertenecen a contextos diversos donde se produce el desarrollo de estos menores en una sociedad determinada.

2.3.2.1. Principales modelos y aportaciones

No nos podemos olvidar que entre estos modelos se incorporan las importantes investigaciones y análisis del desarrollo ontogenético de Tinbergen (1951). En este marco de

influencia y desde el convencimiento de que no es posible analizar el maltrato sin contextualizarlo en un enfoque holístico, se enmarcan importantísimas aportaciones al estudio de las causas del maltrato, que describimos a continuación.

El modelo ecosistémico de Jay Belsky (1993). Este autor plantea como modelo explicativo del maltrato infantil la necesaria integración y ordenación, en cada caso que vayamos a estudiar, de variables que pertenecen a los distintos niveles ecológicos del modelo propuesto por Urie Bronfenbrenner(1987), y de la aportación de Tinbergen (1951), incorporando el análisis de los factores de riesgo y protección de cada uno de ellos. En concreto, este modelo agrupa cada una de estas variables en cuatro niveles de análisis:

- El ontosistema, que incluiría los factores individuales tanto de los padres o cuidadores que ejercen el maltrato como de los menores maltratados.
- El microsistema compuesto por las relaciones más próximas del menor donde tiene lugar el maltrato, la familia, los padres o la escuela. Centrándonos en la familia es donde se incorporan las características individuales de los menores, las características individuales de los padres (tanto relacionadas con el momento actual del análisis como de su trayectoria evolutiva previa a la situación del maltrato), la relación paterno-filial, y las relaciones entre los padres o relaciones de pareja.
- El exosistema que queda configurado por las relaciones con el entorno social próximo tanto con instituciones formales (escuela) como informales (vecinos), pero entendidas éstas desde el microsistema familiar donde se incorporan aspectos relacionados con el vecindario o con el contexto laboral de los padres. Es decir, el mundo del trabajo, las redes sociales, el vecindario, etc. influyen delimitan o incluso determinan lo que ocurre en el contexto inmediato donde se desarrollan los menores.
- El macrosistema que sería el nivel más amplio que incluye los valores, las creencias y los estilos de vida de una cultura concreta y que pueden fomentar las situaciones de riesgo y/o el maltrato infantil a través de la influencia en los otros tres niveles, el individuo, la familia y la comunidad.

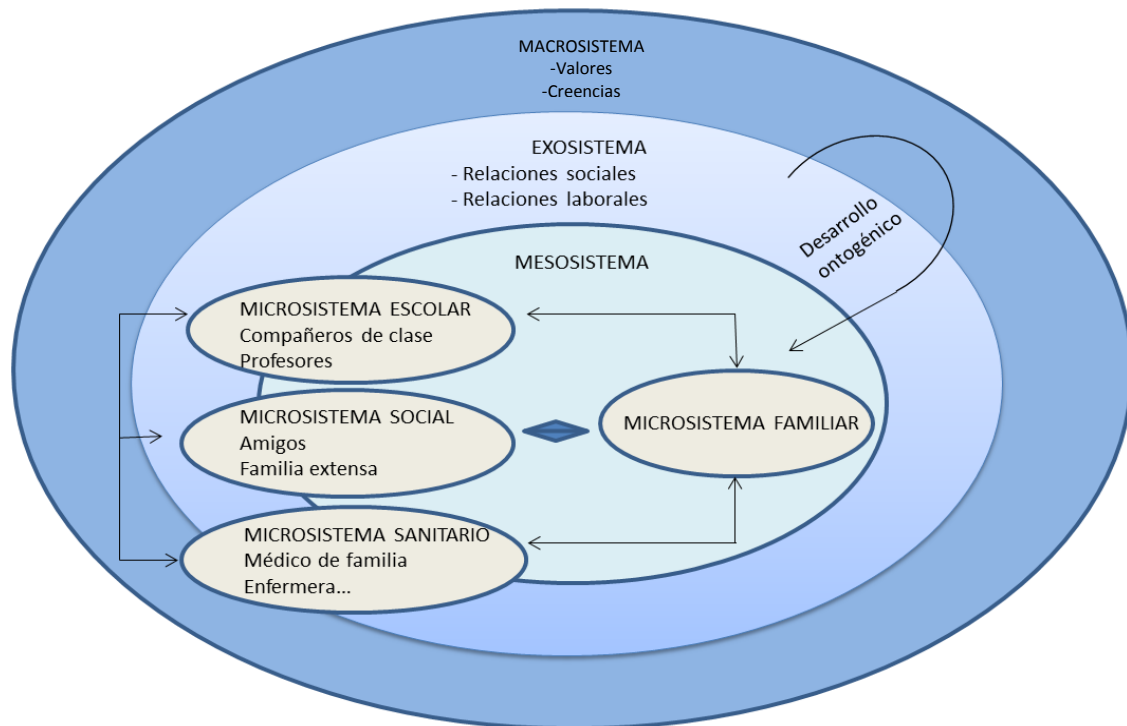


Figura 2.4. Modelo Ecológico de Belsky (1993).

Según este autor es crucial cómo cada uno de estos sistemas se interrelacionen y que factores de riesgo y protección coexisten en cada uno de ellos de tal manera que la probabilidad de que existan malos tratos en el seno familiar depende de la confluencia y aglutinación de que los primeros sean superiores a los segundos, lo que conllevará un efecto negativo en el desarrollo de los menores.

El modelo ecológico transaccional de Cicchetti y Rizley (1981). Este modelo integrado también en los denominados de segunda generación reconoce las aportaciones del modelo ecológico pero incorpora e integra los factores de riesgo y protección, así como otros dos elementos como son los de vulnerabilidad y resiliencia.

De acuerdo con estos autores cada nivel ecológico (microsistema, exosistema, macrosistema) unido al desarrollo ontogénico individual presenta una serie de factores de riesgo, que son aquellos que aumentan la probabilidad del maltrato, y factores de protección, que compensan o amortiguan a los primeros. La relación probabilística que resulte del análisis de los factores de riesgo y de los factores de protección determinará si se produce una situación de maltrato o no. Por tanto, los malos tratos aparecerán cuando los factores de riesgo

sobrepasen o anulen a los factores de protección y éstos no puedan amortiguar o compensar a los primeros. Así mismo, la compensación que se puede producir con el efecto de los factores de protección puede hacer que los menores no se vean afectados en su desarrollo cuando están expuestos a factores de riesgo.

Por otra parte, estos autores dan mucha importancia a la dimensión temporal de estos factores y especifican además que estos pueden ser transitorios o permanentes. Hay otros autores posteriores como Moreno, Jiménez, Oliva, Palacios y Saldaña (1995) que incorporan este criterio. Por un lado, son denominados factores transitorios o temporales cuando se producen situaciones que se dan en un determinado momento o periodo de tiempo y que estas circunstancias puedan desembocar en una situación de crisis y vulnerabilidad de esa familia que le impida responder a las necesidades de sus menores (por ejemplo, una pérdida de trabajo del padre, dificultades matrimoniales, etc.). Por otro, se consideran factores permanentes aquellos que se mantienen a través del tiempo y que potencian o aumentan el maltrato y su transmisión intergeneracional. A estos factores este autor los denomina factores de vulnerabilidad representando éstos características o indicadores de riesgo crónicas. Estos factores pueden ser biológicos (por ejemplo, discapacidades o anomalías físicas, psíquicas o sensoriales, enfermedades psiquiátricas), psicológicos (falta de autoestima, escaso control de impulsos, baja tolerancia a la frustración), históricos (historia de pérdidas no elaboradas, historia abusos en la infancia) o socioculturales (tales como falta de empleo, graves dificultades económicas, escasas competencias parentales).

En la Tabla 2.5 que se ofrece a continuación se observa cómo Cicchetti y Rizley (1981) combina estos conceptos para explicar cómo influyen los factores de riesgo o potenciadores del maltrato, los factores de protección, compensatorios o amortiguadores del riesgo y su dimensión temporal sobre la probabilidad del maltrato.

Tabla 2.5

Factores de riesgo y protección en la explicación del maltrato según Cicchetti y Rizley (Tomado de Morales y Costa, 1997).

INFLUENCIA SOBRE LA PROBABILIDAD DE MALTRATO		
Dimensión temporal	Factores potenciadores	Factores compensatorios
Factores duraderos	Factores de vulnerabilidad: factores duraderos o perdurables que incrementan el riesgo. <ul style="list-style-type: none"> • Anomalías físicas/psíquicas • Historia de violencia. • Psicopatología padres/hijos. • Características parentales • Carencia de apoyo social. 	Factores protectores: condiciones o atributos duraderos que reducen el riesgo. <ul style="list-style-type: none"> • Relación familiar
Factores transitorios	Estresores o Provocadores eventos transitorios pero significativamente estresantes. <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades Lesión física • Problemas familiares. Conflicto de disciplina de los hijos/as	Amortiguadores o Contenedores Condiciones transitorias que actúan como amortiguadores de los estresores. <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones financiera • Armonio marital. • Red y apoyo social

De acuerdo con este modelo, todas las familias y todas las personas pueden atravesar periodos de vulnerabilidad debido a estresores externos o internos. No obstante, hay que diferenciar aquellos sistemas más adaptativos y de control sobre sus relaciones con otros sistemas y con su medio físico que pueden conducir a una menor o mayor resistencia a estas circunstancias adversas, o una menor o mayor adaptación y control en relación a las interacciones entre los factores y características personales de la propia historia evolutiva o genética.

El modelo de los dos componentes de Vasta (1982). Este autor de tradición conductual realiza múltiples investigaciones sobre cómo se produce el maltrato físico. Nos explica este comportamiento desde la premisa de que los padres utilizan con el menor el castigo físico como estrategia de disciplina, ya que consideran que con ello lograrán el control de la conducta del menor. Pero a veces realizan esta conducta como respuesta impulsiva o involuntaria ante la conducta del mismo, a causa de su hiperreactividad emocional. Asimismo, este autor tiene en

cuenta otros factores que influyen en la conducta maltratante, tales como ausencia de habilidades sociales y normas, historial de malos tratos y factores socio-situacionales.

El modelo Transicional de Wolfe (1987). Este autor fundamenta la explicación de los malos tratos en la infancia en la producción dentro del contexto familiar de una conducta abusiva. Este desarrollo de la conducta abusiva produce un patrón de malos tratos en el contexto familiar. Asimismo es también muy importante cómo aparecen en los procesos psicológicos de los padres una activación de la conducta agresiva y colérica y una falta de afrontamiento hacia la misma.

Modelo de familias en riesgo de Repetti, Taylor y Seeman, (2002). Este modelo incorpora la idea de que las propias características de las familias en situación de riesgo psicosocial pueden favorecer la aparición de nuevas vulnerabilidades que unidas a las ya existentes las pueden agravar. Por otra parte, incorpora además la importancia del contexto social donde estén estas familias, que también puede conllevar un agravamiento si están inmersas en contextos de riesgo (violencia vecinal, pobreza, estrés crónico, etc.). Ambas circunstancias, unas más directas sobre los menores (agresividad, conflicto familiar, hogares con poco apoyo emocional), y otras más indirectas van a influir en su desarrollo favoreciendo problemas biológicos, psicológicos y sociales que se pueden asociar a problemas en relación a la salud física y mental a lo largo del ciclo vital de estas familias y sus menores, tanto a medio como a largo plazo.

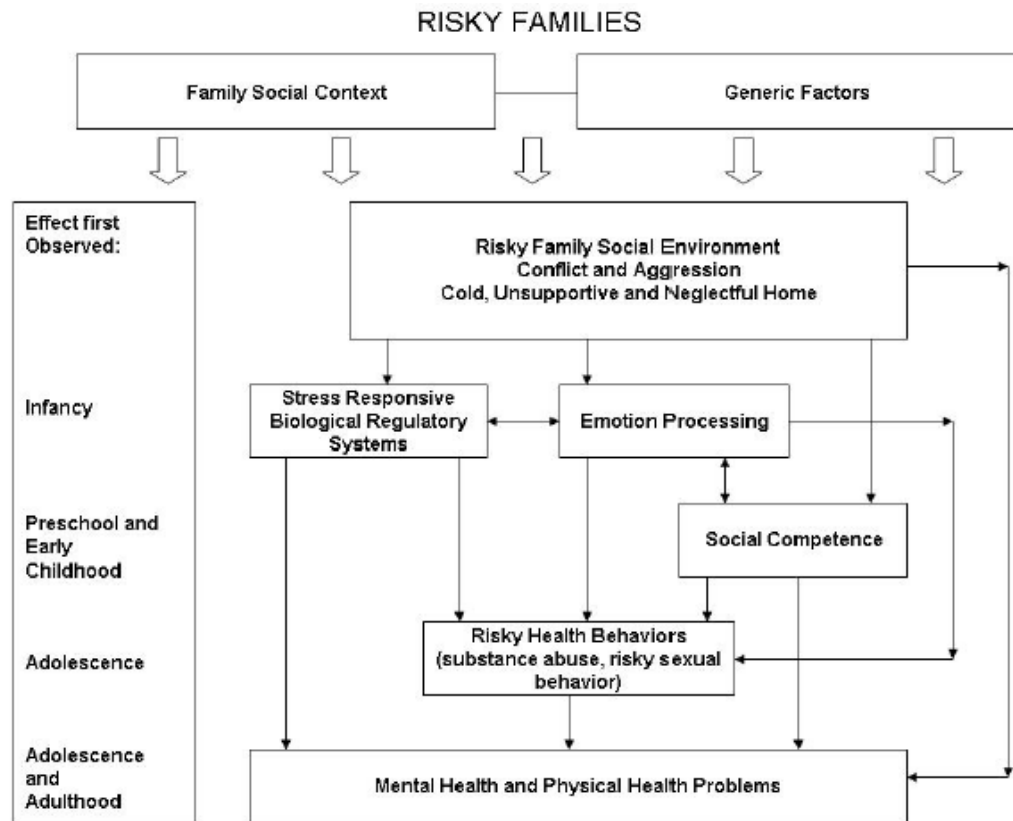


Figura 2.5. Modelo de familias en riesgo. Tomado de Repetti et al. (2002, p. 331).

En todos estos modelos de riesgo y protección encontramos algunas características comunes:

- Una visión más integradora y holística de la realidad de los malos tratos.
- Que la etiología de los malos tratos depende de modelos probabilísticos.
- La multitud de factores que explican los malos tratos, o perspectiva multifactorial. Son numerosos los estudios que consideran que el grado de riesgo de los menores es el resultado de la interacción entre los factores de riesgo y protección presentes en los diferentes niveles ecológicos (individual, familiar, de iguales, escolar y de la comunidad). Esta es una visión cuantitativa del riesgo, también denominada modelos de acumulación de indicadores de riesgo. En este sentido hay múltiples investigaciones que han demostrado este efecto acumulativo de los factores de riesgo en la aparición de problemas en el desarrollo infantil y adolescente (Friedman y Chase-Lansdale, 2002; Mackenzie, Kotch, Lee, Augsberger y Hutto, 2011; Oliva,

Jiménez, Parra y Sánchez-Queija, 2008; Rodríguez, et al., 2006; Ruttery Quinton, 1984a; Trigo, 1998; Werner y Smith, 1992).

- La importancia de la identificación tanto de los factores de riesgo como de los factores de protección.

- La importancia de la superación de la idea del riesgo psicosocial como una característica exclusiva del funcionamiento y la dinámica familiar y/o como un patrón estático, para incorporar progresivamente la idea de que el riesgo es dinámico. Es decir, varía en su complejidad y accesibilidad en virtud de multitud de condicionantes tanto externos a la familia como inherentes a ella.

- La consideración de que el riesgo es un continuo, y que se puede graduar en niveles de bajo, medio y alto grado. Esta visión cuantitativa del riesgo hace referencia a que en función de la acumulación de un número mayor de indicadores de riesgo mayor será la gravedad del maltrato y el comportamiento desajustado de éste. Son muy numerosos los estudios desde este enfoque cuantitativo del riesgo, y su acumulación en la vida cotidiana, como amenaza para el desarrollo del menor (Deater-Deckard, 2004; Friedman y Chase-Lansdale, 2002; Oliva et al., 2008; Rutter y Quinton, 1984b; Trigo, 1998; Werner y Smith, 1992). En este sentido, merece la pena destacar por su utilidad en la práctica profesional el trabajo interno de los profesionales del Ayuntamiento de Sevilla y las aportaciones de algunas investigaciones desarrolladas en nuestro país que nos muestran cómo se pueden clasificar a las familias en riesgo psicosocial de acuerdo con un índice de riesgo y protección predominante en el momento concreto de su valoración. La agrupación de las familias en riesgo psicosocial de acuerdo con un índice de riesgo y protección permitirá tomar decisiones más adecuadas respecto al futuro de los menores, ya sea en la familia o fuera de ella, a través de una correcta evaluación del grado de severidad del riesgo psicosocial (Ayuntamiento de Sevilla, 2013; Garrido y Grimaldi, 2009; Menéndez, et al., 2010; Rodríguez, et al. 2006,).

- Este enfoque cuantitativo del riesgo además conlleva un efecto multiplicador y amplificador del mismo según se van acumulando factores, conformando ambientes de riesgo múltiples altamente amenazantes para los individuos que viven en ellos (Cowan, Cowan y Schulz, 1996; Osofsky, Thompson, Shonkoff y Meisels (2000).

- La importancia que tiene además del enfoque cuantitativo del riesgo, el punto de vista cualitativo. Este enfoque cualitativo del riesgo ha promovido la conceptualización del riesgo

psicosocial como un proceso o trayectoria transaccional, ya que se centra no solo en analizar los factores de riesgo, sino también en analizar los elementos o factores de protección que le acompañan y en las relaciones que se establecen entre ellos. Analizar la identificación y comprensión de la relación que tienen esos factores entre sí es clave, ya que se valoran factores que pueden nivelar el riesgo, compensando sus efectos negativos e incluso potenciando desde ellos el desarrollo de estrategias de afrontamiento de estas familias mucho más eficaces (Cowan et al., 1996; Cowan, Powell y Cowan, 1998; Garbarino y Ganzel, 2000; Magnusson y Stattin, 1998; Osofsky, et al., 2000; Sameroff y Fiese, 2000; Scheffer, 1996). Así mismo, es de gran utilidad para comprender la diversidad inter-familiar presente en las situaciones de riesgo psicosocial (Jiménez, 2009). La visión de la familia incorporando este enfoque es mucho más globalizadora y conlleva una perspectiva más positiva de ella, ayudando a los profesionales a tener una perspectiva más optimista,

Las aportaciones de todos estos modelos han permitido que se hayan ido describiendo diversas tipologías o subtipos de maltrato que concretan diferentes tipos de situaciones en su detección, etiología, factores de riesgo y protección, tratamiento y prevención (Torres, Arruabarrena, De Paúl y Arruabarrena, 2001). En concreto, la tipología que se utiliza en nuestra comunidad autónoma sobre el maltrato infantil está recogida en el Sistema de Información del maltrato infantil de Andalucía, decreto 3/2004, de 7 de enero, clasificándola de la siguiente manera: maltrato físico; negligencia; abandono físico y cognitivo; abandono psicológico/emocional; abuso sexual; corrupción; explotación; maltrato prenatal; retraso no orgánico en el crecimiento; síndrome de Munchausen por poderes; maltrato institucional. Sin embargo, no podemos obviar que todos los tipos de maltrato tienen varias características comunes (Torres et al., 1996):

- 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 su intensidad a medida que la situación se cronifica o es más severa.

Para terminar podemos afirmar que estos modelos de riesgo y protección descritos incorporan habitualmente cuatro elementos que están involucrados en el análisis de las familias

con menores en riesgo psicosocial. Estos son: factores de riesgo, factores de protección, factores de vulnerabilidad y resiliencia. Estos cuatro factores se convierten en los elementos fundamentales para el estudio de las situaciones de maltrato, por ello, es imprescindible analizar con mayor detenimiento cada uno de ellos.

2.3.2.2. Factores de riesgo y de protección.

En el abordaje de las investigaciones realizadas con familias en riesgo psicosocial, así como en la propia experiencia de los profesionales de los Servicios Sociales, se ha venido trabajando sobre los diversos factores de riesgo y protección que están influyendo en cualquier tipo de maltrato. Como dice Menéndez (2003), son conceptos claves para comprender los procesos de riesgo de las familias.

Como hemos venido afirmando anteriormente el concepto de factor de riesgo es de carácter probalístico, no es una relación causal, sino una relación estadística de probabilidad entre dos variables con una consecuencia negativa (o una ausencia de experiencias positivas que son claves para el desarrollo de los menores). A este factor así considerado se le ha denominado indicador o marcador de riesgo (Cova, 2004; Rutter, 1994). Sin embargo, cuando la relación no es solo de asociación probabilística, sino que permite comprender el proceso por el cual el factor considerado influye en el resultado, se trataría de un mecanismo de riesgo (Rutter, 1994).

Pinazo, Pons y Carreras (2002), ahondando en este concepto en las investigaciones que realizan sobre drogodependencia consideran que un factor de riesgo es un factor predisponente, es decir, una variable cuya presencia aumenta la probabilidad de aparición de una conducta desajustada determinada. Bien entendido que ninguna conducta desajustada se desarrolla a partir de la simple aparición de un solo factor de riesgo, sino de la combinación de varios de ellos o de la ausencia de aspectos fundamentales para el desarrollo adecuado de los menores.

Actualmente la tendencia es analizar estos factores de riesgo tanto como conjunto de varios indicadores relacionados con la conducta desadaptada como de una manera procesual (Cowan et al., 1996); es decir, no limitarse a disponer de una lista estática de indicadores de riesgo en las situaciones de maltrato, sino de llegar a entender los mecanismos procesuales que se dan en los factores de riesgo de esa situación maltratante que estemos analizando. Friedman y Chase-Lansdale (2002) han realizado una de las aportaciones más interesantes dentro del

desarrollo de los modelos procesuales estableciendo la búsqueda de procesos subyacentes en las situaciones de maltrato.

En definitiva, y utilizando la definición de Rodrigo et al. (2008), podemos decir que los factores de riesgo son: *“Aquellas condiciones biológicas, psicológicas y sociales que aumentan la probabilidad de que aparezca una determinada conducta, situación o problema que comprometen en mayor o menor medida el ajuste persona y social de las personas”* (p. 25).

En este sentido el Ayuntamiento de Sevilla, a través de su Manual de Intervención técnica individual – familiar con la infancia, la adolescencia y su contextos de desarrollo desde los Servicios Sociales Municipales, elabora un sistema de indicadores de contexto de desarrollo de los/las menores, así como a sus niveles de gravedad.¹

Los factores de protección son la otra cara de la moneda del riesgo. Actualmente, no se puede entender el estudio de las familias con problemas y dificultades desadaptativas en el desarrollo de sus menores sin analizar ambos elementos. La importancia de los factores de protección se hace relevante con el cambio de mentalidad y la apuesta por el enfoque de la preservación familiar. En concreto, y siguiendo a Rutter (1985), podemos decir que los factores de protección nos indican *“influencias que modifican, mejoran o alteran una respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo”*(p. 604). Por tanto, son variables que disminuyen la posibilidad de consecuencias negativas en el desarrollo ante la presencia de factores de riesgo.

Así mismo, Rutter (1985) nos orienta a discriminar estos factores protectores de lo que pueda ser una experiencia o suceso agradable incorporando tres diferencias:

- En primer lugar un factor protector puede no constituir un suceso agradable.
- En segundo lugar, las experiencias agradables a diferencia de los factores protectores no incorporan los componentes de interacción.
- Y en tercer lugar un factor protector no es una experiencia sino una cualidad o característica de los individuos. Este aspecto se puede ampliar a cualidades de los contextos de desarrollo de los menores.

¹ Por razones de extensión, no se ve apropiado añadir este documento en los Anexos, pero puede consultarse en <http://www.sevilla.org/ayuntamiento/competencias-areas/area-de-bienestar-social-y-empleo/a-servicio-de-intervencion-de-servicios-sociales/publicaciones/intervencion-tecnica>

Estas diferencias nos indicarían que estos factores de protección funcionarían como tales cuando aparecen en situaciones difíciles o problemáticas para el sujeto, de forma que estos factores amortiguarían la adaptación o el ajuste de los menores en contextos de adversidad, o dicho de otra manera, modificarían la probabilidad de incidencia de factores de riesgo en esos contextos de adversidad, aumentando la capacidad para hacer frente a la misma, y disminuyendo la posibilidad de desarrollar desajustes psicosociales frente a la presencia de factores de riesgo (Menéndez, Jiménez y Lorence, 2008; Pérez, 2014; Rodrigo et al., 2008).

Garnezy, (1991) identifica tres amplias clases de factores protectores:

- Una personalidad flexible y adaptable, además de características propias del menor tales como inteligencia, empatía, locus de control interno, etc.
- Que el niño o la niña cuente al menos con la presencia de un adulto de forma estable y que este tenga o muestre interés e implicación con el menor.
- Una buena red de apoyo social.

Al igual que con los indicadores de riesgo, los distintos estudios empíricos existentes han permitido elaborar listados de los principales factores de protección asociados a los padres o cuidadores, asociados al núcleo familiar, asociados a los niños y asociados a su contexto escolar y su entorno².

Por último, es interesante resaltar que de forma más reciente se ha incorpora una noción que tiene que ver con la especificidad tanto de los factores de riesgo como de protección, es decir, como el mismo factor puede desempeñar diversos dominios de funcionamiento (Dekovic, 1999).

2.3.2.3. Factores de vulnerabilidad y resiliencia.

Además de los dos elementos anteriormente descritos, los presupuestos del modelo transaccional incorporan la idea de que el desarrollo es el resultado de la presencia o ausencia de los factores de riesgo y protección, pero también de la relación que tengan los menores con estos factores, y de cómo afronten y resuelvan las situaciones vitales de su vida diaria. Por ello, es necesario incorporar en las explicaciones otros dos elementos fundamentales: la

²Por su extensión, pueden encontrarse en el siguiente enlace, <http://www.sevilla.org/ayuntamiento/competencias-areas/area-de-bienestar-social-y-empleo/a-servicio-de-intervencion-de-servicios-sociales/publicaciones/intervencion-tecnica>.

vulnerabilidad y la resiliencia. En este sentido, Llobet (2005) afirma que la resiliencia suele asociarse a los factores protectores, pero ellos no agotan ni explican los procesos resilientes, ya que muchas personas a pesar de estar atravesando situaciones graves de adversidad y con pocos factores protectores logran salir adelante con comportamientos constructivos mientras que otras con circunstancias menos adversas no lo consiguen. Por tanto es insuficiente quedarnos solo con el enfoque de los factores protectores y de riesgo.

La vulnerabilidad según el diccionario de la Real Academia española es “la capacidad de ser vulnerable” y vulnerable según el mismo diccionario se aplica a la persona, al carácter o al organismo que es débil o que puede ser dañado o afectado fácilmente porque no sabe o no puede defenderse. Esta idea incorporada a las situaciones de riesgo nos añade que una persona vulnerable sometida a alguna situación de riesgo o maltrato puede amplificar los efectos negativos de esta situación. Es decir, la vulnerabilidad amplifica los efectos negativos del riesgo; así, por ejemplo, un menor con vulnerabilidad ante situaciones de riesgo incrementa la posibilidad de experimentar efectos negativos (Khalil, 2003). Esto nos aporta la explicación de que menores ante la misma situación de riesgo (por ejemplo unos padres con problemas psicológicos serios) tendrán diferentes resultados de desarrollo dependiendo de su mayor o menor vulnerabilidad. Dado que la vulnerabilidad en sí misma no supone una amenaza para el desarrollo (su definición es eminentemente funcional) y teniendo en cuenta lo anterior, podemos decir que la vulnerabilidad varía a través de los procesos de riesgo, se extiende a múltiples contextos y cambia a través de distintos dominios de funcionamiento (Blum, McNeely y Nonnemaker, 2002).

Las variables relacionadas con la vulnerabilidad serían ciertas discapacidades, la edad, el sexo, la hiperactividad o el temperamento irascible o irritable, o una historia de depresión o una baja cohesión familiar (Khalil, 2003; Luthar, 2006; Menéndez, 2003). Según Giberti, Garabenta y Lamberti (2005) podemos definir la vulnerabilidad como la *“expresión de una imposibilidad de defensa frente a los hechos traumatizantes o dañinos debido a la insuficiencia de recursos psicológicos defensivos personales o/y a merced a la ausencia de apoyo externo, además de una incapacidad o inhabilidad para adaptarse al nuevo escenario generado por los efectos de la situación riesgos o peligrosa”* (p.28).

Estos autores también hablan de vulnerabilidad social como aspecto importante a tener en cuenta en el desarrollo de los grupos sociales, por ejemplo, de grupos que pueden ser excluidos porque están desprovistos de recursos sociales que les proporcionen apoyo y

protección para incorporarse a procesos de desarrollo social más normalizados. Aquí podríamos hablar de riesgo social de comunidades que no poseen los mínimos recursos para que su población se desarrolle con unos mínimos estándares económicos y culturales similares a otras comunidades que sí tienen estos recursos para sobrevivir adecuadamente. En esta línea, los Servicios Sociales tratan de identificar tanto los sistemas familiares como los contextos comunitarios más vulnerables y deficitarios de la sociedad y que presentan más dificultades para ejercer las funciones básicas que permitan cubrir las necesidades de los menores y contribuir al desarrollo de sus máximas potencialidades.

Estos sistemas vulnerables según el Manual de los Equipos de Tratamiento Familiar de Andalucía (2007) son los siguientes:

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

En resumen, si tenemos un contexto adverso (múltiples factores de riesgo en sistemas vulnerables) y además la persona o la familia presenta un funcionamiento lleno de debilidades (factores de vulnerabilidad), el impacto negativo quedará incrementado cuando estas personas o familias atraviesan dificultades o crisis en su ciclo vital, pudiéndose cronificar si no aparecen nuevos procesos de recuperación y fortalecimiento. Estas circunstancias están más presentes en familias en riesgo psicosocial pero sobre todo en las denominadas familias multiproblemáticas (Gómez y Kotliarenco, 2010).

Esta idea de la necesidad de investigar nuevos procesos de recuperación y fortalecimiento para afrontar las situaciones de adversidad lleva de la mano al estudio de la resiliencia. La resiliencia, según el diccionario de la Real academia española de la vigésima tercera edición, significa “capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límites y sobreponerse a ellas”. Si esta definición la adaptamos al ámbito de las ciencias sociales significa un desarrollo bueno y exitoso a pesar de o haber nacido y/o vivir en situaciones de alto riesgo (Rutter, 1993).

En una primera etapa de la investigación sobre la resiliencia, los estudios se centraron en identificar cualidades resilientes que ayudaban a las personas a recuperarse de las situaciones de adversidad. Autores como Wener, (2002), Werner y Smith (1992), Rutter (1979; 1985), Garmezy (1991) y Garmezy, Masten y Tellegen (1984), elaboraron listados de características que incluían cualidades personales tales como ser fuerte, responsable socialmente, tolerante, o cualidades relacionadas con las relaciones con los otros tales como calidez en las relaciones, cercanía, o habilidades para resolver situaciones diversas como resolución de conflictos, pensamiento crítico, efectividad en el trabajo, en el juego etc. Sin embargo, fueron Wolin y Wolin (1999) quién en esta primera etapa de investigación sobre la resiliencia describieron las características más significativas para poder tener una respuesta resilientes ante la adversidad, considerándose éstas los pilares de la resiliencia (ver Tabla 2.6).

Tabla 2.6

Los pilares de la resiliencia. Tomado de Wolin (1999).

Introspección. Capacidad de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.
Independencia. Capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas.
Capacidad de relacionarse. Habilidad para establecer lazos e intimidad con otros y equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros.
Iniciativa. Ponerse a prueba con gusto en tareas cada vez más exigente.
Humor. Encontrar lo cómico en las adversidades.
Creatividad. Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
Moralidad. Extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores (sobre todo a partir de los 10 años).

En definitiva, podemos hablar de una primera etapa de descubrimiento de las fortalezas personales que iban muy unidas al concepto de factores de protección. Esta misma idea de fortalezas ha ido ampliándose e incorporándose a los modelos de tal forma que Grotberg (2001)

establece categorías y en cada categoría establece listados (yo tengo, yo soy, yo estoy, yo puedo), o según las características resilientes en los distintos niveles ecológicos (Ungar, 2003), características propias de los niños resilientes, características interpersonales, características familiares y características del ambiente y socioculturales.

La segunda etapa de investigación sobre la resiliencia se ha centrado en el estudio de las características de los procesos que están asociados a una adaptación positiva ante situaciones de adversidad. Es decir, estas investigaciones se centran más que en los factores en los mecanismos situacionales y del desarrollo que nos den respuestas de cómo estos procesos funcionan. Los autores más significativos son Rutter (1999), Grotberg (1995), y Luthar y Cushing (1999). Estos autores, desde el marco del modelo ecológico-transaccional, consideran que la resiliencia además de ser un proceso, tiene un carácter dinámico, es decir, que depende de la interacción del niño o la niña con su entorno y, por tanto, estas fortalezas deben ser analizadas tanto a nivel individual, como familiar y social. Por otra parte, también en esta etapa se aborda como se adquieren esas cualidades resilientes. En este sentido, Richardson (2002) señala que estas cualidades son una elección consciente e inconsciente de resolución ante una crisis o reacción de las situaciones de adversidad que se presentan en la vida.

La tercera etapa en el estudio de la resiliencia se asienta en la idea tradicional de equipar la resiliencia a una energía que viene de la propia persona y por tanto está en cada ser humano, muy relacionada con sus fuerzas motivacionales. Esta idea prende en los clínicos con modelos de carácter individual, pero la incorporación a finales de los años 80 de profesionales en el ámbito de la intervención social comenzó a relativizar esta idea e incorporaron el análisis de las fortalezas familiares y su importancia para potenciar esa capacidad en todos sus miembros.

El enfoque de la resiliencia en la intervención social sugiere una mirada diferente, y como dicen Gómez y Kotliarenco (2010), se tiene que ver más que *“como una coraza personal de protección, como un engranaje relacional y ecosistémico que permite encontrar oportunidades donde podría darse estancamiento o deterioro”* (p.105).

Como hemos visto, se trata de un concepto que ha evolucionado desde los primeros enfoques hasta la actualidad. Así, se ha pasado en un primer momento de la necesidad de analizar e identificar cuáles son los factores protectores de la resiliencia, a centrarse en la comprensión de la resistencia como algo absoluto y global, para terminar concluyendo que la resiliencia es algo relativo, multidimensional y específico (Jiménez, 2009). Así mismo, este

concepto desplaza el enfoque tradicional basado en las carencias y los factores de riesgo para situar la intervención en los factores de protección, las fortalezas y la creatividad del individuo, la familia y su entorno (Melillo, Suarez, Rodríguez, 2002).

En definitiva, la resiliencia es la capacidad que tienen los individuos y los sistemas para resistir acontecimientos adversos, consecuencias negativas o perturbadoras para el desarrollo de los menores. En el ámbito del maltrato, la resiliencia cobra una importancia capital y su evaluación es fundamental, ya que si está presente, el daño producido por la situación de maltrato se atenúa, o incluso puede ser inexistente en todos o en algunos de los áreas de funcionamiento de los menores (conductuales, emocionales, sociales y académicos). En este sentido, hay algunos factores de protección que han estado asociados a un funcionamiento resiliente en niños maltratados (ver Tabla 2.7).

Tabla 2.7

Factores de protección en relación al Maltrato infantil (Cabrera, 2013. p 38).

Una inteligencia media o superior
La ausencia de maltrato físico
La presencia de al menos un cuidador estable.
Expectativas positivas parentales respecto al rendimiento académico
Compromiso académico de los niños/as
Competencias sociales
Ego resiliencia, como el grado de flexibilidad relativa en la regulación emocional y conductual para satisfacer las demandas situacionales
Locus de control interno para manejar y controlar los impulsos y regular las emociones
Alta autoestima

En este sentido, Cicchetti y Rogosch (1997), constataron la importancia de que la evaluación de la resiliencia debe realizarse en diferentes áreas del funcionamiento de los menores, es decir, en diferentes áreas de competencias (emocionales, sociales, conductuales y académicas). Esta visión nos aporta conclusiones para la intervención ya que podremos conocer dónde intervenir y además utilizar las competencias bien adquiridas para que sirvan de motor para nuevos logros.

Por otra parte, al igual que los niños y las niñas, los padres y las familias pueden presentar resiliencia, aunque ésta es bastante menos conocida (Rodrigo et al., 2008). Sin embargo ya McCubbin, McCubbin, Thompson, Han y Allen (1997) la definieron como integrada

por dos capacidades de las familias; la primera como la capacidad de mantener los patrones de funcionamiento después de haberse enfrentado a situaciones adversas, y la segunda en la rapidez de recuperación frente a un evento estresante al que se haya sometido a la familia. Estas dos capacidades hacen que la familia mantenga su funcionamiento y se adapte y responda positivamente a las situaciones adversas que le sobrevienen. Hay autores como Walsh (2004), que han estudiado los procesos familiares en relación al sistema de creencias, la organización familiar, y la comunicación, estableciendo un listado de factores de protección ante las situaciones adversas por las que pueden atravesar las familias. En este sentido, los estudios de Rodrigo, Martín, Cabrera y Máiquez, (2009) en una investigación realizada con 418 familias en situación de riesgo psicosocial, analizan entre otras cuestiones los indicadores que tenían relación con el impacto de la resiliencia en el pronóstico del caso en tres bloques (contexto de riesgo psicosocial, actitudes y respuestas de los padres hacia el servicio y la intervención y características del menor ante la situación), a través de la cumplimentación del Perfil de Riesgo Psicosocial rellenado por los propios técnicos responsables de esas familias. Esta investigación aporta algunos hallazgos sobre los procesos de resiliencia que se dan en estas familias, mostrando tres claves fundamentales. La primera, que la resiliencia no presenta un fuerte determinismo por factores evolutivos o estructurales, ya que se da en cualquier edad, sexo y condiciones socioeconómicas; la segunda que la resiliencia depende de las oportunidades que brindan los contextos de desarrollo sobre todo el referido dentro del contexto familiar, esto es, la competencia parental para responder a los desafíos de desarrollo de sus hijos e hijas; y por último, la tercera se trata de una aportación referida a la propia intervención derivada de las anteriores y que tiene que ver con la importancia de favorecer las competencias parentales. Estas aportaciones son muy relevantes para tenerlas en cuenta por parte de los profesionales de los servicios sociales en sus objetivos de trabajo con estas familias en riesgo psicosocial.

Los cuatro elementos que hemos analizado: factores de riesgo, factores de protección, vulnerabilidad y resiliencia, están relacionados entre sí y son de vital importancia no solo para el conocimiento de las situaciones de riesgo y maltrato, sino por la utilidad que tienen para la intervención con familias en riesgo psicosocial.

Por último hay que señalar que aunque la presencia o ausencia de estos cuatro elementos están condicionando los niveles de riesgo, no se ponderan de la misma forma. Los factores de riesgo en niveles alto son mucho más fuertes que los factores de protección, estos últimos en niveles tan elevados del riesgo pueden ser muy reducidos o incluso ser tan débiles

que no sean suficientes para amortiguar situaciones graves y extremas de adversidad. En el ámbito de la intervención social tener esto en cuenta es clave, ya que no podemos basar solo nuestra intervención en los factores de protección, fortalezas y la propia resiliencia (Fraser, Richman y Galinsky, 1999). Sin embargo mientras el nivel de riesgo sea medio o bajo parece muy adecuado trabajar con estos factores protectores y desarrollar Programas de preservación familiar.

2.3.3. Modelos contemporáneos o de tercera generación. Los cinco vértices del riesgo.

Estos modelos tratan de superar los modelos unicausales de la primera generación y los modelos de segunda generación que aunque incorporan la multicausalidad del maltrato al considerar múltiples causas en función de la influencia del modelo ecológico, no dejan de ser meramente descriptivos (Bringiotti, 2000). Por ello, más recientemente aparecen investigaciones que tratan no solo de ver la acumulación de factores de riesgo, sino también explicar los procesos psicológicos que subyacen al maltrato, es decir, cómo interactúan los factores de riesgo y protección en los contextos de desarrollo de los menores (Lorence, 2013). Se trata de un acercamiento mucho más individualizado de los factores que están interviniendo en las situaciones de maltrato (Menéndez, 2003).

La teoría del procesamiento de la información de Milner (1993; 1995; 2002). Esta teoría se centra en el papel que juegan las cogniciones de los padres en el maltrato infantil, desde un modelo cognitivo-conductual. Este autor incorpora por una parte la idea de que los padres pueden presentar déficits en los procesos cognitivos, así como pocas habilidades sociales. Se centra en el análisis del maltrato físico y especifica cuatro fases cognitivas previas al comportamiento maltratante por parte de los progenitores maltratadores. Estas son:

➤ Las cogniciones de los padres. La percepción que tienen los padres de la conducta de su hijo/a sobre aspectos esenciales de los diferentes estados del niño/a puede ser inadecuada, lo que puede provocar dos tipos de desajustes: una respuesta pasiva y/o desproporcionada, o no ser capaz de interpretar adecuadamente las señales del niño/a de con las que expresa sus necesidades de cuidado y atención.

➤ Las interpretaciones, expectativas y evaluaciones erróneas que realizan sobre sus hijo/as. Generalmente tienen un ideal de respuesta esperada por parte del niño que no se produce (por ejemplo, sobrestimar la capacidad del menor para cuidarse por sí mismos, sobre

todo en edades tempranas). La integración de toda esta información se produce de manera inadecuada y da lugar a la selección de una respuesta. Los padres negligentes y abusivos tienden a no incorporar aspectos importantes en relación a los cuidados del menor, a veces por ignorancia y otras por carecer de habilidades y competencias para la crianza de sus hijos/as.

➤ Por último se ejecuta la respuesta y se actúa. A menudo los padres negligentes y abusivos actúan más para satisfacer demandas propias que de los menores que tienen a su cargo, y tienen dificultades de control o modificación de sus respuestas.

En el caso del maltrato físico, se puede producir un procesamiento no controlado o automático, pasando de la primera fase a la última sin pasar por las intermedias, lo que explica la presencia de conductas explosivas e incontroladas por parte de los padres maltratadores.

Estos aspectos cognitivos están además sostenidos por un sistema de creencias y valores inadecuados sobre los hijos y cómo se debe ejercer el comportamiento ante ellos. Si como hemos dicho estos procesos cognitivos son inadecuados y además están sustentados en creencias educativas erróneas (por ejemplo, otorgándole al castigo físico un valor educativo), estamos creando el caldo de cultivo para generar conductas maltratantes por parte de los padres o el padre maltratante. Milner (1990) además puntualiza la importancia de los factores mediadores en los procesos cognitivos, en concreto, dimensiones como la ansiedad, la depresión, la baja autoestima, ciertas alteraciones neurofisiológicas, el abuso de drogas o la hiperactividad.

Modelo de la Teoría del estrés y el afrontamiento de Hillson y Kupier (1994). Este modelo lo que hace es profundizar en el ya expuesto de Milner, afianzando la idea de la importancia que tienen tanto los factores estresantes que perciben los padres como el estilo de afrontamiento que utilizan para desempeñar sus funciones de cuidadores con sus hijos e hijas.

El modelo de Hillson y Kupier, revisado por Torio y Peña (2006), incluye cuatro elementos básicos: los posibles factores de estrés (parentales, del niño/a y ecológicos), las evaluaciones cognitivas (primarias y secundarias), los componentes del afrontamiento (disposiciones y respuestas), y las conductas del cuidador (facilitadoras, negligentes y abusivas). Estos autores reconocen los antecedentes del maltrato como factores que están presentes y pueden considerarse como estresores (bien sea del contexto, de los padres o del hijo/hija), pero que dependiendo de la percepción que se tenga de ellos cambiará la forma de ser evaluados por

la propia persona y esto posibilitará que provoque en función de esa evaluación interacciones muy diversas y diferentes entre los padres y los hijos/as. Por tanto, tenemos que afirmar que existe una variabilidad de respuesta de los padres ante estos factores estresantes (Bringotti, 2000). A esta manera de valorar los antecedentes de los factores estresantes se le denomina en este modelo evaluación primaria.

Al igual que ocurre con los antecedentes, se seguirá el mismo planteamiento en la evaluación denominada secundaria. En este caso nos indica la capacidad de afrontamiento que tiene el padre o la madre para dar una respuesta a esas situaciones estresantes. Estas respuestas están determinadas por los recursos internos (autoestima, tolerancia a la frustración, etc.) y externos (apoyo social, familiar, etc.) que posea la persona y que determinarán que la respuesta de cuidado de los menores sea más o menos adaptativa. Se sabe que los cuidadores maltratadores tienen unos recursos limitados y por tanto pueden dar unas respuestas más desadaptativas y menos adecuadas ante las necesidades de desarrollo de sus hijos e hijas.

En definitiva, este modelo nos aporta la idea de que si los padres poseen unos niveles de evaluación, estrategias y afrontamiento más funcionales y que respondan más adecuadamente a las necesidades de desarrollo de sus hijos e hijas, no se desencadenarán situaciones de riesgo y/o malos tratos; sin embargo, si por el contrario estas evaluaciones, estrategias y niveles de afrontamiento son inadecuadas y por tanto disfuncionales, habrá mucha más probabilidad de dar respuestas de riesgo para los menores.

Modelo Multidimensional de Personas por Contexto por Eventos Estresantes de Martín (2005) y posteriormente incorporado por Rodrigo y colaboradores como **Modelo Multifactorial de ajuste personal y social a largo plazo (Rodrigo et al., 2008)**. Nos parece oportuno presentar la propuesta de Martín porque integra y sintetiza elementos de los modelos más actuales, Así, este autor incorpora los factores de riesgo y protección en cada uno de los contextos de desarrollo donde los menores van transitando en función de su etapa evolutiva y donde se produce una interrelación entre los componentes de cada uno de esos contextos (familia, vecinos, amigos, escuela) y las variables personales y relacionales en relación con las características del propio sujeto, tales como la vulnerabilidad y la resiliencia. Asimismo, este modelo incorpora un tercer aspecto, los eventos vitales que son experimentados en la familia como estresantes, convirtiéndose éstos en otro elemento esencial para evaluar la prevalencia de los problemas de ajuste en el desarrollo de los menores (ver Figura 2.6).

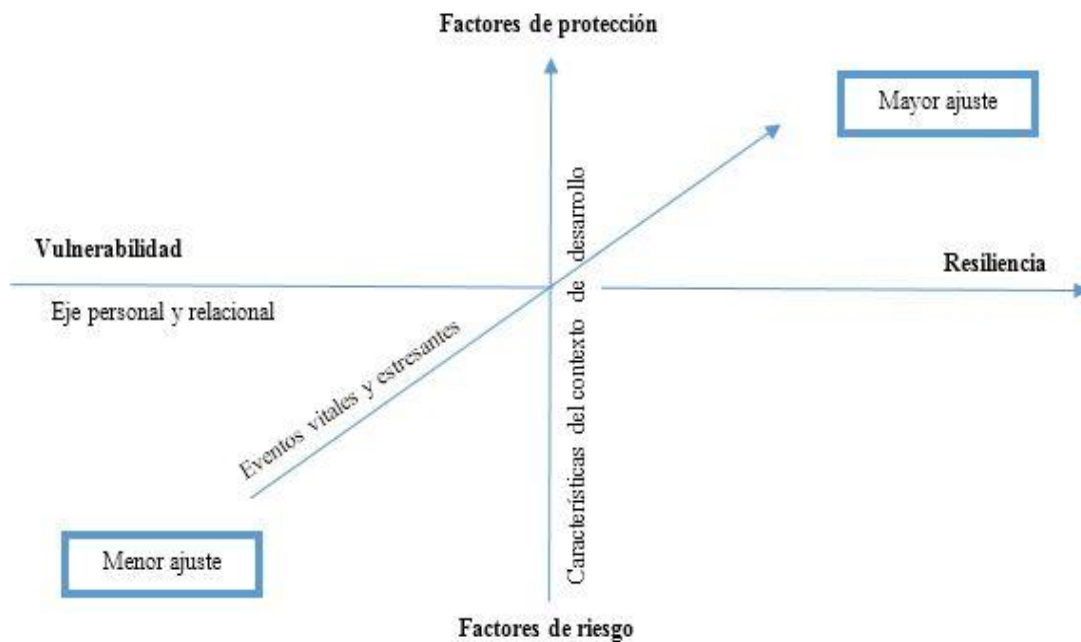


Figura 2.6. Modelo de Personas por contexto por Eventos Estresantes. Tomado de Martín (2005, p. 55) denominado posteriormente como Modelo multidimensional de ajuste personal y social a largo plazo (Rodrigo et al 2008, p 28).

Este esquema deja visiblemente claro como personas altamente vulnerables con presencia de factores de riesgo contextuales importantes y sometidos a situaciones vitales estresantes tienen un menor ajuste y por tanto pueden estar sometidos a situaciones de maltrato.

Este modelo realmente supone un acercamiento integrador a día de hoy de lo que supone el conocimiento de la etiología del funcionamiento familiar en los contextos de riesgo y de las dificultades y problemas de ajuste personal y social que desarrollan estas familias. Las aportaciones que hace Rodrigo et al. (2008) al modelo de Martín (2005), junto con aportaciones de otros autores como Rose (2010), están relacionados con una serie de ideas y orientaciones para los profesionales que trabajan con familias de riesgo psicosocial a nivel de evaluación e intervención, aunque algunas de ellas ya se venían realizando por parte de los profesionales de los Servicios Sociales. Las implicaciones para la intervención que se derivan de estos planteamientos son:

- El considerar el riesgo como un continuo, lo que implica que las situaciones familiares van desde la normalidad, a situaciones de riesgo leve, moderado y alto en cada uno de los contextos de desarrollo y de las etapas evolutivas donde se encuentre el menor. No son válidos los planteamientos dicotómicos y estáticos de las familias que conllevan la concepción de familias normalizadas versus familias en riesgo.
- Es clave incorporar en las evaluaciones e intervenciones con familias en riesgo psicosocial tanto sus debilidades como sus fortalezas.
- Se debe realizar una intervención multidimensional, combinando actuaciones relacionadas con la disminución del riesgo y el aumento de las fortalezas familiares, así como potenciando las características que hasta ahora se habían presentado como vulnerables para ir aumentando su capacidad de resiliencia ante las circunstancias adversas. Esto podrá generar un nuevo equilibrio familiar que permitirá reducir las situaciones de riesgo y aportar unas mejores respuestas ante las necesidades de los menores.
- Hay que tener en cuenta los eventos estresantes como desestabilizadores del funcionamiento familiar y cómo estos pueden desequilibrar la posibilidad de un mayor ajuste en el desarrollo de los menores, máxime si estos eventos estresantes se cronifican en el tiempo.
- La importancia de evaluar el contexto psicosocial donde vive la familia, las necesidades evolutivas/educativas de los niños y las niñas y las capacidades y competencias de los padres y las madres para ejercer la parentalidad, así como las características de las competencias de los niños, niñas y adolescentes (Rose 2010) a través de un modelo de Recursos y Fortaleza de la familia (Cabrera, 2013; Martín, et al, 2013) (ver Figura 2.7).



Figura 2.7. Modelo de recursos y fortalezas de la familia (Martín et, al., 2013).

Teniendo en cuenta todo este marco que recoge la Figura 2.8 cobra una especial relevancia para los servicios de protección de menores la evaluación de las competencias parentales como punto clave para tomar la decisión de la permanencia del menor con su familia. En este sentido, ha sido muy útil las aportaciones del modelo para la evaluación de los menores y la familia en riesgo psicosocial del Reino Unido (Department of Health, Department for Education and Employment and Home Office, 2000; Department of Health, Cox y Bentovim, 2000), que ha servido de base para investigaciones posteriores en nuestro país.

En este modelo, estos autores nos indican la conveniencia de establecer una guía para la intervención de familias de forma que éstas logren un nivel de resistencia mayor ante la adversidad, es decir, promover en las familias altos niveles de componentes resilientes, más que tener como meta modelos de funcionamiento familiar ideal, pues estos están exentos de situaciones adversas y constituyen una visión de una familia prototípica que está más en nuestra cabeza que en la realidad. Esta realidad ha llevado a estos autores a perfilar distintas configuraciones de indicadores de riesgo asociados a distintas situaciones familiares (en desventaja psicosocial, de maltrato infantil y violencia familiar, negligencia parental y violencia familiar, malestar y carencia de habilidades del cuidador e inadaptación de los hijos/as entre otros). Asimismo, Cabrera (2013) aporta un conjunto de competencias de los padres y madres que podían estar asociadas a la resiliencia y el desarrollo positivo y saludable de los niños, niñas

y adolescentes y que nos permiten no solo evaluar a las familias en riesgo psicosocial, sino establecer las líneas de potenciación y trabajo para que éstas sean competentes en las tareas de promoción del desarrollo y educación de sus hijos e hijas. En este sentido, este autor incorpora fruto de su trabajo de investigación un conjunto de áreas competenciales requeridas para la tarea de ser padres o madres en contextos de riesgo psicosocial.

Tabla 2.8

Conjunto inicial de áreas competenciales requeridas para la tarea de ser padres y madres en contextos de riesgo psicosocial (Cabrera, 2013. p 55).

Áreas competenciales	
Agencia parental	<ul style="list-style-type: none"> Se siente eficaz y capaz como progenitor Siente que posee control sobre los acontecimientos de la vida Se siente capaz para promover y llegar a acuerdos con la pareja Percibe su rol parental de manera ajustada Reconoce la importancia de los progenitores en el bienestar del menor
Promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> Se preocupa por la higiene de los menores Se preocupa de la propia higiene Hace ejercicio / deporte Promueve el ejercicio físico en los menores Hace un uso adecuado de la mediación (no lo necesitara) Muestra estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés Prepara comida saludables
Organización doméstica	<ul style="list-style-type: none"> Administra con eficiencia la economía doméstica Mantiene la casa limpia y ordenada Prepara comidas regularmente cada día Hace pequeños arreglos para mantener la casa
Autonomía personal y búsqueda de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Reconoce la importancia de los progenitores en el bienestar del menor y asume la responsabilidad de este bienestar Tiene una visión positiva del niño y de la familia Busca ayuda de personas significativas cuando tiene problemas con sus hijos/as Busca ayuda de instituciones cuando tiene problemas con sus hijos/as Busca ayuda de personas significativas cuando tiene problemas personales Busca ayuda de instituciones cuando tiene problemas personales Confía en los profesionales e instituciones que le quieren ofrecer apoyo y ayuda Colabora con los profesionales e instituciones que le quieren ofrecer apoyo y ayuda
Habilidades educativas	<ul style="list-style-type: none"> Muestra calidez y afecto en las relaciones con sus hijos/as Reconoce los logros evolutivos alcanzados de sus hijos/as a medida de sus posibilidades Controla y supervisa el comportamiento de sus hijos e hijas

	<p>Estimula y apoya el aprendizaje de sus hijos e hijas</p> <p>Es observador/a y muestra flexibilidad para ajustarse a los cambios evolutivos</p> <p>Organiza actividades de ocio con toda la familia</p> <p>Apoya a su pareja en la tarea educativa</p> <p>Se reúne con los profesores de sus hijos/as</p> <p>Participa en el AMPA y/o en las actividades del centro escolar</p> <p>Supervisa diariamente las tareas escolares y el comportamiento del niño/a en la escuela</p> <p>Tiene expectativas de logro hacia sus hijos/as</p> <p>Promueve la iniciativa y la toma de decisiones en los hijos/as</p> <p>Tiene una actitud ética ante la vida y educación en valores</p>
Desarrollo personal	<p>Reconoce y valora positivamente sus cualidades personales</p> <p>Muestra capacidad para resolver conflictos interpersonales</p> <p>Muestra capacidad para responder a múltiples tareas y retos</p> <p>Realiza planes y proyectos de vida</p> <p>Se muestra flexible ante las dificultades</p> <p>Persevera ante las dificultades</p> <p>Se muestra asertivo ante los demás</p>
Competencias cognitivas	<p>Es capaz de poner en el lugar del otro</p> <p>Es capaz de reflexionar sobre la praxis educativa</p> <p>Es capaz de autocorrección cuando comete errores</p> <p>Es flexible para aplicar las pautas educativas en función de la edad, características del niño/a y la situación</p>
Competencias emocionales	<p>Muestra una visión optimista y positiva de la vida y de los problemas</p> <p>Tiene sentido del humor</p> <p>Promueve relaciones de confianza y comunicación con sus hijos/as</p> <p>Promueve la cohesión o conexión entre los miembros de la familia</p> <p>Regula bien las emociones negativas</p> <p>Entrena la demora de la gratificación en su propia vida</p>
Relación con la comunidad	<p>Se siente identificado e integrado en su comunidad</p> <p>Vive de manera estable en la comunidad</p> <p>Está implicado/a en la iglesia, clubes, asociaciones, etc.</p> <p>Usa los recursos comunitarios</p>
Actitud hacia el servicio	<p>Se muestra autónomo/a respecto a los Servicios Sociales</p> <p>Tiene conciencia del problema</p> <p>Coopera con los servicios sociales</p> <p>Se muestra motivado/a para cambiar</p> <p>Tiene expectativas positivas hacia el futuro de los niños</p>

Para la elaboración de su propuesta, Cabrera (2013) recoge tanto las aportaciones de Azar y Cote (2002), como las de Reder, Duncan y Lucey (2003) y las de Rodrigo et al., (2008), que especifican cinco grandes áreas de competencias que son las siguientes: Área educativa, Agencia parental, Autonomía Personal y Búsqueda de apoyo, Área de desarrollo personal y Área de Organización Doméstica. Además de estas cinco áreas, la propuesta de este autor incorpora también las áreas cognitiva, emocional, comunicativa y de promoción de la salud, que son competencias evaluadas por los distintos sistemas de evaluación familiar (Barber y Delfabbro, 2000; Barudy y Dantagnan, 2009; Department of Health, 2000; Salles y Ger 2011; Schene y National Child Welfare Resource center for Family-Centered Practice 2005;) y algunos de los instrumentos más conocidos (Jonson-Reid, Emery, Drake y Stahlschmidt, 2010; Gómez, 2010; Magura y Moses, 1986). Por último, al tratarse de familias en riesgo psicosocial, incluye aportaciones relativas a rasgos característicos de la capacidad resiliente de estas familias, como son la cohesión, la reflexión, o el optimismo vital ante la adversidad (Luthar, 2003; Rodrigo et al, 2008).

Por último, es interesante incluir en esta revisión las recomendaciones de White (2005) referentes a la evaluación de las competencias parentales, en concreto, la importancia de incorporar otras fuentes de información e incluso la necesidad de incorporación en este proceso de los propios padres. Esta visión global nos permitirá evitar sesgos, hacer consciente a los padres de sus déficits y fortalezas e incorporarlos a la intervención desde un enfoque de cambio.

Modelos centrados en la psicología positiva en la familia y la promoción de las fortalezas (Sheridan, Warnes, Cowan, Schemm y Clarke, 2004; Syvertsen, Roehkepartain y Scales, 2012).

Para finalizar queremos mencionar algunos modelos actuales que se centran específicamente en la promoción de las fortalezas, recogiendo todas las aportaciones de los estudios realizados sobre la resiliencia de los menores, los adultos, los propios padres y los contextos familiares que hemos visto anteriormente. Esta visión, que no es nueva en la psicología, ha cobrado relevancia actualmente porque nos ayuda a centrarnos en analizar los factores que algunas familias ponen en juego para salir adelante ante situaciones adversas reales y por tanto nos dan pistas importantes para poder intervenir. Esta perspectiva, fundamentada claramente en la psicología positiva, se sustenta en una visión de las fortalezas basada en una serie de principios que se recogen en la Tabla 2.9 (Saleebey, 2006).

Tabla 2.9

Principios de la perspectiva centrada en las fortalezas (Saleebey, 2006).

Cada individuo, familia, grupo o comunidad tiene fortalezas.
Aún en las situaciones más adversas contienen oportunidades para el desarrollo que hay que descubrir.
Desconocemos de antemano los límites de las personas para crecer y cambiar.
Hay que abrirse al conocimiento y experiencia que las familias traen.
Todas las comunidades disponen de recursos que deben ser valorados y potenciados.
Todas las familias deben ser apoyadas en el cuidado de sus miembros.

Como hemos señalado, esta perspectiva de las fortalezas se inspira e incorpora los fundamentos de la psicología positiva, que es una aproximación "que enfatiza el optimismo y el funcionamiento humano positivo en lugar de centrarse en la psicopatología y disfunción" (López, Fernández, y Senín. 2009, p.49). Esta definición se ha consensuado según los elementos encontrados en las diversas definiciones de escuelas y corrientes que se auto-asignan dentro de la Psicología positiva. Autores nacionales como Vazquéz y Hervás, así como los internacionales Seligman, Peterson, Parker y Csizsentmihalyi, entre otros, han señalado este cambio epistemológico como muy trascendental dentro de las aportaciones de la psicología positiva. En definitiva, en contraposición a una psicología más clásica y tradicional, dotar de protagonismo el estudio científico de las fortalezas, las emociones positivas y la prevención, frente a la enfermedad, la debilidad y la inadaptación. Por tanto, sería "El estudio de las fortalezas y virtudes humanas que adopta una perspectiva más abierta y de elogio hacia las capacidades, motivos y potencialidades humanas" (Sheldon y King, 2001, p. 216).

Aplicada a la familia como contexto de desarrollo de los menores, en la Tabla 2.10 se sintetizan los principios de la psicología positiva aplicada a la familia según Sheridan et al. (2004).

Tabla 2.10

Principios de la psicología positiva centrada en la familia (Sheridan et al., 2004).

Se preocupa tanto de los procesos como de los resultados
Usa las fortalezas y capacidades existentes en la familia y no en aquellas determinadas por el profesional.
Se centra en las necesidades identificadas por la familia y no en aquellas determinantes por el profesional.
Promueve la adquisición de nuevas habilidades y competencias a través de estrategias específicas de ayuda y roles profesional.
Enfatiza el fortalecimiento de los apoyos y redes sociales.

En conjunto, como hemos descrito, los modelos actuales de desarrollo positivo han superado actualmente los enfoques centrados en el déficit, provocando también un cambio en los Servicios Sociales que cada vez más trabajan bajo estas premisas, en contraposición a lo que sigue ocurriendo en ámbito de la protección de menores en muchos países (Lou, Anthony, Stone, Vu y Austin, 2008). Así, en España se hace ya patente que desde los sectores académicos y profesionales se está potenciando esta nueva visión sobre el desarrollo positivo de los niños, las niñas y los adolescentes (Garrido y Grimaldi, 2009; Oliva, Ríos, Antolín, Parra y Pertegal, 2010; Rodrigo et al., 2008).

En definitiva, estos modelos de tercera generación, además de recoger las cuestiones fundamentales expuestas anteriormente en los modelos de segunda generación, dan un paso más en el modo en que se ha ido configurando la conceptualización de la infancia en situación de riesgo y maltrato. La progresiva consecución de los objetivos que se han ido articulando en un sistema legal que ha ido definiendo un sistema de protección a la infancia, ha evolucionado progresivamente de poner el foco fundamentalmente en la infancia a incorporar cada vez más a las familias. En este sentido, las familias en general y no sólo a las familias en situación de riesgo psicosocial deben de convertirse en el centro de las intervenciones que se desarrollan desde el Sistema Público de protección de menores (De Paúl, 2009, Garrido y Grimaldi, 2009; Rodrigo et al, 2008).

Por otra parte, los modelos de tercera generación trascienden de un plano descriptivo a otro explicativo, es decir, pasan de centrarse únicamente en los procesos psicológicos subyacentes al maltrato, para pasar a analizar los mecanismos que están sustentando los procesos de riesgo, vulnerabilidad, protección y resiliencia. Asimismo, estos modelos apuntan a la adopción de un enfoque procesual tanto a nivel cuantitativo como cualitativo de las situaciones de riesgo, en el que se tomen en consideración los distintos elementos implicados, incluyendo las fortalezas y los aspectos positivos de las familias y sus menores, teniendo siempre en cuenta el papel activo que las personas desempeñan en su propio desarrollo.

Por último, estos modelos hacen que la óptica de la visión que se tenía de la familia se revierta. Así, la familia es ahora vista desde el convencimiento de que hay que apoyarla y ayudarla para que los progenitores puedan ejercer sus funciones adaptativamente, convirtiéndose éstas en un escenario de desarrollo, educación y protección de los menores. En este sentido, cada vez se hace más evidente la apuesta de los Servicios de Protección a la infancia por intervenciones que tengan lugar en el medio donde se desarrolla la vida de los menores. Así

mismo, se observa un cambio de visión que ha supuesto pasar de tratar de eliminar el maltrato para centrarse en promover el buen trato. En definitiva, se trata de ahondar en los aspectos positivos y en las fortalezas tanto de las menores como de las familias y sus contextos, potenciando sus capacidades y recursos con el objetivo de posibilitar cambios realistas y posibles que les permitan a los progenitores obtener los recursos necesarios para garantizar el mejor y máximo desarrollo de sus hijos e hijas, evitando así la separación del menor de su familia.

En consonancia con todo el desarrollo legislativo que se expuso en el primer capítulo, así como con el bagaje de conocimientos aportados por las teorías e investigaciones que hemos desarrollado en este segundo capítulo, actualmente, desde el ámbito de los Servicios Sociales se considera a la familia como eje central y contexto primario básico para asegurar el desarrollo de los menores que tienen a su cargo, y por ello, sus intervenciones tratan de incluir una gran diversidad de actuaciones de carácter promocionales, preventivas, asistenciales y terapéuticas, con el objetivo de garantizar que efectivamente las familias cumplan con sus funciones básicas y garanticen el bienestar infantil y familiar..

En conclusión, como hemos visto a lo largo de este capítulo, la organización de los Sistemas de Protección y atención a la infancia y la familia se han visto modificados para atender a todas las familias sin excepción, con la finalidad de promover sus competencias, apoyarlas en sus necesidades y/o sus dificultades, y prestarles una atención más especializada si así lo requiriesen; adoptando una visión positiva, activa, que reconoce las propias fortalezas familiares y huye de la idea de que hay un prototipo único de familia en situación de riesgo psicosocial.

Esta amplitud de mirada requiere una diversificación de los servicios y un amplio abanico de actuaciones, programas y proyectos; con un marcado acento en medidas preventivas, individualizadas y positivas, que van muy en la línea de un abordaje desde la perspectiva de la preservación y fortalecimiento familiar como veremos en el capítulo siguiente.

CAPITULO III

EL SISTEMA DE PROTECCIÓN Y ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA FAMILIA EN ANDALUCÍA: MARCO ADMINISTRATIVO Y ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.

El desarrollo legislativo necesario para la puesta en marcha del contenido de los distintos acuerdos internacionales, especialmente desde la promulgación de los derechos de la infancia en la Convención de la Naciones Unidas, junto a las investigaciones desarrolladas en relación al menor y su familia y las circunstancias que hacen que se puedan dar situaciones de riesgo y maltrato, han promovido cambios importantes y trascendentales en el Sistema Público de protección de la infancia y la familia en nuestro país y también en la Comunidad Autónoma de Andalucía, como responsable de articular las respuestas necesarias para que se cumplan los mandatos legislativos en esta materia.

Por ello, en este capítulo desarrollaremos la consolidación de todo este proceso que ha dado lugar a la configuración actual del Sistema de atención y protección a la Infancia y la familia en nuestra Comunidad Autónoma.

Como ya se ha señalado, el texto constitucional de 1978 dispone en su artículo 39 la responsabilidad mixta de las familias y de las administraciones públicas de atender y proteger a los menores. En concreto, este marco legislativo establece:

1. *Los poderes públicos asegurarán la protección social, económica y jurídica de la familia.*
2. *Los poderes públicos asegurarán, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad.*
3. *Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante la minoría de edad y en los demás casos en los que legalmente proceda.*
4. *Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.*

En relación a las familias, la responsabilidad de los padres se recoge en el concepto jurídico de la patria potestad. Mediante este concepto, se encomienda a los padres la protección de sus hijos menores de edad; en concreto, la necesidad de cubrirles las necesidades básicas para un desarrollo armónico y adecuado, en relación a su alimentación, su cuidado, desarrollo, educación integral, representación y administración de sus bienes. Por tanto, se considera que los padres son competentes y responsables de la crianza y socialización de sus hijos e hijas. Esta tarea a menudo es compleja y por ello la propia Constitución encomienda a los poderes públicos la obligación de asegurarse de que se cubren las necesidades de los menores en su contexto familiar, colaborando en la protección social, económica y jurídica de la familia (Art. 39.1).

En relación con el papel de las Administraciones públicas, éstas cubren una función subsidiaria, es decir, velarán porque los padres u otros responsables del menor cumplan estas atribuciones para con sus hijos e hijas. Así mismo, actuarán en colaboración con las familias para que desarrollen adecuadamente sus responsabilidades. Para ello, se les facilitarán servicios accesibles en las áreas que afecten al desarrollo de los menores e intervendrán si tienen constancia de que estos deberes no se cumplieran, garantizando al menor la asistencia necesaria. Este mandato siempre lo ejercerán poniendo todos los medios para que el menor se desarrolle y viva con su familia y si esto no fuese posible, y en aras a salvaguardar el interés superior del menor, se procedería a su separación temporal o total según las características o gravedad del caso.

A partir del desarrollo de los Estatutos de Autonomía, la Carta Magna en su artículo 61 confiere a las Comunidades Autónomas que puedan asumir “*competencias exclusivas en*

materia de Servicios Sociales, de instituciones públicas de protección y tutela de menores y promoción de las familias y la infancia” (Art. 61), entre otras. Desde este mandato legislativo, comienza una implantación progresiva de los Servicios Sociales en Andalucía. Esta implantación se considera un paso adelante en el reconocimiento de la necesidad de romper con orientaciones benéficas de la Política Social, y supuso el inicio de un camino nuevo de construcción de un modelo de Servicios Sociales adecuado a la sociedad de aquellos momentos democráticos y por supuesto a la sociedad actual, tal como preconiza un Estado Social y de Derecho que ha de proteger a todos los ciudadanos mediante una Política de Bienestar Social y calidad de vida y “donde los poderes públicos deberán promover las condiciones y remover los obstáculos que garanticen la libertad, la igualdad y la participación de todos” (Art. 1.1).

A partir de ese momento, la paulatina aprobación de leyes, decretos, órdenes y planes en materia de infancia y familia ha ido creciendo poco a poco y han ido marcando cada vez más explícitamente, tanto los distintos niveles y agentes de protección, como las competencias de cada administración en relación a la evaluación e intervención con las familias en riesgo psicosocial a nivel autonómico y local. La estructura y organización de los Servicios Sociales ha ido configurando así el Sistema Público de atención, prevención y protección a la infancia y adolescencia que actualmente esté vigente en nuestra comunidad y que se presenta de forma esquemática en la Figura 3.1 A lo largo del siguiente apartado se irán analizando cada uno de los elementos claves de este sistema en Andalucía.

3.1. Niveles y agentes en el Sistema Público de Atención, Prevención y Protección a la Infancia y las Familias en Andalucía.

El actual Sistema Público de atención y protección a la Infancia y la Familia en nuestra comunidad autónoma se articula en tres niveles de intervención. El primer nivel incorpora a los diversos sistemas que están en el territorio, como son los recursos de educación y de salud fundamentalmente, así como las organizaciones no gubernamentales, redes de apoyo y ciudadanía en general. Este primer nivel tiene competencias fundamentalmente en la detección de situaciones de riesgo o maltrato. Tanto las organizaciones no gubernamentales como cualquier ciudadano debe, si lo conociese, comunicar estas situaciones o bien a los Servicios Sociales Comunitarios o a través del teléfono del menor que tiene la comunidad autónoma activo para tal fin. Los diversos sistemas públicos que trabajan con la infancia en la comunidad tales como educación a través de la escuela y salud a través de los ambulatorios, notificarán los

casos que detecten en función de su gravedad o bien a los Servicios Sociales de su territorio si son situaciones leves o moderadas, o bien si es grave al servicio de Protección de menores, o en su caso a Juez de Guardia, aportando los informes técnicos pertinentes. Si la situación ya se considera urgente porque peligran la integridad del menor, se activará inmediatamente el protocolo establecido para tal fin y se comunicará igualmente al Servicio de Protección de menores de su delegación territorial y a la Autoridad Judicial o Ministerio Fiscal, sin menoscabo de que los propios servicios educativos y/o sanitarios garanticen la atención inmediata que el menor o los menores requieran (acompañamiento a centro sanitario, protección policial...).

Por otro lado, el segundo nivel corresponde por sus competencias en materia de menores a los Servicios Sociales Comunitarios de los municipios o entes locales, que se han ido configurando como una red básica con equipos profesionales que abordan esta materia tanto a nivel de servicios básicos como a través de equipos especializados. Finalmente, el tercer nivel lo desarrollan los Servicios Sociales especializados que son competencia de la Comunidad Autónoma, así como otros agentes tales como el Sistema Judicial y la propia Oficina de Defensor del Pueblo que tiene también atribuidas funciones de protección del menor. Estos dos niveles serán objeto de sendos apartados en este trabajo por su importancia en esta materia.

Por último cabe especificar que todos los agentes que están implicados en este Sistema público de protección a la infancia y la adolescencia tienen una responsabilidad compartida de trabajar en red en todas las fases del proceso de atención e intervención.

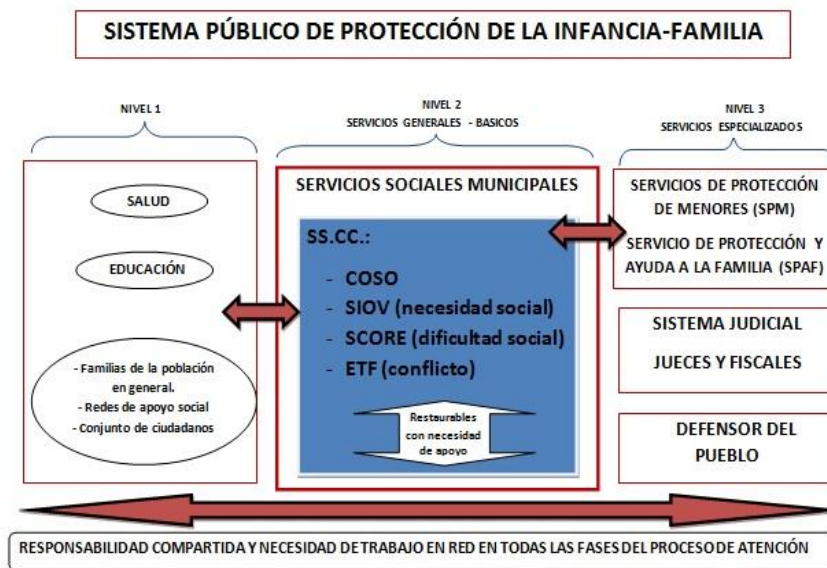


Figura 3.1. Sistema Público de atención y protección a la infancia y la familia en Andalucía.

3.1.1. Los Servicios Comunitarios de las Corporaciones Locales o Municipales.

En el ámbito local, que en definitiva es el ámbito exosistémico más próximo en el que se desarrolla la vida de los menores y sus familias, es desde donde se responderá al principio rector de la Ley 1/1996 de los Derechos y Atención al Menor, que establece el mantenimiento del menor en su medio familiar, incorporando todos los recursos y actuaciones necesarias para ello, salvo aquellas situaciones de extrema gravedad o que impliquen necesariamente una toma de medidas de separación del menor de su núcleo familiar.

En Andalucía, los Servicios Sociales Municipales, como apuntábamos, se encuentran regulados a partir de la Ley reguladora de Base de Régimen Local 7/1985 que originó el Decreto 49/1986 creando los Servicios Sociales en Andalucía que se concretaron en la Ley 2/1988 de 4 de Abril de Servicios Sociales de Andalucía, así como en el Decreto 11/1992, de 28 de Noviembre, por el que se establecen la Naturaleza y Prestaciones Básicas de los Servicios Sociales Comunitarios como organización de atención de la ciudadanía de un territorio y que prestan un conjunto de medidas, de carácter público y universal, regladas y sujetas a Derecho, e integradas en el Sistema Público de Servicios Sociales.

Los Servicios Sociales Comunitarios se definen como servicios generales de atención primaria, se corresponden con un segundo nivel de intervención con la infancia y la familia, y

están orientados a la obtención de una mayor calidad de vida y bienestar social de la población. Su finalidad y objeto es la atención de las necesidades sociales mediante la gestión propia de sus recursos en función de las competencias marcadas por las diversas regulaciones legales, con la colaboración y coordinación con otros sistemas de protección social como son el sistema escolar, sanitario, judicial, etc.

Para el desarrollo de la gestión de este mandato legal, se crean como equipamiento básico los Centros de Servicios Sociales Comunitarios, denominados también de base o generales. Estos Centros son la puerta de entrada al Sistema Público de Servicios Sociales. En referencia a la atención a la infancia y adolescencia y sus familias, su fin primordial es proporcionar el bienestar social que las familias y sus menores precisan, evitando las situaciones de riesgo y desprotección, a través del apoyo a éstas desde su propio medio, mediante una atención integrada y polivalente. Para ello, los Servicios Sociales Comunitarios desarrollan Programas de carácter individual, grupal y comunitario. Las competencias y cometidos de los Servicios Sociales Comunitarios en materia de infancia y familia quedan recogidos en la Figura 3.2 que se presenta a continuación.

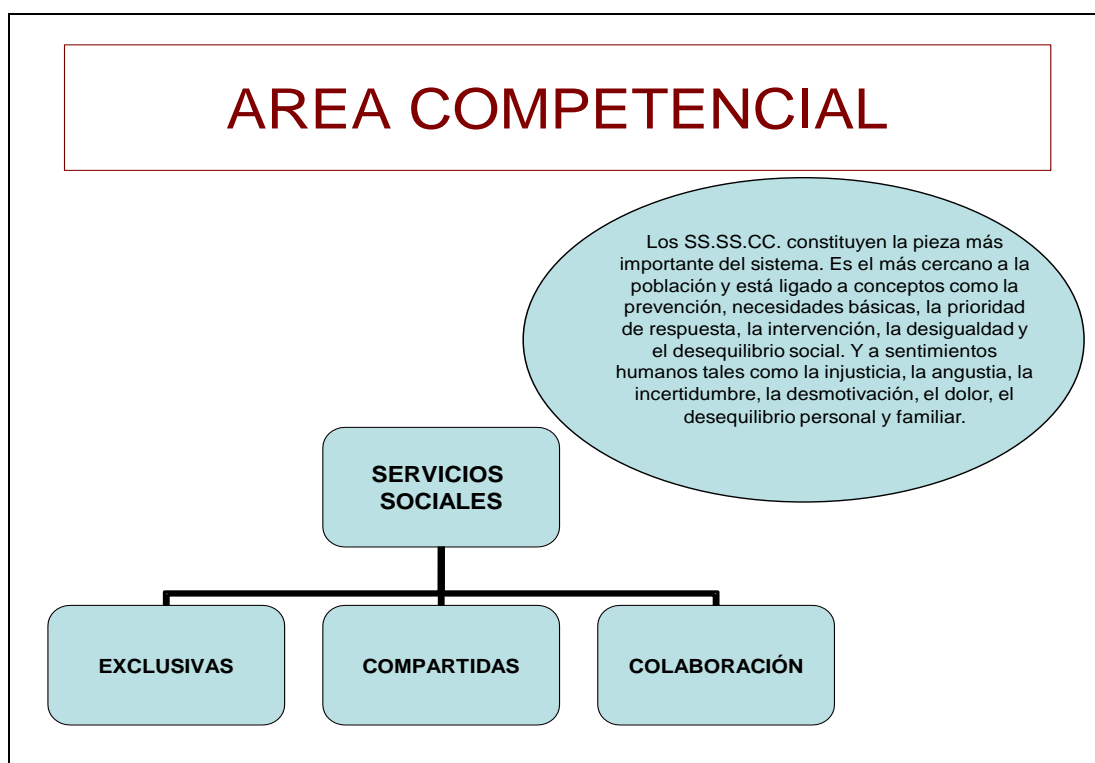


Figura 3.2. Competencias de los Servicios Sociales Comunitarios

Como puede observarse en dicha figura, las competencias de los SS.CC en materia de Infancia y Familia son de tres tipos: exclusivas, compartidas y de colaboración, que pasamos a definir a continuación.

Competencias propias o exclusivas. Se entiende por las primeras las obligaciones jurídicas que se le atribuyen legítimamente a una única autoridad administrativa para el conocimiento y la resolución de un asunto y por las segundas las obligaciones de llevar a la práctica el encargo institucional de su incumbencia. Dentro de este grupo se encontrarían:

- La información y el asesoramiento que sobre los derechos, recursos etc. ha de ofrecerse en cualquier nivel de intervención.
- La promoción del desarrollo armónico del niño/a y su familia.
- La promoción del desarrollo personal, fomento de la responsabilidad y competencia de los padres, la integración social y la participación comunitaria.
- La prevención de necesidades, dificultades y conducta de riesgo.
- El apoyo a la familia a nivel personal, económico y terapéutico.
- Gestión de ayudas, servicios de apoyo y tratamiento.
- Detección e intervención en las situaciones de riesgo.
- Detección de desamparo.
- Atención e intervención de familias en crisis y conflicto social.
- Programa de Tratamiento Familiar.
- Reinserción social y reunificación familiar

Competencias compartidas. Se trata de situaciones en las que los cometidos atribuidos los tienen que desarrollar dos administraciones o más. Son las siguientes:

- Recepcionar demandas de protección de asistencia.
- Transmisión de información entre las administraciones (local y autonómica) que hayan contribuido a la detección o evaluación de situaciones de desprotección, y si se produjera comunicándoles las medidas de protección.
- Coordinación, si se requiriese diseño conjunto de un plan de intervención.
- Utilización de todos los recursos disponibles para evitar que se produzca la situación de desamparo.

- Poner en conocimiento de Ministerio Fiscal atentados contra derechos.
- Comunicar información que requiera el Defensor del pueblo.
- Realizar Programas informativos, formativos y preventivos para evitar los malos tratos y la explotación de menores.
- Informes y seguimientos de acogimientos familiares.
- Trabajar en red con otras administraciones públicas (Salud, Educación, etc.).

Competencias de colaboración. Éstas se sustentan en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen Jurídico de las Administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo Común, que señala entre los principios de las relaciones entre las Administraciones Públicas, el principio de lealtad institucional. Este principio recoge la necesidad de: a) Respetar el ejercicio legítimo por las otras administraciones de sus competencias; b) Ponderar, en el ejercicio de las competencias propias, la totalidad de los intereses públicos implicados; c) Facilitar a las otras Administraciones la información que precisen sobre la actividad que desarrollen en el ejercicio de sus competencias; y d) Prestar, en el ámbito propio, la cooperación y asistencia activas que las otras administraciones pudieran recabar.

Teniendo esto en cuenta, las competencias de colaboración en materia de infancia-familia serían:

- Informes y seguimiento de acogimiento de menores.
- Seguimiento en el medio de la salida de menores de los Centros de Protección.
- Colaboración en la ejecución de Programas en beneficio de la Comunidad.
- Colaboración en actuaciones de prevención en el absentismo escolar.
- Facilitar la ejecución de las medidas judiciales.

La estrategia central de los Servicios Sociales Comunitarios en el ámbito de sus competencias relacionadas con la intervención psicosocial con la infancia-adolescencia se centra en remover los obstáculos (personales, familiares, comunitarios e institucionales) que impiden el uso y beneficio de los derechos sociales y el buen trato garantes de la autonomía como personas y la integración participativa de los niños/as y adolescentes. Consideramos la remodelación de los obstáculos como un trabajo de carácter interdisciplinar debido a los factores jurídicos,

sociales, psicológicos y educativos implicados. Así mismo, consideramos que para ser eficaz se ha de contar con la participación de los implicados y en un proceso de intervención planificado y evaluable a través de Programas y proyectos que estén orientados hacia una actuación económica, intervención técnica y/o terapéutica.

3.1.2. Los Servicios Especializados de la Junta de Andalucía.

Le corresponde a la Junta de Andalucía a través de la Dirección General de Infancia y Familia las competencias de planificación, coordinación y control de los servicios, actuaciones y recursos relativos a la promoción, prevención y protección de menores, y el ejercicio de las funciones de protección que implican la separación del medio familiar cuando sea necesario. Esta Dirección General coordina desde las distintas Delegaciones Provinciales los dos servicios especializados que gestionan estas competencias y que corresponderían a un tercer nivel de intervención con la Infancia, la Adolescencia y las Familias.

Servicio de Protección de Menores(a partir de ahora SPM)de las distintas Delegaciones Provinciales pertenecientes a la Consejería de Igualdad, y Políticas Sociales. A este servicio le corresponde la adopción de medidas protectoras que impliquen la separación del menor o los menores del núcleo familiar debido a situaciones consideradas como desamparo, que son aquellas que se producen a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando estos estén privados de la necesaria asistencia moral o material (Art. 172.1 del Código Civil y Art. 23.1 de la Ley 1/1998). Así mismo, le compete la intervención socio-familiar que facilite la posible reunificación familiar.

Aunque en la Ley del Menor de Andalucía en el capítulo III, artículo 23 recoge los supuestos de desamparo, estos en la Ley 26/2015, que servirá de marco para la nueva Ley autonómica, los matiza e incorpora algunos supuestos nuevos, que son recogidos en este trabajo.

Se consideran situaciones de desamparo las siguientes:

➤ El abandono del menor, bien porque falten las personas a las que por ley corresponde el ejercicio de la guarda, o bien porque éstas no quieran, estén imposibilitadas o no puedan ejercerlas con peligro grave para el menor.

- Ausencia de escolarización habitual del menor y no justificada y la permisividad continuada o la inducción al absentismo escolar durante las etapas de escolarización obligatoria.
- El riesgo para la vida, salud e integridad física del menor. En particular cuando existan malos tratos físicos graves, abusos sexuales o negligencia grave en el cumplimiento de las obligaciones alimentarias y de salud por parte de las personas de la unidad familiar o de terceros con consentimiento de éstos.
- La inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución, o cuando el menor sea identificado como víctima de trata de seres humanos o cualquier otra explotación económica del menor de análoga naturaleza.
- Cuando exista un consumo reiterado de sustancias con potencial adictivo o la ejecución de otro tipo de conductas adictivas de manera reiterada por parte del menor con el consentimiento o la tolerancia de los padres o guardadores.
- Perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal.
- El riesgo para la salud mental del menor, su integridad moral y el desarrollo de su personalidad debido al maltrato psicológico continuado o a una falta de atención grave y crónica de sus necesidades afectivas o educativas por parte de los progenitores, tutores o guardadores.
- El incumplimiento o el imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de guarda como consecuencia del grave deterioro del entorno sociofamiliar o de las condiciones de vida familiares, cuando den lugar a comportamientos o circunstancias que perjudiquen gravemente el desarrollo del menor o su salud mental. El trastorno mental grave de los padres o guardadores que impida el normal ejercicio de la patria potestad o la guarda, y/o la drogadicción habitual en las personas que integran la unidad familiar y, en especial, de los padres, tutores o guardadores del menor, siempre que incida gravemente en el desarrollo y bienestar del menor, su integridad moral o perjudique el desarrollo de su personalidad.
- Cualquier otra circunstancia perjudicial para el menor que conlleve incumplimiento, imposibilidad o inadecuación del ejercicio de la patria potestad, la tutela o la guarda, cuyas consecuencias no puedan ser evitadas mientras permanezca en su entorno de convivencia.

Por tanto, si se produjera alguna de estas circunstancias anteriormente descritas, este servicio es el que asumirá la Tutela del menor o los menores en el momento que definitivamente quede acreditada la situación de desamparo, realizando las acciones que sean necesarias para

el ejercicio de la guarda. Esto implica la suspensión de la patria potestad de los progenitores y conlleva la capacidad de decidir sobre el ejercicio de guarda, así como la representación legal y la administración de los bienes de cada menor tutelado. Dicha gestión se comunicará tanto al Ministerio Fiscal como a los padres, tutores o guardadores, exponiendo los motivos y los efectos de dicha intervención. Así mismo, este servicio será competente en la guarda de menores en aquellas circunstancias que sean por solicitud de los padres debido a que por circunstancias graves o enfermedad no puedan atender a sus hijos, o por decisión judicial. En estos casos, los padres siguen ejerciendo la tutela, aunque el menor viva fuera de la familia y lo que ejerce la administración es la guarda. Esto no supone que decisiones posteriores a la tutela o la guarda puedan quedar en manos exclusivamente de la administración competente. También podrán intervenir los juzgados de familia o primera instancia de Andalucía, sobre todo cuando los padres no son consentidores de la adopción de cualquier tipo de medidas que pueda ser tomada por dicha administración.

En cualquier caso, la declaración de desamparo de menores debe tener un carácter provisional, ya que sólo debe sobrevenir hasta tanto se adopten otras medidas más estables para el menor, ya sea su reintegración familiar (Art. 35.2 del Decreto 42/2002, de 12 de febrero), su tutela ordinaria (Art. 239 del Código Civil), su adopción (Art. 35 del decreto 282/2002, de 12 de noviembre) o su emancipación (Art. 314 del Código Civil).

La responsabilidad máxima del Servicio de protección es utilizar todos los mecanismos a su alcance para que la tasa de maltrato sea la menor posible en el ámbito territorial de su competencia y garantizar que las evaluaciones que se realizan con los menores que requieran de una medida de separación del contexto familiar se realicen con todas las garantías legales establecidas y con la máxima profesionalidad por parte de los profesionales que llevan a cabo las mismas. Las decisiones que tienen que tomarse desde este servicio son de enorme trascendencia y de una responsabilidad máxima, porque como señala Kinler (2007), dejar a algún niño sin protección o a unos padres sin sus hijos si esta medida es innecesaria vulnera derechos tanto de los padres como de los niños.

Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia(a partir de ahora SPAF). Este servicio es de más reciente creación y tiene varias finalidades. En primer lugar, este Servicio tiene como finalidad crear recursos de apoyo a las familias, a través de actuaciones universales y promocionales. En este sentido, hay un teléfono de información general en materia de infancia

que ofrece a los ciudadanos información rigurosa y actualizada de los recursos, así como información puntual sobre actuaciones en alguna campaña, actividad, evento, etc.

En segundo lugar, este Servicio establece actuaciones dirigidas a grupos más vulnerables de familias y menores, o a aquellos que se encuentran en dificultad social debido a una situación coyuntural o de crisis. Para estas familias se desarrollan actuaciones entre las que se encuentran:

- Las denominadas ayudas familiares en colaboración con las entidades locales, familias numerosas o registro de parejas de hecho.
- Programas de espacios facilitadores de relaciones familiares.
- Programa de Mediación Familiar e Intergeneracional.
- Programas preventivos para la Orientación, Atención e Intervención a Familias con menores en situación de Dificultad o Conflicto Social que derivan de problemas de adaptación o comportamiento en las/los menores, tales como hostilidad, disruptividad, hurtos no imputables penalmente, así como conflictividad relacional intergeneracional o entre iguales y violencia filioparental. Este Programa aborda dos ejes de trabajo, el primero se centra en aspectos relacionados con la promoción de la parentalidad positiva, estableciendo la importancia del acompañamiento e implicación de las madres y los padres en la vida cotidiana de los menores desde un estilo de crianza basado en el afecto, apoyo y comunicación; y el segundo está centrado en los menores para la promoción de competencias sociales como la empatía, habilidades sociales, autocontrol, autoestima, etc.

En tercer lugar, este Servicio tiene la finalidad de crear recursos y actuaciones para situaciones de alto riesgo y/o detección y prevención del maltrato infantil. Para ello se han puesto en marcha iniciativas como las siguientes:

- El Teléfono de notificación de posibles situaciones de riesgo y maltrato.
- El Sistema de Información sobre el Maltrato Infantil en Andalucía (SIMIA). En este sistema se recoge *“cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, por parte de los padres, cuidadores o por instituciones, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor e impide su desarrollo físico, psíquico o social”*, entendiéndose por tal definición las situaciones de maltrato Infantil (De Paúl, 1988). La actuación principal de este Sistema ha sido la instauración de un procedimiento unificado y coordinado en las actuaciones de

detección, notificación e intervención ante el maltrato infantil, que sean imputables a los padres, madres o personas encargadas del cuidado de los niños y niñas, ya sean en el ámbito familiar o institucional, así como la puesta en marcha de un registro que permita su seguimiento, análisis y cuantificación. Se excluyen de este sistema otras formas de maltrato como el acoso escolar, o la violencia entre iguales que exige un procedimiento específico de notificación e intervención. Este sistema además incorpora un manual de instrucciones especificando los distintos tipos de maltrato, dando la relación de indicadores más comunes de cada uno de ellos y los criterios de gravedad para realizar la valoración de la gravedad del riesgo. Así mismo recoge las funciones que cada uno de los agentes de protección deben realizar.

➤ El Programa de Tratamiento Familiar que se lleva a cabo a través de un convenio de colaboración con las administraciones locales de nuestra comunidad autónoma. Por ser este programa objeto central de este trabajo será explicado más extensamente en el capítulo 4.

Para el desarrollo de todas estas competencias, en diversas normativas se especifica la necesidad de que el Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia fomente y establezca una cooperación y coordinación efectiva entre las instituciones, administraciones y entidades dedicadas a este ámbito, donde muchas de ellas están concertadas con la propia administración para su gestión. En definitiva se trata de un Servicio que debe promover un trabajo en red a través de procedimientos, protocolos y espacios de coordinación y formación conjunta de todos los agentes que intervienen de alguna manera en el sistema de Atención y Protección de la Infancia, la Adolescencia y la Familia.

En relación a los procedimientos y protocolos que están ya establecidos en concordancia con las competencias, podemos destacar los siguientes:

- Procedimiento de coordinación para la atención a menores víctimas de malos tratos.
- Hoja de detección y notificación sobre el maltrato infantil.
- Teléfono del menor.
- Protocolo para la evaluación, diagnóstico y tratamiento a menores víctimas de violencia sexual.

➤ Así mismo y por su importancia para el trabajo en red, existen otros procedimientos y protocolos que han sido determinados por la Comunidad autónoma pero a través de otros sistemas como el educativo, salud, etc. Entre ellos destacaríamos:

- Protocolo de intervención sobre el absentismo escolar.
- Protocolos de coordinación con los departamentos de trabajo social del SAS (Servicio Andaluz de Salud).
- Protocolo sobre la violencia de género.

3.2 La intervención familiar en el sistema de atención y protección de menores desde los Servicios Sociales de Andalucía.

3.2.1. Evolución y principios inspiradores de la intervención.

El abordaje y la intervención con las familias en situación de riesgo psicosocial ha cambiado mucho a lo largo de estos últimos años. Ha pasado de una intervención de marcado carácter asistencial en los años 80, heredada de la teoría del déficit instaurada en los años 50, a formas de intervención encaminadas hacia la promoción y la prevención de las situaciones detectadas de riesgo y maltrato de los menores. Así, actualmente, las intervenciones fundamentadas en la preservación y el fortalecimiento familiar se consideran claves para el abordaje del trabajo con las familias en riesgo psicosocial. Este cambio de enfoque ha producido una clara evolución en las actuaciones de atención e intervención con estas familias.

En este sentido, en los años 50 se consideraba que las familias de alto riesgo se caracterizaban por ser familias que tenían un alto nivel de pobreza, eran familias monoparentales, con progenitores que habían experimentado situaciones de maltrato en la familia, o madres adolescentes que en la mayoría de los casos se relacionaban con situaciones de exclusión social (De Paúl y Arruabarrena, 2001). En definitiva, la situación de riesgo venía definida por características relacionadas con la estructura socio-demográfica de las familias, y la actuación derivada de esta concepción iba dirigida a cubrir esos déficits. Así, se trataba fundamentalmente de compensar y paliar el riesgo mediante la intervención y así evitar la separación del menor de su familia (Sousa, Ribeiro y Rodríguez, 2007). Este enfoque hacía que la intervención de los Servicios Sociales fuese dirigida de forma exclusiva a ciertos colectivos desfavorecidos. Estos planteamientos iban muy unidos a la idea existente a finales de los años

50 de la crisis experimentada por la familia patriarcal como consecuencia de la inmigración masiva de la población rural hacia las ciudades en busca de trabajo y como consecuencia de la Revolución Industrial. Este cambio produjo el origen de los barrios obreros periféricos y un nuevo tipo de familia: la familia nuclear en un contexto de empobrecimiento.

Diversos autores que como Minuchin trabajaron con este tipo de familias llegaron a denominarlas como familias multiproblemáticas (FMP). Con esta etiqueta querían mostrar las características de estas familias de baja extracción socioeconómica y contextos sociales muy desfavorecidos. Sin embargo, hay estudios que nos indican que las FMP no son exclusivas de un entorno de pobreza y privación social, ya que pueden encontrarse en cualquier contexto social y económico (Matos y Sousa, 2004; Sousa y Eusébio, 2005). Ahora bien, si a las características que suele encerrar la etiqueta de “multiproblemáticas” se le suman las consecuencias de una “pobreza dura” (Rozas, 1999), los efectos perjudiciales para sus miembros se tornan estructurales y de difícil modificación, pudiendo llegar a situaciones de exclusión social.

El volumen de estudios sobre las denominadas familias multiproblemáticas es enorme y, como en otros campos, las múltiples investigaciones realizadas han ido ampliando el conocimiento que se tiene de las mismas. Es importante destacar que desde muy pronto empezaron a escucharse voces de que los estudios no podían centrarse tanto en el contexto socioeconómico de las familias, sino que era necesario poner más énfasis en otros aspectos como la dinámica familiar, los procesos de interacción entre los distintos miembros, y la manera de relacionarse que tiene la familia con el medio.

Minuchin, Bernice, Rosman y Lester (1967), en su obra “Family of the Slums” son los primeros que aportan esta idea, sustentada en sus observaciones, de que no existe una tipología de la organización familiar específica de la cultura de la pobreza, y que ésta sea necesariamente sinónimo de desorganización. Para resolver esta cuestión, estos autores proponen que hay que describir el funcionamiento de dichas familias a nivel comunicacional, estructural y del sistema afectivo, no limitándose a describirlas exclusivamente por sus características estructurales y rasgos sociodemográficos.

Analizando las aportaciones de diversos autores, podemos observar que este tipo de familias han sido denominadas de forma muy diversa. No obstante, como señala Rodríguez (1998), no se trata únicamente de un problema terminológico, ya que implica cuestiones más amplias que tienen que ver con cómo describir las características de las familias sin reducciones

conceptuales, es decir, sin destacar los elementos deficitarios de su funcionamiento que en una observación menos cuidadosa pueden constituirse como sus elementos centrales.

Como puede observarse en la Tabla 3.1 que aparece a continuación, la terminología usada a lo largo de los años para describir a las familias en situación de riesgo y/o vulnerabilidad ha sido muy diversa. (Tomado de Rodríguez, 1998).

Tabla 3.1

Terminología para familias en situación de riesgo y/o vulnerabilidad.

Terminología	Autores	Observación
Familias Asociales	Voiland, 1962	Para subrayar sobre todo los aspectos que conciernen al desarrollo de comportamientos desviados a nivel social.
Familias Desorganizadas	Minuchin, 1967	Familias con un nivel comunicativo muy limitado, uso de los canales pre-verbales, caos comunicativo que es índice de desorden relacional y desorganización estructural.
Familias Aisladas	Powel y Monaham, 1969	Para evidenciar la soledad y el aislamiento del ámbito de la familia extensa, tienen una gran carencia de apoyo en las fases críticas del ciclo vital familiar. Falta de apoyo social, por tanto en las fases vitales y en las crisis.
Familias excluidas	Thierny, 1976	Para subrayar la separación del contexto parental, institucional y social, en definitiva, separación del contexto social y familiar. Este autor también nos muestra que este tipo de familias se dan en las clases sociales medias-altas.

Familias sub-organizadas	Aponte, 1976 y 1981	Para resaltar las características disfuncionales desde el punto de vista estructural debido a las graves carencias de constancia en el desarrollo de los respectivos roles, sobre todo a nivel de subsistema conyugal.
Familias Multi-problemáticas	Christofas et al, 1985	
Familias Multi-asistidas	Reder, 1985	
Familias Multiples Progenitores	Fulmer, 1989	
Familias Organizadas y Desfavorecidas	Minuchin, 1995	
“Familias multi-estresadas”	Matos y Sousa, 2004	Debido a que estas familias no presentan un síntoma particular, sino una cadena de problemas y factores de estrés entre los que se pueden encontrar negligencia, alcoholismo, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias, depresión, etc. Sharlin y Shamai (1995) señalan que este patrón es tan importante en estas familias que tendrían que ser así denominadas.

A partir de los años 80 se comenzó a enfatizar la idea de que no era suficiente con utilizar las características estructurales como indicadores para determinar que una familia está en situación de riesgo. Hasta ese momento, la intervención familiar se había limitado a las situaciones graves y de crisis que la legislación vigente describía como desamparo, teniendo la medida de la separación del menor de su hogar como única alternativa. No existían actuaciones dirigidas a otros menores que estaban en familias en situaciones de riesgo menos graves y por tanto que no requerían de un desamparo, pero no por ello menos necesitadas de intervención. Por esa época, incluso no estaba completamente extendido para los profesionales que trabajaban en los servicios sociales que era también necesario valorar los factores de protección que estas familias presentaban.

Estas apreciaciones nos llevan a concluir que hasta la década de los 80, el apoyo y la intervención por parte de los Servicios Sociales no llegaba a una gran cantidad de familias en riesgo leve o moderado, y que se limitaba a aquellas familias en las que se observaba una

situación muy grave de incumplimiento de sus competencias parentales para con los menores y que inexcusablemente conllevaba un informe de desamparo y por tanto una separación del menor de su familia y su contexto. Sin embargo, poco a poco como ya hemos venido diciendo, con la Ley 21/ 87 se posibilitó en España un cambio radical en el Sistema de Protección a la Infancia, junto con la transferencia a los Servicios Sociales de las comunidades autónomas de las competencias en materia de menores. Estos cambios facilitaron la aparición de una nueva visión de la intervención en las situaciones de desprotección infantil, incorporándose poco a poco una perspectiva cada vez más amplia y positiva de prevención, apoyo y ayuda a las familias.

No obstante, en los años 80 y en nuestro contexto aún se seguía denominando a estas familias como multiproblemáticas. El gran salto en España se produce a partir de los años 90 con la Ley Orgánica de Protección jurídica del menor (Ley 1/1996, Boletín Oficial del Estado núm. 15), donde se pone el énfasis justamente en la importancia de trabajar e intervenir con familias en situación de riesgo, en cualquiera de sus grados, leve, moderado o grave, conllevando además una visión más positiva y preventiva en la intervención y marcando claramente el trabajo a realizar en el propio medio donde transcurre la vida de los menores y sus familias.

Estas importantes modificaciones legales en la contextualización del abordaje en relación con la infancia y la familia hacen que a la vez se vaya modificando el perfil de familias a atender por parte de los poderes públicos y por ende de los servicios de atención a la infancia. A partir de aquí se habla ya de familias en situación de riesgo psicosocial para denominar a aquellas familias que no reúnen todas las competencias necesarias para el desarrollo armónico y adecuado de los menores a su cargo, dejando y abandonando el término de familias multiproblemáticas. Los autores que siguen utilizando este término lo hacen refiriéndose a aquellas familias que se sitúan en el riesgo grave y que pueden llegar a situaciones que requieran de una desprotección de los menores.

Según Rodrigo et al. (2008), la aparición de esta Ley en España marcó tres cuestiones fundamentales: *“La intervención con las familias de origen, eje central de todo el sistema de protección; la ampliación de las situaciones de desprotección del desamparo al riesgo, y por tanto, del número de niños que pueden beneficiarse de las actuaciones de los poderes públicos; y la incorporación de los Servicios Sociales y por tanto de las entidades locales al sistema de protección a la Infancia”* (p. 10). Bajo este marco, todo el desarrollo posterior queda ampliado y repercute directamente en la intervención que desarrollan los Servicios Sociales como agentes clave en el Sistema Público de Atención y Protección a la Infancia y la familia. El foco de atención se abre y en el centro de su trabajo están tanto las familias en general como las familias en situación de

riesgo en particular, con un abanico de actuaciones que van desde la protección al bienestar, o dicho de otra forma, desde el maltrato al buen trato, siempre desde un enfoque de preservación y fortalecimiento familiar, muy bien fundamentado en nuestro país por Rodrigo et al. (2008). Toda esta evolución se ha traducido en una serie de principios inspiradores que toda intervención con infancia, adolescencia y familia deberían incorporar. En concreto, toda intervención familiar debería caracterizarse por ser:

- **Globalizadora:** considerando y analizando de manera integral a las personas, familias y grupos, y teniendo en cuenta su contexto social, cultural y económico para que los servicios, prestaciones y actuaciones se adecuen a todas estas situaciones.

- **Igualitaria y Universal:** han de aplicarse los criterios con la misma objetividad para todos, enfocando la intervención al sector menores/adolescentes/familias en toda su extensión y no solo al colectivo de menores en riesgo.

- **Integradora:** las intervenciones han de tener como objetivo facilitar la integración y/o inserción de los destinatarios en su entorno social y económico.

- **Solidaria:** hacer partícipe a los destinatarios en la resolución de los problemas, potenciando las iniciativas de ayuda mutua y fomentando la creación de recursos comunitarios.

- **Promocional y Preventiva:** las intervenciones han de incidir sobre el origen de los problemas, no solo de sus consecuencias, y se debe dar a las familias los apoyos adecuados para que puedan cumplir sus responsabilidades con sus menores.

- **Participativa:** se han de implicar a las personas, familias, grupos y comunidades en las intervenciones que se lleven a cabo desde un enfoque de corresponsabilidad de las familias y todos los agentes implicados.

- **Planificada y Coordinada:** dada la complejidad de las situaciones-problema objeto de intervención, es necesario la planificación de los recursos en relación a las necesidades sociales detectadas y la coordinación en red de las distintas administraciones e instituciones/entidades para la resolución de éstas, ya que la Política social incluye a otros sistemas de protección social (salud, vivienda, justicia, educación...).

- **Niveladora:** orientada a corregir los déficits introduciendo elementos de discriminación positiva.

- Orientada a los valores humanos: dirigida a rescatar aquellos valores humanos y éticos que faciliten una base sólida a los modelos educativos por los que puede ocurrir el menor (tolerancia, convivencia, respeto, autoridad...).
- Orientada a derechos: dirigida a la satisfacción de las necesidades de los menores y sus familias para que su desarrollo sea óptimo.

En definitiva, este nuevo marco nos abre una orientación integradora, que tiene como eje central la familia y su entorno, y como objeto de atención e intervención distintas situaciones familiares. Por un lado, a las familias en general, incorporando para ellas programas de promoción y prevención que fomenten la parentalidad positiva y el fortalecimiento familiar. Por otro lado, a las familias que presentan dificultades y/o son vulnerables, mostrando deficiencias en sus competencias para preservar la unidad familiar y para el desempeño de su labor educativa y socializadora. Y por último, también son objeto de intervención de los servicios las familias en las que se pueda dar una posible reunificación familiar. Todo ello desde un enfoque basado en el buen trato, desde un compromiso cooperativo entre las familias y los diversos agentes que intervienen, y partiendo siempre de las capacidades de las familias y de cada una de sus miembros.

3.2.2. Niveles de intervención y abordaje en los diversos grados de riesgo.

La consideración de las situaciones de riesgo para los menores son contempladas como "aquellas en las que existan carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas que precisan los y las menores para su correcto desarrollo físico, psíquico y social y que no requieran la separación del medio familiar" (Ley 1/1998 de 1 de Abril, de los derechos y atención al menor. Art. 22.1).

Las situaciones de riesgo son entendidas como un continuo progresivo en cuanto a su gravedad, graduándose en función de las consecuencias que para el menor tenga la no satisfacción de las necesidades básicas y el grado en que dicha situación perjudique a su desarrollo integral. Según estos criterios, la valoración resultante puede ir desde las situaciones denominadas normalizadas hasta tres niveles de riesgo: leve, moderado y grave, que quedan enmarcados con respecto a la intervención en cuatro servicios básicos que estructuran la organización de los Servicios Sociales Comunitarios junto con los Equipos de Tratamiento Familiar. A continuación se analizan cada uno de estos Servicios en función de cómo se aborda el trabajo con niños, niñas, adolescentes y familias, ya que estos servicios tienen añadidas otras

competencias con la población en general y con otros sectores de población y problemáticas en particular.

3.2.2.1 Servicio de Cooperación Social (COSO)

Este Servicio tiene por objeto acciones tendentes a lograr una mayor participación social y comunitaria, así como la potenciación de la solidaridad y el voluntariado social. Este servicio trabaja con familias de contextos de desarrollo *normalizados*, es decir, con contextos familiares caracterizados por constituir escenarios sociales que permiten, posibilitan y potencian el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, es decir, que cubren todas las necesidades que requieren los menores desde una estructura dinámica, estimulante y flexible.

Cuando hablamos en concreto de la familia, se denomina *“contexto de desarrollo familiar normalizado a aquel escenario social que tiene una estructura y dinámica que estimula la evolución integral de todos y cada uno de sus miembros, cubriendo todas las necesidades físico-biológicas; afectivas-emocionales; cognitivas-lingüísticas; sociales; de escolarización y formativas; para un desarrollo integral según el momento evolutivo en que se encuentre”* (Manual de intervención técnica individual-familiar, Ayuntamiento de Sevilla 2013 p. 43). En definitiva, se trata de familias que garantizan el buen trato y la protección y cuidado de los menores.

En este servicio, los niveles de intervención que se llevan a cabo tienen que ver con la promoción de procesos normalizados, es decir, se trata de un servicio de **Promoción y Prevención Primaria inespecífica**. Por un lado, la promoción consiste en el desarrollo de acciones tendentes a lograr una mejor calidad y bienestar de la población, creando sistemas, canales y condiciones para la participación de la comunidad en los logros y, por tanto, en la búsqueda colectiva de alternativas de mejoras y transformación de la vida comunitaria. Por otro lado, la prevención primaria inespecífica también implica acciones de promoción y participación social, así como acciones encaminadas a evitar la aparición de problemas referidos a la infancia y la adolescencia. Tanto la promoción como la prevención primaria inespecífica conllevan la coordinación con otras áreas del bienestar social. Los esfuerzos deben ir dirigidos a influir sobre la garantía de derechos, legislación, etc., así como llevar a cabo Programas sociales que promuevan el bienestar, la promoción de derechos, el buen trato y el desarrollo adecuado de la infancia y la adolescencia.

Las actuaciones fundamentales en este nivel son:

➤ Evitar o eliminar la aparición de factores potencialmente capaces de generar procesos de marginación y exclusión social.

- Favorecer la promoción de actitudes de tolerancia, respeto y solidaridad.
- Realizar campañas de sensibilización y concienciación sobre los derechos de la infancia y la adolescencia.
- Promover y favorecer actividades que potencien las actividades entre generaciones.
- Favorecer la implicación y el fortalecimiento de las redes sociales de una comunidad que trabaje con la familia, la infancia y la adolescencia.
- Favorecer actuaciones coordinadas con otros sistemas de protección social: vivienda, empleo, educación, salud, cultura...
- Incorporar a los niños, niñas y adolescentes en los órganos de participación tanto públicos como de la iniciativa social.

3.2.2.2 Servicio de Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento (SIOV).

Este Servicio tiene por objetivo prestar información a todos los ciudadanos en relación a los derechos y recursos sociales existentes, así como valorar sus estados de necesidad, para orientar y/o asesorar en la búsqueda de las soluciones de los problemas planteados. Este servicio aborda los contextos de desarrollo denominados en situación de *necesidad* que se definen como *“aquellos que su sistema familiar esté afectado de déficits, fundamentalmente en las necesidades físico-biológicas de los menores. El resto de las necesidades del desarrollo están cubiertas o pueden presentar niveles de riesgo leves que están condicionados por la situación anterior”* (Manual de intervención técnica individual-familiar, Ayuntamiento de Sevilla, 2013. p. 44).

En estos contextos hablaríamos de riesgo leve, ya que hace referencia a aquellas dinámicas familiares coyunturales que no han provocado ni se prevé que vayan a provocar un maltrato en el/la menor a nivel psicológico, físico, afectivo o social; o si se ha producido, éste no es significativo ni se prevé que lo vaya a ser en un futuro. Este tipo de sistemas familiares cuentan con adultos proactivos para poder resolver las dificultades que se les presentan y son capaces de solicitar ayuda de manera coyuntural bien a sus redes de apoyo informal o a las instituciones competentes para la resolución de los mismos. Así mismo, las dificultades que presentan suelen ser de tipo temporal.

La intervención que se lleva a cabo desde el Servicio SIOV es de prevención de procesos de riesgo en situación de necesidad, lo que se corresponde con un nivel de **Prevención Primaria**

específica. Este nivel de intervención implica paliar, contener, reducir y/o modificar la incidencia de los factores que hacen referencia a los contextos de desarrollo de riesgo por necesidad social de la infancia y la adolescencia. Asimismo, implica trabajar con la comunidad y las familias mediante estrategias de orientación, asesoramiento y apoyo.

Las actuaciones fundamentales en este nivel son:

- Facilitar el acceso, permanencia y utilización de los recursos.
- Realizar Programas de Información, Orientación y Asesoramiento sobre las necesidades de desarrollo de los menores, sobre todo en aquellas familias que se encuentren en situación de necesidad social.
- Establecer mecanismos para la detección de situaciones de riesgo.
- Fomentar actividades dirigidas al mejor aprovechamiento del ocio y el tiempo libre familiar y de los propios menores.
- Diseñar, ejecutar y evaluar planes de intervención familiar en este nivel.
- Ofrecer grupos de apoyo y autoayuda a problemáticas específicas que incidan en el desarrollo de la infancia y la adolescencia.
- Detectar todas aquellas situaciones que conlleven desprotección de los menores y adolescentes y canalizarlos hacia otros servicios, así como informar a los órganos competentes.
- Coordinación y colaboración con otros sistemas de protección.

3.2.2.3. Servicio de Convivencia y Reinserción Social (CORE)

Este Servicio aborda los contextos de desarrollo denominados en *dificultad*, que son "aquellos que su sistema familiar está fragilizado para cubrir sus necesidades básicas y de desarrollo de los/las menores por limitación o déficits en aspectos fundamentalmente psico-socio-educativo que supone un riesgo moderado para su desarrollo integral"(Manual de intervención técnica individual-familiar, Ayuntamiento de Sevilla, 2013. p. 45). En estos contextos hablaríamos de riesgo moderado, ya que las dinámicas familiares están impidiendo un desarrollo integral del menor o los menores así como su adaptación al medio. Es decir, la situación en la que vive el o la menor ya le ha provocado un riesgo moderado en cualquiera de sus niveles de desarrollo, o se prevé que lo va a provocar. Se trata de sistemas familiares que tienen adultos que requieren de intervención técnica, pero que colaboran en la resolución de sus dificultades y toman consciencia

de sus problemas en relación a la cobertura de las necesidades de los menores, siendo por tanto activos en la superación de los mismos, lo que hace que las situaciones que se hayan podido generar de riesgo se atenúen, cambien y se resuelvan.

La intervención que se lleva a cabo desde el servicio CORE es de prevención de procesos de riesgo en situación de dificultad, tratándose de un nivel de **Prevención Secundaria**. Este nivel de intervención implica la detección, el tratamiento precoz, el trabajo y/o tratamiento con individuos y grupos con situaciones de riesgo moderado. Asimismo, implica trabajar con la comunidad y las familias mediante estrategias de apoyo y mediación. En este nivel se realizan actuaciones planificadas tanto a nivel individual como grupal.

Las actuaciones fundamentales desarrolladas desde este Servicio son:

- Favorecer estrategias de intervención psico-socio-educativas con grupos de riesgo.
- Diseñar proyectos de intervención familiar para disminuir y/o eliminar la situación de riesgo presentada.
- Establecer protocolos de actuación con otros sistemas de protección.
- Seguimiento y actuación con los casos de absentismo escolar.
- Generar intervenciones grupales con familias y/o menores en situación de dificultad.
- Posibilitar Programas de orientación, tratamiento y terapia familiar.
- Programas de apoyo en el domicilio.
- Programas de Unidades de día.
- Programas de Formación y Apoyo a la familia incorporando todas las cuestiones que conlleva las directrices de parentalidad positiva.
- Programas socioeducativos para la infancia y la adolescencia.

En estos casos se requiere en la intervención de un equipo interdisciplinar (trabajador social, psicólogo, educador) y la temporalización de las intervenciones es de 18 meses como máximo.

3.2.2.4 Servicio de Ayuda a Domicilio y Atención a la Dependencia (SAD).

El Servicio de Ayuda a Domicilio tiene como finalidad la mejora de la calidad de vida y la promoción de la autonomía de las personas para facilitarles y favorecer la atención del menor o los menores y hacer posible su permanencia en la familia y, por tanto, en su propio medio habitual. Para ello, utiliza recursos diversos, coexistiendo prestaciones en este Servicio que provienen de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de Dependencia (más conocida como Ley de Dependencia) con los propios recursos de los Servicios Sociales Comunitarios de carácter anual.

Es a partir del 2006 con la aprobación de la Ley de Dependencia, cuando se establece un nuevo derecho que tiene la naturaleza de derecho subjetivo para la ciudadanía, es decir, no está sujeto a los presupuestos anuales y puede reclamarse judicialmente su prestación. En este caso, y referido a los menores, tienen especial atención aquellos con discapacidad física, psíquica o sensorial siempre y cuando esta circunstancia les implique no valerse por sí mismos en las actividades de la vida diaria. Por ello, los poderes públicos tienen que adoptar las medidas necesarias, para remover y/o eliminar los obstáculos que estos menores puedan tener y les impidan una integración real en su medio familiar, educativo y social. Estos casos, previamente valorados, serán atendidos por los poderes públicos a través del acceso del menor o los menores dependientes a servicios o prestaciones económicas para la atención de sus necesidades de autonomía o cuidados por parte de terceros.

Estos casos serán valorados cada dos años según establece la Ley, ya que al ser menores es posible que se modifiquen las circunstancias que les derivó al servicio o prestación correspondiente. Los objetivos que se pretenden conseguir con este servicio, recogidos en la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía son los que se recogen a continuación.

- *“Promover la autonomía personal en el medio habitual, atendiendo las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.*
- *Prevenir y evitar el internamiento de personas que, con este servicio, puedan permanecer en su medio habitual.*
- *Apoyar a las unidades de convivencia con dificultades para afrontar las responsabilidades de la vida diaria.*

- Favorecer el desarrollo de capacidades personales y de hábitos de vida adecuados.
- Promover la convivencia de la persona en su grupo de pertenencia y con su entorno comunitario.
- Favorecer la participación de las personas y de las unidades de convivencia en la vida de la comunidad.
- Atender situaciones coyunturales de crisis personal o convivencial.
- Servir como medida de desahogo familiar apoyando a las personas cuidadoras en su relación de cuidado y atención.”

Por último, como el resto de servicios, tiene también la función de detección del riesgo y la notificación del mismo, que puede canalizarse a otros servicios en función del nivel de riesgo o comunicarse directamente al servicio de protección de menores si así lo requiriera su gravedad.

3.2.2.5 Equipo de Tratamiento Familiar (ETF).

Este equipo aborda los contextos de desarrollo denominados en *conflicto*, que son “*aquellos sistemas familiares que impiden el desarrollo de sus miembros al no cubrir las necesidades básicas para su desarrollo, colocando a los menores en situación de desprotección*” (Manual de intervención técnica individual-familiar, Ayuntamiento de Sevilla. 2013 p. 47). Se trata de contextos donde las dinámicas familiares generan una cronificación de la situación de riesgo moderado de los menores, en la que si no se interviene con un tratamiento familiar intensivo, puede derivar en una situación de maltrato grave, o en las que ya la situación que se presenta es en sí de riesgo grave, hasta el punto que si no se realiza un tratamiento conllevaría la desprotección. Generalmente se trata de familias que cuentan con adultos cuidadores con poca proactividad resolutive y escasos recursos y habilidades personales, poco competentes en su función parental. Por otra parte, pueden ser adultos que no colaboren ni cooperen para la resolución de sus problemas y tengan poca o nula consciencia de ellos.

En estos casos se requiere un equipo de segundo nivel de especialización en familia e infancia. Para que éste intervenga es necesario que exista algún factor de pronóstico positivo en la situación familiar y una voluntariedad en el tratamiento, aunque a veces sea esta parcial y requiera un trabajo previo para ayudar a la familia a que tomen conciencia de que requieren ayuda para modificar la situación de riesgo que presentan. Por otra parte, suelen ser familias que cuentan con un historial de intervenciones previas desde diversos sistemas de protección

(escolar, salud, servicios sociales) que, en muchos casos, no ha sido suficiente para producir el cambio necesario y requieren de un contexto de control como el que define mejor la intervención de estos equipos.

El proyecto de intervención de los de ETF es de 18 meses con posibilidad de ampliación de tres meses más en los casos de que se requiera un mayor seguimiento en el mantenimiento de los cambios. La intervención que se lleva a cabo por parte de este equipo es de un nivel de **Prevención Secundaria Especializada**, teniendo como objetivo garantizar la integridad física y la satisfacción de las necesidades básicas del menor o los menores y la de capacitar a los padres y madres para ejercer adecuadamente sus responsabilidades de cuidado y atención del menor o los menores (Arruabarrena, De Paúl 1994; Arruabarrena, De Paúl y Torres, 1994). En definitiva, la finalidad de estos equipos es la reeducación y capacitación en el desarrollo familiar y personal con el fin de reducir las conductas parentales no deseables y prevenir otras posibles, posibilitando a los progenitores las herramientas necesarias para contribuir a un desarrollo integral del menor o los menores a su cargo, haciendo un tratamiento y seguimiento de la evolución de la familia que permita confirmar el proceso de cambio de la misma.

Por último, hay que decir que los equipos de tratamiento familiar, como todos los servicios, tienen la función de la detección del riesgo y la notificación del mismo. Ésta puede canalizarse a los diferentes servicios en función del nivel de riesgo o comunicarse directamente al servicio de protección de menores si así requiriera su gravedad.

En **resumen**, los distintos servicios descritos son los que, en función de los distintos contextos de desarrollo y niveles de riesgo, atienden e intervienen con las diferentes situaciones y necesidades que pueden presentar las familias. Así mismo, estos servicios generan diversas actuaciones y recursos tanto para el fortalecimiento familiar como para su preservación y su abordaje en las situaciones de riesgo y maltrato, siendo su objetivo último evitar la separación del menor de su entorno. Para ello, en general, la intervención desde todos los servicios se centra en minimizar los factores de riesgo, potenciar los factores de protección de las familias, disminuir la vulnerabilidad y potenciar la resiliencia de los menores y sus familias, iniciando si así se requiere intervenciones reparadoras y de apoyo, intervenciones terapéuticas y en último extremo de control ante las dificultades que presenten las familias. Al mismo tiempo, se incorporan a estas intervenciones programas diversos que se adecúan a las necesidades presentadas por las familias, desarrollándose programas y proyectos de ámbito individual, grupal y comunitario, y desde distintos niveles de intervención.

Esta revisión nos permite concluir que actualmente hay una tendencia a atender todo el espectro de necesidades que requieren el desarrollo tanto de los menores como de sus familias, con el fin de preservar y fortalecer todas aquellas circunstancias que impidan un funcionamiento familiar saludable, poniendo siempre el énfasis en la necesidad de mantener al menor en su medio y proceder a la separación de la familia de origen sólo por circunstancias extremas. En este sentido, González (2000) comenta como ya en 1977 se definía la salud familiar como:

“El resultado del equilibrio armónico de tres componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar, siendo este último el que juega un papel rector, pues expresa la capacidad dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar los cambios y las crisis” (González, 2000, p. 509).

La funcionalidad familiar desde este enfoque es crucial para una buena salud familiar y se convierte en una variable de primer orden a tener en cuenta a la hora de trabajar con la familia. Por ello, las diversas reglamentaciones de atención a la familia y la infancia en nuestro país se concretan en el desarrollo de servicios, programas y recursos que van desde la evitación del maltrato a la promoción del buen trato, dirigidos por tanto a la preservación familiar, la promoción del bienestar familiar y a la prevención de fenómenos de desestructuración en este ámbito.

A modo de síntesis, se recogen en la Tabla 3.2 que se presenta a continuación los distintos niveles de intervención, servicios y programas en función de las necesidades de desarrollo que presentan los menores y el riesgo familiar.

Tabla 3.2

Niveles de intervención, Servicios y Programas en función de las necesidades de desarrollo que presentan los menores y el riesgo familiar.

TIPOLOGÍA DEL PROCESO DE DESARROLLO	NIVEL DE INTERVENCIÓN	SERVICIO	PRESTACIÓN, PROGRAMAS Y RECURSOS
<i>En proceso de desarrollo normalizado</i>	Promoción	Servicio de Cooperación Social (COSO)	Programas de sensibilización.
	Prevención Primaria Inespecífica	<u>Servicios de apoyo:</u> Servicio de Información y Valoración Social (SIOV) y Servicios de Convivencia y Reinserción (CORE)	Celebración día internacional del menor. Convenio ciudades amigas de la infancia y coordinación con otros programas de la Red formal e informal de la ciudad. Voluntariado social y Banco del Tiempo. Proyectos complementarios. Sevilla Solidaria

<p><i>En proceso de desarrollo en riesgo por situación de necesidad social</i></p>	<p>Prevención Primaria Específica</p>	<p>Servicio de Información y Valoración Social (SIOV)</p> <p><u>Servicios de apoyo:</u> Servicio de Información y Valoración Social (SIOV) y Servicios de Convivencia y Reinserción (CORE) y Servicio de Dependencia y ayuda a domicilio(SAAD)</p>	<p>Información, Orientación, Valoración, Tramitación y Asesoramiento.</p> <p>Programa Prestaciones complementarias (cobertura de necesidades básicas).</p> <p>Proyecto de coordinación institucional.</p> <p>Baremo para acceso vivienda pública, etc.</p> <p>Complementación con Convenios con entidades y Proyectos con ONG.</p>
<p>RIESGO LEVE</p>			
<p><i>En proceso de desarrollo en riesgo por situación de dificultad psicosocial</i></p>	<p>Prevención Secundaria Específica</p>	<p>Servicios de Convivencia y Reinserción (CORE)</p> <p><u>Servicios de apoyo:</u> Servicio de Dependencia y ayuda a domicilio(SAAD)</p> <p>SAD, equipo de Tratamiento Familiar (ETF)</p>	<p>Programa ayuda económicas a familiares.</p> <p>Programa Socioeducativo de menores (periodo estival e invierno).</p> <p>Programa Formación Integral a Padres y Madres.</p> <p>Programa Prevención de absentismo escolar.</p> <p>Centro de día de Menores y Adolescentes.</p> <p>Proyectos de apoyo en el domicilio.</p> <p>Prestación de dependencia.</p> <p>Orientación y Terapia familiar.</p>
<p>RIESGO MODERADO</p>			
<p><i>En proceso de desarrollo riesgo por situación de conflictividad psicosocial</i></p>	<p>Prevención Secundaria Especializada</p>	<p>Equipo de Tratamiento Familiar (ETF).</p> <p><u>Servicios de apoyo:</u> Servicios de Convivencia y Reinserción (CORE) y Servicio de Protección de Menores(SPM) y Servicio de prevención y Apoyo a la familia (SPAF)</p>	<p>Programa de tratamiento familiar. Reinserción y/o Reunificación familiar.</p> <p>Terapia familiar.</p> <p>Proyectos de apoyo en el domicilio.</p> <p>Centro de día de Menores y Adolescentes.</p> <p>Proyectos específicos de apoyo a la intervención técnica.</p>
<p>RIESGO GRAVE</p>			

EN DESAMPARO	Prevención Terciaria	Cualquier Servicio que tenga información de Maltrato constatado	Tratamiento protector. Asunción de la tutela del menor por ministerio de ley o guarda administrativa.
		<u>Servicios de apoyo:</u>	Separación temporal: Programas de familia y recursos de acogida temporal (acogimiento familiar o residencial).
		Equipo de Tratamiento Familiar (ETF)	Separación permanente: recursos de acogida permanente (acogimiento familiar, residencial, adopción) y servicios de apoyo al menor.
			Reinserción y/o Reunificación familiar.

CAPITULO IV

LA INTERVENCIÓN FAMILIAR DESDE LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR. ESTRUCTURA, FUNCIONAMIENTO Y PRINCIPALES DIMENSIONES OBJETO DE SU INTERVENCIÓN.

Tal y como se ha descrito en el capítulo anterior, los Equipos de Tratamiento Familiar constituyen un servicio especializado que, desde su creación en 2000, se encarga de atender a familias con menores en situación de riesgo psicosocial en la Comunidad de Andalucía. Puesto que la finalidad de esta Tesis es explorar el perfil de las familias en situación de riesgo psicosocial que atienden los ETF, en este capítulo profundizaremos en la intervención desarrollada por estos equipos en dos apartados bien diferenciados. En el primer apartado se describe y analiza la estructura, el funcionamiento y las características generales de la intervención desarrollada por los ETF. A continuación, en un segundo apartado, nos centraremos específicamente en cuatro de las dimensiones que suelen ser objeto de la intervención desarrollada por estos equipos: el estrés parental, el malestar psicológico, las estrategias de afrontamiento y el funcionamiento familiar. El hecho de profundizar en estas dimensiones se debe a la importancia de conocer en profundidad lo que recoge la literatura sobre cómo funcionan algunas variables psicológicas

clave en los progenitores de estas familias en situación de riesgo psicosocial, objeto central de nuestro trabajo de investigación.

4.1. Estructura y funcionamiento de los Equipos de Tratamiento Familiar

Los Equipos de Tratamiento Familiar realizan su intervención en el Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma Andaluza, no existiendo los mismos en otras Comunidades Autónomas a nivel nacional. Estos equipos constituyen un nivel de intervención intermedia de actuación entre las Corporaciones Locales y la Comunidad Autónoma y aparecen en el año 2000 en nuestra Comunidad, con la puesta en marcha del Programa de Intervención con Familias Desfavorecidas y en Situación de Riesgo Social. Este Programa se ha ido conformando en las sucesivas fases de su implantación mediante la publicación de varias órdenes reguladoras tal como abordamos en el capítulo I, que han ido afinando las líneas básicas del programa, procedimientos, coberturas, distribución y funciones de los equipos técnicos, etc. hasta la actualidad. Con la aprobación del Decreto 495/2015 del 1 de diciembre por el que se regula y gestiona el Programa de Tratamiento Familiar con menores en situación de riesgo y desprotección, se asegura la continuidad del mismo a través de una cobertura de financiación más estable, consolidándose así una experiencia de más de 15 años de andadura. Este Programa es de carácter eminentemente preventivo, con criterios de atención personalizada y de proximidad teniendo desde sus inicios la finalidad de preservar los derechos de los niños, niñas y adolescentes y de promover el desarrollo integral de los mismos, evitando la separación de la familia, normalizando su situación y ofreciendo una respuesta de actuación en materia de protección a la infancia en el propio medio.

En Andalucía existen actualmente 142 ETF. En la Tabla 4.1 se presenta la información relativa a los datos cuantitativos del Programa en toda Andalucía correspondiente al año 2015. Como podemos observar, estos 142 equipos integran a 456 profesionales que han atendido a 6.342 familias y 12.258 menores en toda la comunidad.

Tabla 4.1

Datos cuantitativos del Programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo y desprotección en Andalucía en el año 2015 (Datos recabados por la Dirección General de Infancia y Familia de la Junta de Andalucía).

AÑO	EQUIPOS	P.TÉCNIO	COORDINADORES/AS	FAMILIAS	MENORES
2015	142	456	90	6.342	12.258

Así mismo, es interesante tener la visión de cuántas familias y menores han sido atendidos por los ETF de nuestra Comunidad Autónoma en cada provincia durante el año 2015, información que se presenta en la Tabla 4.2. En esta tabla vemos como la provincia en la que los ETF han atendido a más familias durante 2015 fue Cádiz, seguida de Málaga y Sevilla, a pesar de que Sevilla y Málaga son las provincias con mayor número de equipos.

Tabla 4.2

Distribución por provincias de las familias y los menores atendidos en los equipos de Tratamiento Familiar en Andalucía durante el año 2015 (Datos recabados por la Dirección General de Infancia y Familia de la Junta de Andalucía)

PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES 2015			
PROVINCIA	Nº EQUIPOS	Nº DE FAMILIAS	Nº DE MENORES
ALMERÍA	12	464	905
CÁDIZ	20	1.373	2.466
CÓRDOBA	15	610	1.211
GRANADA	18	714	1.524
HUELVA	12	404	730
JAÉN	12	358	687
MÁLAGA	25	1.259	2.529
SEVILLA	29	1.160	2.206
ANDALUCÍA	142	6.342	12.258

EL número de equipos de tratamiento familiar por provincia depende de la población a atender, que está determinada en cada convenio marco. Desde la Orden de 20 de junio de 2005, Sevilla capital cuenta con 7 equipos completos, es decir, con las tres figuras profesionales, psicólogo/as, trabajador/a social y educador/a social, para atender a la población que se especifica en la Tabla 4.3.

Tabla 4.3

Distribución de las familias y los menores susceptibles de ser atendidos en Sevilla Capital por los ETF durante el año 2015. (Datos recabados por la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Sevilla).

Nº DE EQUIPOS	POBLACIÓN GENERAL	POBLACIÓN INFANTIL
SEVILLA 1	33009	7420
SEVILLA 2	133553	20551
SEVILLA 3	71330	11814
SEVILLA 4	120570	27728
SEVILLA 5	112385	18006
SEVILLA 6	149685	25036
SEVILLA 7	80064	15520
7 EQUIPOS COMPLETOS	700596	126075

Por último, en relación con los equipos de Sevilla capital, hay que señalar que desde 2009 se lleva a cabo una distribución territorial de los 7 equipos, de forma que cada uno de ellos se incorpora a un Centro de Servicios Sociales Comunitarios de cada una de las Zonas de Trabajo Social del municipio. Anteriormente a esta fecha, todos los equipos de la ciudad estaban ubicados en un mismo lugar.

A continuación se presenta un análisis pormenorizado de los aspectos fundamentales del Programade Tratamiento Familiar con menores en situación de riesgo y desprotección.

4.1.1. Líneas generales del Programa y elementos organizativos.

Los Equipos de Tratamiento Familiar están ubicados en los Servicios Sociales Municipales y están entendidos organizativamente como un segundo nivel de intervención especializada en la atención a menores, adolescentes y familias en riesgo moderado y/o grave, ya que el primer nivel de atención correspondería al Servicio de Convivencia y Reinserción de los Servicios Sociales Comunitarios

La fundamentación teórica de este Programa es ecológica-sistémica. Esta perspectiva guía los procesos de análisis, diagnóstico, intervención y evaluación de los ETF. Así mismo, los proyectos de tratamiento tienen un carácter integral: diagnóstico individual, planificación de actuaciones y supresión de factores de riesgo o desprotección en un proceso temporalizado no superior a 18 meses de intervención y con un compromiso activo de la familia en dicho proceso.

Los ETF utilizan estrategias y técnicas de tratamiento adaptadas a las necesidades de las familias y sus menores, teniendo en cuenta las etapas evolutivas de estos. Así mismo, los ETF trabajan desde un modelo competencial de las funciones parentales y desde un enfoque de parentalidad positiva.

La composición de estos equipos es de un profesional del trabajo social, un profesional de la psicología y un profesional de la educación social. Su intervención tiene un carácter interdisciplinar, es decir, que aunque son profesionales diferenciados por su formación teórica y práctica, tienen un objetivo común y establecen una planificación conjunta, llegando a acuerdos y estrategias de intervención compartidas, desde una visión integral de la situación de los niños, las niñas y los adolescentes y de sus familias, pero siempre manteniendo una igualdad en las aportaciones que desde sus diferentes disciplinas incorporan que es lo que marcan sus diferencias y sus responsabilidades específicas.

Es muy importante para que se pueda establecer la interdisciplinariedad establecer un Esquema Referencial Operativo Común (ECRO) que, como señala Pichón-Riviére (1985), será la base para establecer y favorecer la interdisciplinariedad.

Así mismo, estos equipos establecen una permanente colaboración, coordinación y trabajo en red con otras instituciones, otros profesionales y con los diferentes agentes intervinientes en estos casos del Sistema Público de Protección de Menores, manteniendo en todo momento una corresponsabilidad compartida. Las actuaciones técnicas que se desarrollan se realizarán en el contexto familiar preservando la permanencia del niño, niña y/o adolescente en su propio medio.

En este marco interdisciplinar, los profesionales que integran estos equipos desarrollan su trabajo incorporando unas funciones comunes y otras específicas establecidas desde su especificidad profesional.

En relación con las funciones comunes estas tres figuras profesionales participan en las siguientes tareas:

- Análisis y desarrollo comunitario, con el objetivo de obtener conocimiento tanto del contexto comunitario donde se va a intervenir como de los recursos existentes.
- Evaluación, planificación, orientación y motivación. Evaluación de los menores y sus familias en relación a los factores de riesgo y de protección, analizando además las potencialidades de las mismas, establecimiento del plan de intervención y actuaciones relacionadas con la motivación hacia el cambio.
- Apoyo y atención directa.
- Conexión de la familia con la comunidad.
- Referente de la familia y coordinador del caso.
- Asesoramiento mutuo entre los miembros del equipo y apoyo en el desarrollo de sus intervenciones.
- Documentación.
- Otras tareas que se requieran dentro de sus competencias.

En relación con las funciones específicas relacionado con el perfil profesional de cada uno de los componentes del ETF quedan establecidas del siguiente modo.

Psicólogo/a.

Este profesional está centrado en el ámbito de las relaciones y de las vinculaciones afectivas dentro de la familia y en la evaluación del funcionamiento familiar de cada uno de los miembros de la misma. Sus funciones específicas principales son:

- Asesoramiento relacional.
- Evaluación psicológica de los menores, de los adultos y de la dinámica de la familia.
- Detección de psicopatologías y derivación si fuese necesario.
- Tratamiento psicoterapéutico.
- Intervención en crisis.

- Coordinación para el intercambio y derivaciones.

Trabajador/dora social.

Este profesional está centrado en el conocimiento de la comunidad y sus recursos y la relación de la familia con ésta, así como las cuestiones relacionadas con la organización del hogar. Sus funciones específicas principales son:

- Recepción de la demanda que llega al ETF.
- Asesoramiento social.
- Actualizar la información del ETF sobre los recursos sociales.
- Diagnóstico de necesidades y relaciones socio-familiares (redes sociales, familia extensa, cuestiones laborales, económicas, vivienda, etc.).
- Intervención familiar y comunitaria.
- Colaborar en tareas como "Co-Terapeuta"
- Orientar y movilizar sobre ayudas y recursos sociales.
- Coordinación permanente.

Educador/educadora-social

Este profesional está más centrado en el ámbito educativo, tanto en relación con los menores como con los padres. Sus funciones específicas principales son:

- Evaluación de habilidades, capacidades, modelos y estilos educativos familiares.
- Orientar, asesorar y apoyar a la familia en sus funciones socializadoras.
- Acompañar en gestiones para el acceso a los recursos y prestaciones.
- Intervenir con los menores.
- Programar actividades socio-educativas específicas.
- Comprobar directamente el cuidado que reciben los menores.
- Promover, orientar y movilizar.

- Coordinación con las instituciones socio-educativas que inciden en la familia.

En cuanto a la estructura organizativa del Programa, en Sevilla capital coexisten para la implementación de este programa dos figuras profesionales, por un lado la figura del coordinador municipal y por otro la figura del Jefe/a de Sección territorial. Al coordinador municipal le corresponde la revisión, supervisión y evaluación global del Programa, a través de una Memoria anual de la labor desarrollada por la totalidad de los equipos del municipio, la recepción y envío de instrumentos al Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia, así como participar en la Comisión de seguimiento anual, para intercambiar conclusiones y poder dar traslado a las secciones territoriales de las mismas. Se trata de una figura encargada de velar por la optimización y agilización de los mecanismos de coordinación intersectorial y por el cumplimiento establecido en el convenio firmado con el Ayuntamiento de Sevilla, así como de recoger todas aquellas mejoras para la eficaz y eficiente implantación del Programa.

Por otro lado, las Jefaturas de Sección de cada una de las Zonas de Trabajo Social se encargan de la implementación, supervisión y seguimiento técnico de los casos en cada una de las zonas donde están ubicados estos equipos; tanto a nivel interno, siendo el nexo de unión con los Servicios Sociales Comunitarios, como externo, en la relación con los Juzgados, Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia, Protección de Menores, Defensor del Pueblo etc. Así mismo, los/as Jefes/as de Sección son los/as encargados/as del circuito de recepción y salida de familias del Programa, ocupándose de valorar la idoneidad, de derivar el caso a los ETF o a los Servicios Sociales Comunitarios, y de establecer junto con el ETF los casos que son derivados al Servicio de Protección de Menores por ser susceptibles de una posible toma de medida de desprotección. Al igual que el coordinador municipal, los/as Jefes/as de Sección tienen establecidas reuniones de seguimiento técnico con el SPAF con los siguientes objetivos: realizar un intercambio de información, análisis y reflexión técnica de aquellos casos que lo requieran por sus peculiaridades específicas, intercambiar información de la globalidad de los casos derivados para la adopción de medidas y de los casos de reunificación familiar, establecer pautas de cumplimentación de fichas de comienzo de la evaluación, tratamiento y cierre de los casos, realizar análisis generales de ratios, perfiles, tiempos de intervención y criterios de inclusión de los casos de alta en estos .

4.1.2. Familias destinatarias.

Los Equipos de Tratamiento Familiar atienden a familias con las siguientes características:

- Se tratade familias con hijos e hijas a su cargo que se encuentran en situación de riesgo moderado o grave, o que están en situación de desprotección, pero sin alcanzar una gravedad que justifique la separación del menor/es de su medio familiar.
- Familias en las que se han detectado situaciones de violencia familiar que están incidiendo gravemente en el desarrollo del menor o los menores.
- Familias con hijos e hijas en protección siempre y cuando el SPM considere que existen indicios de recuperabilidad e idoneidad para se produzca la reunificaciónfamiliar.
- Familias que ya han sido tratadas por los Equipos de tratamiento Familiar y en las que a pesar de no haber conseguido los objetivos previstos, se considera que la adopción de una medida protectora puede suponer para estas familias un cambio importante en la dinámica familiar que permita el retorno del menor o los/las menores.
- Por último atenderán a familias con menores en situación de riesgo o desprotección que se encuentren en los centros de atención a inmigrantes, a través de protocolos de cooperación.

4.1.3. Modalidades de Intervención: Motivos de inclusión y exclusión.

Los Equipos de Tratamiento Familiar integran dos modalidades de intervención: el Subprograma de atención a familias con menores en situación de riesgo social y el Subprograma para posibilitar la reunificación familiar. A continuación se describen la finalidad y características de cada uno de ellos.

Subprograma de atención a familias con menores en situación de riesgo social. Esta modalidad de intervención de los ETF tiene como finalidad evitar la separación del menor de su familia, preservando sus derechos y promoviendo su desarrollo integral. Sus objetivos son:

- *“Mitigar los factores de riesgo para evitar la separación de los niños y las niñas de sus familias.*
- *Capacitar a la familia para dar una correcta atención a sus hijos e hijas evitando cualquier conducta negligente o maltratante, garantizando su seguridad y su integridad básica.*

➤ Lograr *que la familia funcione de manera autónoma y adecuada, y los hijos e hijas tengan una atención y cuidados acordes a sus necesidades*” (Programa de tratamiento familiar a familias con menores, p. 25-26).

Los motivos de inclusión en este programa son los siguientes:

➤ Que los Servicios Sociales Comunitarios hayan realizado una intervención previa y valoren que la familia presenta un grado de riesgo moderado y/o grave y persistan los indicadores mencionados, así como si se detecta una necesidad de tratamiento complementaria a la intervención realizada por los equipos de primer nivel (CORE). Por tanto, se trataría de familias que aun teniendo una situación de riesgo con carencias y dificultades en la atención a las necesidades básicas del menor o los menores a su cargo, la integridad física y/o psíquica de los mismos no estaría amenazada, o la situación no alcanza la gravedad suficiente como para la adopción de una medida de protección de manera inmediata, siempre que se inicie una intervención con los progenitores o tutores para que puedan resolver les dificultades y problemáticas que les limitan para un adecuado ejercicio de la parentalidad que permita cubrir las necesidades básicas de los menores.

La canalización del CORE a los ETF conlleva un informe con toda la información que se tenga del caso, así como el motivo de dicha derivación con los indicadores de riesgo y protección de la familia y del menor o los menores (Anexo C).

➤ Casos derivados por el Servicio de Protección de Menores para su incorporación en el Programa debido a que no tienen suficientes indicios de que la situación familiar conlleve a una necesaria separación del menor o los menores de su familia, valorándose la necesidad de la realización de un tratamiento familiar para su recuperabilidad.

➤ Casos donde aún se parte de un pronóstico favorable y de recuperabilidad de la familia y que lo que requiere es el diseño de un tratamiento y una intervención más especializada y más intensiva que refuerce los elementos positivos, la toma de conciencia de la situación y el abordaje de la problemática que evite la separación del menor de su entorno familiar.

➤ Casos que a pesar de tener un mal pronóstico, se ha valorado que hay que proporcionar a los progenitores todos los apoyos posibles para lograr su rehabilitación antes de proponer una medida de separación definitiva del menor o los menores que tengan a su cargo.

En todos los casos se requeriría al menos una figura adulta con una mínima capacidad para ejercer las responsabilidades parentales y, por parte de esa figura o de la familia según el caso, al menos una voluntad parcial. Si no está completamente instaurada esta voluntad para que puedan aceptar y asumir la necesidad de una intervención, implicaría por parte del ETF un trabajo previo antes de planificar cualquier plan de intervención. Esta fase previa es muy importante, ya que la conciencia del problema es un primer escalón para posibilitar el cambio en estas familias puesto que la integridad del menor puede verse en peligro si no se modifica la dinámica familiar. Así mismo, se requiere por parte del progenitor y/o progenitores la aceptación expresa de participación en el Programa, para ello previamente han tenido que ser informados de manera clara de los motivos del tratamiento y de los objetivos del Programa, bien por parte de los ETF o del Servicio de Protección de Menores.

Se establecen como motivos de exclusión en el Programa los siguientes:

- Negativa de la familia, persistiendo su resistencia a colaborar y que requieran de otro tratamiento hasta su toma de conciencia de la necesaria colaboración, donde se convertirá éste en un objetivo a conseguir antes de iniciar el trabajo o la información a los órganos competentes (sistema judicial y el servicio de protección de menores) de la imposibilidad de intervención y por tanto de la valoración de la situación de riesgo.
- Que los menores no convivan en el núcleo familiar y no exista previsión de convivencia.
- Que exista desprotección crónica y urgente.
- Que existan situaciones de abuso sexual infantil y requiera de una retirada urgente del menor o los menores.

Por tanto y en definitiva, este Subprograma atiende a familias, canalizadas desde los Servicios Sociales Comunitarios o derivadas desde el Servicio de Protección de Menores, en las que existen carencias, dificultades y/o conflictos para cubrir las necesidades básicas de los menores relacionadas con su desarrollo a nivel físico, psíquico y social. Se trata de casos en los que es necesaria la intervención especializada, siendo la finalidad de la misma generar cambios en la dinámica familiar, estableciendo procesos rehabilitadores en los progenitores y/o tutores, de forma que consigan proporcionar a los menores un entorno familiar adecuado que garantice su desarrollo integral y evite una posible toma de medida de protección.

Subprograma para posibilitar la reunificación familiar. Esta modalidad de intervención de los ETF tiene como finalidad la vuelta del menor o los menores a su familia de origen. Sus objetivos son:

➤ *“Corregir en el menor tiempo posible las disfunciones de la dinámica familiar que dieron lugar a la necesidad de adoptar una medida de protección, para que el niño o niña se pueda integrar en su núcleo natural de convivencia cuanto antes, sin ninguna amenaza para su bienestar y desarrollo adecuado.*

➤ *Facilitar la integración y la adaptación del niño y de la niña a su familia tras la separación ocasionada por la adopción de una medida protectora, proporcionando a las familias las habilidades y/o recursos técnicos necesarios para superar la situación de crisis que dio lugar a la declaración de la situación de desamparo”(Programa de tratamiento familiar a familias con menores, p. 29).*

En definitiva, este Programa incluye el trabajo con aquellas familias de menores con los que el SPM ha tomado medidas de protección con carácter temporal o permanente, con la finalidad de la reintegración del menor a su grupo original de convivencia y al objeto de que la familia de origen adquiera y/o mejore las competencias necesarias para garantizar el adecuado desarrollo físico, psíquico y social de los menores en su medio familiar.

Los criterios de inclusión para participar en este Programa y poder realizar la reunificación familiar hacen referencia a las siguientes cuestiones:

➤ Familias con menores sujetos a medida de protección (residencial o familiar) con un Plan Personalizado de Integración.

➤ Familias con indicios objetivables sobre posibilidades de rehabilitación familiar y compatible con las necesidades de los menores.

➤ Presencia de, al menos, una figura adulta con capacidad parental.

➤ Que no existan experiencias previas de fracaso.

➤ Familias en las que los padres no hayan renunciado a sus derechos ni a sus obligaciones en relación con el menor y/o los /las menores.

De forma general, ambos subprogramas están destinados a producir cambios en la dinámica familiar, mediante la adquisición de pautas rehabilitadoras, que eviten la separación familiar o hagan viable el retorno del menor al núcleo de convivencia.

4.1.4. La valoración de las situaciones de riesgo, desprotección o desamparo infantil.

Entre sus cometidos, los ETF tienen la responsabilidad de valorar las situaciones de riesgo, desprotección o desamparo infantil teniendo en cuenta dos cuestiones fundamentales:

En primer lugar, los ETF deben analizar todas las circunstancias que rodean a la situación de maltrato y/o abandono, recogiendo para ello, en primer lugar, el número y tipo de factores e indicadores de riesgo, así como su nivel de gravedad leve, moderado o alto de riesgo, (Arruabarrena, de Paúl y Torres en 1993; Junta de Andalucía, 2007). En segundo lugar, los factores de protección existentes en relación a los diferentes contextos de desarrollo asociados a los padres, al núcleo familiar, a los menores y al entorno, (Junta de Andalucía, 2007). Por último, también deben recoger información de los factores asociados al pronóstico y recuperabilidad de la familia, (Junta de Andalucía, 2007). Estas tres herramientas de valoración se encuentran recogidas en el Programas de Tratamiento a Familias con Menores en el manual de referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar,³

Así mismo, los ETF, utilizan otras herramientas, criterios e instrumentos de evaluación, como los siguientes:

- Taxonomía de necesidades básicas en la infancia y adolescencia e indicadores para su evaluación según grupos de edad.
- Definiciones, indicadores y niveles de gravedad para la valoración de los diferentes tipos de maltrato.
- Esquemas de las áreas familiares a explorar.
- Factores de riesgo de los padres/madres más frecuentes en cada uno de los tipos de maltrato infantil.

³Estas tres herramientas de valoración, por su amplitud, se se puede ver en el enlace siguiente: <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=2862&tipo=documento>

- Escala de bienestar infantil: CWBS (Magura y Moses, 1986). Versión española de Arruabarrena, y De Paúl, 1999).
- Inventario de problemas de conductas del niño/a: CBCL-TRF (Achenbach, 1991)
- Criterios de evaluación, gravedad y riesgo en situaciones de maltratos/abandono infantil.
- Instrumento para la evaluación del daño psíquico del niño/a de 3 a 17 años: Cuestionario de capacidades y dificultades, S.D.Q. (Goodman, 1997).
- Factores asociados al pronóstico y escala de recuperabilidad familiar.

En todo caso, conviene señalar que los anteriores no son los únicos instrumentos utilizados, sino que estos son los que de forma general incorpora el Programa para todos los equipos. Sin embargo, la singularidad del caso, la edad de los menores y el perfil de los propios profesionales pueden indicar la utilización de otros instrumentos, que siempre que se utilicen, deben de recogerse en los distintos informes que estos equipos realizan a los servicios competentes en esta materia: Protección de menores, Juzgados, Fiscalías, etc.

En segundo lugar, la evaluación realizada por los ETF debe **analizar el daño** que específicamente las circunstancias familiares han producido en el menor o los menores analizados.

Esta segunda cuestión es clave, en el diagnóstico y, sin embargo, se ha constatado que la toma de decisiones con respecto al desamparo infantil no estaba basada en criterios homogéneos por parte de todos los equipos que trabajan en nuestra comunidad autónoma.

Este hecho no ocurre sólo en Andalucía, ya que numerosos estudios a nivel nacional e internacional han mostrado que hay poca coincidencia entre los profesionales a la hora de calificar la gravedad del maltrato, generando errores que inciden directamente sobre el futuro de los menores y sus familias. La toma de decisiones es un aspecto crucial puesto que tiene un enorme impacto en la vida de los niños, niñas y sus familias, ya que si éstas son erróneas pueden, o privar a los menores de vivir con sus familias, o generar un daño grave por sufrir una violencia continuada.

En este sentido, tras los estudios realizados por Arruabarrena (2011) que recoge muchas de las investigaciones sobre esta cuestión y la aplicación que la Comunidad Autónoma Vasca (decreto 230/2011 de la CAPV) está llevando a cabo con el instrumento "Balora" para la realización de la toma de decisiones sobre la gravedad del maltrato, Andalucía recientemente ha realizado un pilotaje de este instrumento tras una adaptación del mismo, teniendo en cuenta las peculiaridades legales, de organización institucional del sistema de protección andaluz, sociales y culturales, así como de los distintos manuales que marcan el trabajo de los Equipos de Tratamiento Familiar.

En concreto, en Andalucía la utilización de este instrumento denominado "**Valórame**" (Molina, Martínez, 2013) conlleva las siguientes cuestiones fundamentales:

- Su principal objetivo es valorar la gravedad del riesgo y/o desprotección que puedan conllevar un desamparo infantil de manera consensuada y estructurada, disminuyendo con ello la probabilidad de error en la toma de decisiones.
- Se parte de un lenguaje común consensuado y con criterios homogéneos en su utilización, lo que facilita como hemos comentado una toma de decisiones con menos probabilidad de errores y que facilita a su vez un trabajo coordinado y en red de los diversos agentes con competencia en la atención y protección de menores.
- Incorpora novedades y modificaciones en relación a la clasificación de los niveles de riesgo de maltrato infantil con elementos nuevos, tales como el concepto de vulnerabilidad, al igual que conceptualiza de manera diferente los conceptos de riesgo y desprotección, asimilándolo a lo que hasta ahora se había denominado riesgo moderado y/o grave.
- Se incorpora a la clasificación de las situaciones de maltrato habitual alguna más (físico, psicológico/emocional, negligencia, abandono, abuso sexual, incapacidad parental de control de conductas, otros) estableciendo en cada una de ellas niveles de gravedad (gravedad muy elevada, gravedad elevada, gravedad moderada, riesgo leve y no presente). Esta valoración de la gravedad se realiza comprobando la información que tenemos sobre cada menor que está en riesgo y la conducta de los padrecuidadores, identificando y analizando la información relevante de los últimos 6 meses y estableciendo el daño para cada menor en particular.

Se concreta el tipo general de desprotección que valoramos. En términos generales, la gravedad de la desprotección se determina por el tipo de comportamiento de los padres y

madres (o persona que ejerzan la tutela o guarda del niño, niña o adolescente), pero fundamentalmente por el impacto que dicho comportamiento tiene o puede tener sobre la salud, bienestar y desarrollo de la persona menor. En este sentido, un niño, niña o adolescente se encuentra en una situación de desprotección moderada, grave o desamparo cuando:

- Los menores tienen necesidades básicas sin satisfacer, que le han provocado o se valora que es probable que le provoquen un daño significativo en su salud y desarrollo, y esa situación es consecuencia directa de la incapacidad o imposibilidad de su padre, madre o personas que ejercen su tutela o guarda para cumplir los deberes de protección, o del inadecuado cumplimiento de dichos deberes.
- La incapacidad o imposibilidad de su padre, madre o personas que ejerzan la tutela o guarda para cumplir los deberes de protección es de tal gravedad o intensidad que les impide garantizar en el futuro inmediato la satisfacción de las necesidades básicas del niño, niña o adolescente.
- El daño que padece el niño, niña o adolescente en una o varias áreas de desarrollo físico, emocional, social y/o cognitivo, le sitúa fuera de lo esperable por su edad, o manifiesta un funcionamiento extremadamente limitado o perturbado. En concreto, si las dificultades en una o varias áreas de desarrollo persisten a lo largo de diferentes etapas evolutivas o el daño afecta simultáneamente al menos a dos áreas de desarrollo físico, emocional, social y/o cognitivo.

Con estos requisitos y teniendo en cuenta las valoraciones realizadas obtenemos una valoración global de nivel de gravedad de la situación de los menores de "desprotección grave".

➤ Teniendo en cuenta los requisitos anteriores se considera como desprotección grave si se constata la presencia de un indicador de gravedad muy elevada independientemente de la gravedad del resto de indicadores. Esto automáticamente implicará la derivación al Servicio de Protección de Menores. Con esta valoración de desprotección grave será el Servicio de Protección de Menores quién deberá indicar si la actuación a seguir implica intervención en el medio o desamparo. Sin embargo, la presencia de al menos un indicador de gravedad moderada,

sin que existan indicadores de gravedad elevada o muy elevada, supondrá una valoración global de riesgo moderado y, por tanto, conllevará seguir trabajando en el medio hasta conseguir los objetivos propuestos en el Plan de intervención.

- Se explorara la posible presencia de maltrato psicológico y negligencia en todos los casos.
- Se ha previsto que esta evaluación sea aplicada tanto por los Servicios Sociales de las Corporaciones Locales como por los Servicios de Protección de Menores de la Junta de Andalucía, de acuerdo con las competencias que estas administraciones tienen según la Ley 1/1998 de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al menor en sus artículos 18, 22 y 23, en relación a las situaciones de riesgo y desprotección.
- Este instrumento incorpora un glosario, una hoja resumen donde se especificará toda la información del caso, cuestionará a los menores en una tipología de maltrato en función de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo además se recogerá la valoración global del nivel de gravedad y la actuación a seguir en los casos de desprotección grave (ver Anexo D).

Hay que destacar que este instrumento puede aplicarse cuando sea necesario a lo largo del proceso de intervención, en sus diferentes fases y hasta su finalización y cierre del expediente. Así mismo, hay que señalar que es necesaria la formación de los profesionales que van a llevar a cabo estas valoraciones, bien sea desde los Servicios Sociales Comunitarios, del propio ETF o del Servicio de Protección de Menores. La siguiente tabla 4.3. recoge los aspectos anteriormente reseñados del Valoráme.

Tabla 4.4

Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia en Andalucía. (Junta de Andalucía, 2013.p. 25).

Situaciones de vulnerabilidad, riesgo, desprotección y desamparo.					
	Vulnerabilidad	Riesgo de desprotección	Desprotección moderada	Desprotección grave	Desamparo
Causas	Atención adecuada, pero hay dificultades personales, familiares o sociales que implican vulnerabilidad a la desprotección. La desprotección puede aparecer en el futuro.	Atención con déficit leve. Indicadores de riesgo leve.	Indicadores de gravedad moderada.	Indicadores de gravedad elevada o muy elevada. La situación puede ser contrarrestada en el entorno familiar.	Indicadores de gravedad elevada o muy elevada. Además existen factores que indican la necesidad de separar al menor de su núcleo familiar.
Instituciones o equipos competentes.	Red de Servicios Comunitarios.	Servicios Sociales Comunitarios.	Servicios Sociales Comunitarios. Equipos de tratamiento familiar.	Equipos de tratamiento familiar.	Servicios de Protección de Menores.
Continuo legal. Responsabilidad compartida.					
Correspondencia legal.	Situaciones de riesgo (art. 22 Ley 1/1998)				Desamparo (art. 23 Ley 1/1998)

4.1.5. Características del tratamiento desarrollado por los ETF.

Los ETF realizan el tratamiento de las familias en riesgo psicosocial moderado y/o grave entendido como una etapa de la intervención que se realiza con las mismas, teniendo como objetivo fundamental promover aquellos cambios necesarios para un buen ejercicio de la

parentalidad, con el fin de dotar a las figuras adultas (padre, madre, ambos y/o tutor/res) de las habilidades y competencias adecuadas para la satisfacción de las necesidades básicas de los menores a su cargo.

El tiempo de duración del proceso de tratamiento debe ser limitado en el tiempo, y por ello, la temporalización de las actuaciones de las tres fases que se incorporan en el tratamiento está estipulada en el Manual del Programa. Estas son:

- Fase Inicial o de Evaluación, en la que se lleva a cabo la valoración inicial del caso, partiendo de los informes recibidos por los servicios que han canalizado o derivado el mismo. Esta fase se estima que debe situarse en torno a un mes.
- Fase de Tratamiento, en la que se desarrollan los objetivos planteados para lograr los cambios previstos, una vez realizado el acuerdo con la familia. Esta fase está estipulada en ambos subprogramas para un periodo de un año, sin ser necesario agotar este periodo. Además, en el subprograma de riesgo se puede solicitar una ampliación de seis meses más como máximo. En los casos de reunificación familiar esta distribución se deberá ajustar a las características del caso y las necesidades de los menores, por ello no se especifica ni la temporalización del periodo anterior a la solicitud de la reunificación ni el periodo de seguimiento posterior a la misma. Las tareas fundamentales en esta fase incluyen la firma del compromiso con la familia; temporalizar y priorizar las actuaciones; desarrollar el propio tratamiento para conseguir los objetivos que se han planteado; promover los cambios y evaluar la evolución por si se requiere reformulación de algún objetivo; la incorporación de otros nuevos; así como la incorporación de estrategias y recursos necesarios para el propio tratamiento. Fase final o de Seguimiento en los casos de riesgo social, en la que una vez finaliza la fase de tratamiento se persigue una gradual separación de la familia del ETF y una constatación del mantenimiento de los cambios conseguidos. Para ello se prevee un período de seis meses como máximo.

Finalizado el proceso de tratamiento, el caso se puede cerrar por:

- Consecución de los objetivos previstos en el plazo estipulado.
- Por el cumplimiento del tiempo máximo estipulado por el Programa.
- Por falta de resultados de los objetivos previstos antes del plazo estipulado.

- O porque las circunstancias familiares hacen innecesaria la intervención.

4.2. DIMENSIONES OBJETO DE INTERVENCIÓN POR PARTE DE LOS ETF.

En esta segunda parte, como ya hemos expuesto en la introducción de este capítulo, vamos a profundizar en las dimensiones de las familias que son habitualmente objeto de la intervención por parte de los ETF.

La mayoría de los trabajos de investigación que se han realizado sobre las familias en riesgo en nuestro país se han centrado en el perfil sociodemográfico de las mismas, quizás por ser cuestiones como la situación económica, laboral, y/o educativa más evidentes y llamativas en una primera mirada hacia estas familias que otras dimensiones de corte más psicosociales. Es evidente que con el desarrollo de los Servicios Sociales en nuestro país y sobre todo para abordar el trabajo que se realiza desde los ETF, es necesario conocer en más profundidad el funcionamiento de estas familias incorporando investigaciones que nos aporten información sobre las distintas dimensiones del funcionamiento de estas familias que tienen que ver con realidades más allá de la precariedad social que puedan presentar los adultos de estas familias. Así, parece de especial relevancia explorar distintas dimensiones psicológicas que nos acerquen a la realidad personal de estos progenitores, especialmente las que más se relacionan con sus funciones como progenitores, ya que en la incapacidad o imposibilidad de satisfacer las necesidades básicas de sus hijos e hijas y cumplir sus deberes de protección para con ellos/as está la clave de la valoración de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo. En este sentido, profundizar en el conocimiento de aquellas dimensiones que están íntimamente relacionadas con el desempeño de las funciones parentales, sin duda, ayudará a mejorar las actuaciones de los profesionales que tienen la responsabilidad de intervenir en los contextos familiares de riesgo.

Con este objetivo, este trabajo se va a centrar en analizar cuatro dimensiones que son determinantes para la intervención que se realiza desde los ETF con las familias en situación de riesgo psicosocial y que guardan una estrecha relación con el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes que crecen en contextos de dificultad. Estas dimensiones son: estrés parental; malestar psicológico; estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar. Analizaremos cada una de ellas revisando los estudios más significativos que se han desarrollado tanto a nivel internacional como en nuestro país, con población normalizada y con población de riesgo. Esta

revisión en profundidad será fundamental para poder contrastar los resultados del estudio empírico que se presenta en esta Tesis Doctoral.

4.2.1. El Estrés Parental

El estrés es un concepto que actualmente es ampliamente utilizado con mayor o menor frecuencia, y todo el mundo parece hablar de estrés, tanto profesionales de distintos ámbitos como cualquier persona, debido fundamentalmente a que se refiere a un estado que la mayoría de las personas han experimentado en algún momento de la vida. Sin embargo, a pesar de ser un término ampliamente utilizado, aún no existe una definición aceptada sobre este fenómeno (Sandín, 1995). Se trata de un término que ya fue empleado siglos atrás para referirse a experiencias negativas, que posteriormente se asoció al campo de la ingeniería y de la física con las aportaciones de la Ley de Hooke en 1678 para describir el efecto de la fuerza en los objetos, y que finalmente fue incorporado a la medicina y a la psicología por su influencia en la salud de las personas (Fierro, 1997).

En 1995 Sandín escribía sobre esta dificultad de conceptualización y definición diciendo:

“...llama la atención que después de medio siglo de profunda investigación del término estrés, aun siga siendo necesario delimitar el significado de dicho término en revistas especializadas. Y es que posiblemente no exista otro término en psicología sobre el que haya más ambigüedad y abuso...” (p.4).

Por ello, es importante y conveniente conocer cómo ha ido evolucionando este concepto y cómo se han desarrollado numerosas definiciones en función del modelo conceptual que cada investigador adopta. En este sentido, las principales aportaciones han sido las teorías basadas en la respuesta, las basadas en los estímulos y por último las centradas en la interacción (ver Tabla 4.5). Estas tres perspectivas teóricas han ido incorporando aspectos importantes a tener en cuenta en la comprensión de este fenómeno y han ido reuniendo cada vez más investigaciones que nos van añadiendo evidencias de cómo delimitar el significado de este término. Por ello, vamos a ir analizando las aportaciones de cada uno de ellas para explorar cómo influye en las familias de riesgo psicosocial y, en concreto, cómo afecta el estrés parental al desarrollo de los menores que crecen en estos contextos familiares.

Tabla 4.5

Modelos, Teoría, Enfoques y Autores del estrés. Adaptada de Fernández-Baena (2007).

MODELO	TEORIA	ENFOQUES	AUTORES
Estrés como respuesta	El estrés como una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda agradable o desagradable que requiere adaptación. (Selye, 1976)	Estrés en términos de respuesta. Enfoques fisiológicos o bioquímicos. Cambios fisiológicos y psicológicos.	Selye (1976)
Estrés estímulo	El estrés como acontecimientos ambientales que objetivamente amenazan a la salud física y/o psicológica o al bienestar de los individuos de una particular edad y en una particular sociedad. (Grant, Compas, Thurm, McMahon y Halpert 2003)	Estrés como un fenómeno externo. Focalizados en los estímulos, fuera del individuo. Objetividad, medición cuantitativa de los estresores. Enfoques psicológicos y psicosociales o enfoques de los sucesos vitales.	Holmes Y Rahe (1967) Brown y Harris (1989) Dohrenwend y ShROUT (1985); Grant, Compas, Stuhlmacher, Thrum, McMahon y Halpert., 2003).
Estrés interacción Estímulo-respuesta. Modelo relacional	Factores psicológicos o subjetivos que median entre los factores estresantes y la respuesta fisiológica. El estrés es un proceso interaccional que implica una relación particular entre la persona y la situación que se produce cuando esta valora que las demandas exceden sus recursos y hacen que peligre su bienestar. (Lazarus y Folkman, 1984/1986)	Enfoque cognitivo. Las personas valoran la significación de lo que está ocurriendo. Evaluación subjetiva. Auto-informe	Lazarus y Folkman (1984; 1986)

4.2.1.1 Teorías basadas en la respuesta.

Hans Selye (1936) ha sido uno de los principales autores del concepto moderno de estrés y de su popularización. Este autor consideraba que el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias (estresores), ya sean estas agradables (por ejemplo, se ganó a la lotería) o desagradables (por ejemplo, una agresión), para poder mantener

estable su equilibrio interno y por tanto la adaptación fisiológica del sujeto ante esa situación. En esta teoría cobra fuerza el concepto de homeostasis de Cannon (1932) y los componentes internos que se producen en el organismo como respuesta fisiológica, lo que marcó múltiples investigaciones de orientación médica/biológica.

Cuando la respuesta hacia situaciones de estrés se mantiene en el tiempo y persiste, se puede producir lo que Selye señalaba como síndrome general de adaptación, que hace referencia al sobreesfuerzo del organismo para responder al estrés. Este enfoque se sustentaba en la observación y comprobación de que muchos pacientes a los que atendía, ya que Selye era médico, manifestaban síntomas sorprendentemente similares aunque tenían enfermedades muy distintas, atribuyendo que esto era debido al esfuerzo que realizaba el organismo ante la situación de estrés que le producía estar enfermo. El desarrollo de este síndrome tiene que pasar por tres etapas: reacción de alarma, etapa de resistencia y etapa de agotamiento, que es donde se produce la ruptura de la homeostasis y el organismo se debilita apareciendo trastornos fisiológicos y psicológicos que tienden a ser crónicos en esta fase y pueden incluso llevar a la muerte a la persona (figura 4.1)

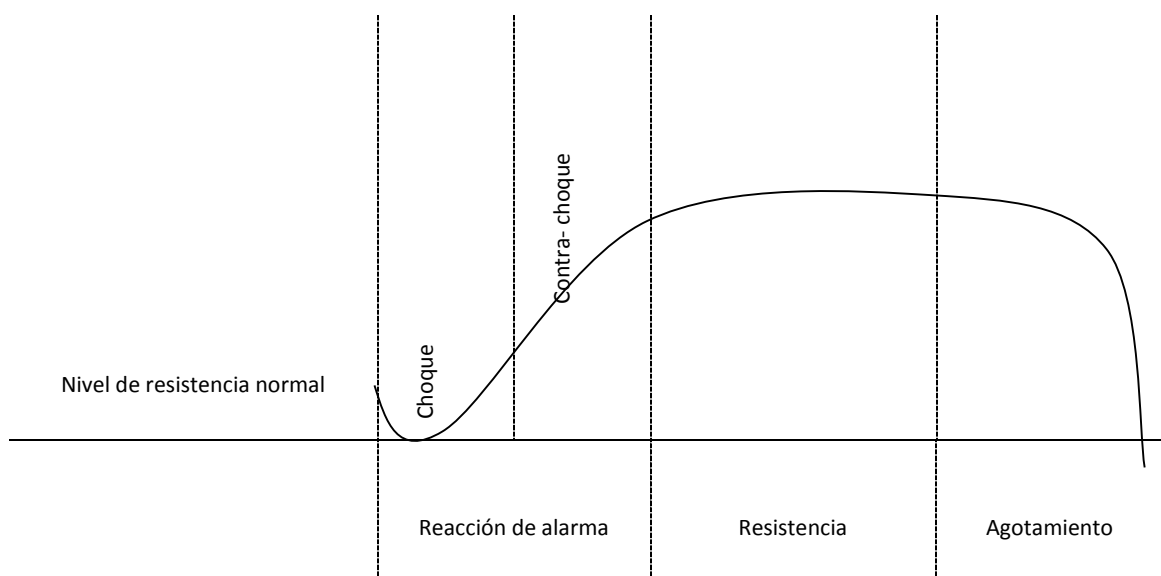


Figura 4.1. Síndrome General de Adaptación (Selye, 1956).

De acuerdo con Lyon (2012), las principales críticas a este modelo de estrés se basan en tres puntos fundamentales: (1) el concepto de inespecificidad de la respuesta, (2) la confusión

conceptual acerca del término estrés y (3) la ausencia de factores cognitivos, considerando a la persona como un sujeto pasivo.

Esta teoría tuvo varias objeciones, como vemos, aunque ha sido bien asimilada y ha dado lugar a otras aportaciones como las de Mason (1971), que sugiere que los estímulos psicológicos pueden ser provocadores más dañinos de estrés que los físicos.

4.2.1.2 Teorías basadas en el estímulo.

El enfoque basado en el estrés como estímulo (Brown y Harris, 1989; Dohrenwend y ShROUT, 1985; Grant, Compas, Stuhacher, Thurm, McMahon y Halpert, 2003; Holmes y Rahe, 1967) hace referencia a circunstancias ambientales cuantificables de forma objetiva y que pueden ser identificadas universalmente (desastres naturales, pérdidas de seres queridos) y/o condiciones muy adversas (la pobreza, por ejemplo). Este enfoque se centra en los agentes externos estresantes, fuera de la persona como una variable independiente, que producen alteraciones en el funcionamiento psicológico y somático de las personas. Desde estos planteamientos, el estrés es un fenómeno provocado por las características del entorno y concretamente de los propios estímulos que son los que generan cambios en el organismo cuando se traspasa un límite que se convierte en insoportable para la persona, lo que hace que aparezcan alteraciones fisiológicas y/o psicológicas. Este límite es de carácter individual y cambia de una persona a otra. Este hecho conlleva que una situación determinada puede ser muy estresante para una persona, pero no para otra, lo que generó estudios teóricos de delimitación de las situaciones que pueden ser consideradas de estrés o estresantes en general para cualquier persona. En 1970, Weitz (citado por Cox, 1978) trató de realizar clasificaciones de las diferentes situaciones que pueden ser consideradas estresantes, concluyendo con ocho categorías que son las siguientes:

- Procesar la información velozmente;
- Estímulos ambientales dañinos.
- Percepción de amenaza.
- Función fisiológica alterada en general como resultado de situaciones tales como por ejemplo, drogas, enfermedad, pérdida de sueño, etc.
- Aislamiento y confinamiento.

- Bloqueos y obstáculos graves.
- Presión grupal.
- Frustración.

Las teorías basadas en el estímulo se han incorporado a los enfoques psicológicos y psicosociales y han tenido una gran influencia en la psicopatología de las personas y las familias en general, y de las familias en riesgo en particular (Aybar-Zurita, 2007), conociéndose como enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales (Sandín, 2008). Sin embargo, también ha cobrado mucha relevancia el interés de los investigadores por conocer el enfoque social del estrés, y cómo las condiciones sociales tales como el apoyo social, aspectos socioeconómicos, el género etc. afectan también a la salud y la calidad de vida de las personas y sus familias (Cockerham, 2001). Por último, también cobra relevancia conocer el origen y la naturaleza de los estresores sociales, hablándose actualmente de tres formas principales de estresores sociales:

Sucesos vitales. Los sucesos vitales se han clasificado por parte de algunos autores como estrés reciente, *“entendidos éstos como cambios agudos que requieren reajuste drástico durante un corto periodo de tiempo y que requieren de pequeños reajustes diarios”* (Sandín, 2003, p. 141). Estos sucesos vitales no tienen por qué generar ninguna situación desadaptativas (Sandín, 2003). Sin embargo, si estos sucesos vitales que son relevantes en la vida de las personas son percibidos como lesivos por la persona para su integridad física o psíquica, pueden generar desadaptación social, dificultades en el desarrollo o distrés psicológico (Aybar-Zurita, 2007). Lo más relevante de los sucesos vitales es que son eventos sociales que provocan cambios en la persona y estos conllevan un reajuste en la conducta. El potencial estresante de un suceso vital está en función del cambio que conlleva (Dohrenwend, Raphael, Schwartz, Stueve y Skodol, 1993), de forma que según este modelo a mayor cambio mayor riesgo de enfermar, ya que la intensidad del estrés que produce el cambio puede superar el mecanismo adaptativo de la persona, mermando este hecho su salud.

Los sucesos vitales pueden ser de dos tipos, normativos en relación al desarrollo de las personas en su ciclo vital, esto es, acontecimientos que ocurren como parte del ciclo vital de la familia como (por ejemplo el reajuste que produce el nacimiento de un hijo, un divorcio, la pérdida de trabajo, entre otros), o no normativos, es decir, excepcionales o traumáticos, tales como un accidente, un terremoto, un atentado.

Fueron muy importantes las investigaciones de Tomás Holmes (1967), sobre los sucesos vitales. Este investigador estuvo muy influido por Meller (1931), que desarrolló la denominada historia vital. Esta historia estaba recogida en una ficha personal en la que se describían las situaciones vitales ordenadas cronológicamente. Meller (1931) pretendía con ello conocer el contexto psicosocial en el que aparecían las enfermedades. Esta influencia contribuyó a que Holmes (1967) realizara una importante aportación con el Inventario de Experiencias Recientes, que consistía en un listado de ítems sobre sucesos vitales que pretendía reflejar la carga social a que están sometidas las personas, que provocan cambios respecto a su funcionamiento habitual y que en último término afectan negativamente a su salud. Posteriormente y siguiendo su línea de investigación, Holmes realizó otra aportación importante en colaboración con Richard Rahe (1967); ambos elaboraron la Escala de Reajuste Social donde ya se introdujo la idea de los sucesos vitales múltiples y su influencia sobre la salud. Así, pues, según estos autores, el estrés experimentado por las personas obedece a múltiples sucesos vitales que podían aparecer objetivamente en la vida de las mismas en sus distintas etapas del ciclo vital y que generaran cambios vitales para ellas requiriendo de un reajuste sustancial en su conducta. Como señalábamos anteriormente, según este modelo, a mayor cambio mayor riesgo de enfermar produciendo reacciones psicofisiológicas perturbadoras.

A partir de estas investigaciones han aparecido adaptaciones de los instrumentos señalados anteriormente, ya que éstos cobran mucha relevancia para valorar si nuestro nivel de estrés está afectando en nuestra vida desde un punto de vista físico o psicológico (Sandín, Chorot y Santed, 2008).

La gran objeción a estos instrumentos tiene que ver con tres cuestiones. La primera hace referencia a que el cambio vital producido por los sucesos vitales que van teniendo las personas en su vida no tiene por qué ser dañino en sí mismo, aun teniendo en cuenta que requiere de algún reajuste para que no se convierta en una situación de estrés. Es decir, no es tanto el cambio vital por sí mismo, sino la cualidad del cambio lo que es potencialmente dañino para la persona y características como la imprevisión, la deseabilidad, el control del mismo, la predecibilidad (esperado o inesperado), la negatividad o la novedad (Aneshensel, 1992; Pearlin, 1989; Sandín 2003; Thoits, 1983). Visto de esta forma, los sucesos vitales comienzan a incluir la variable de estrés percibido o malestar psicológico (distrés), producido por el suceso o la característica del mismo. Esta cuestión lleva de la mano a la segunda gran objeción, que hace referencia a la ponderación de las personas hacia ese cambio vital. Este modelo no tiene en cuenta a los individuos distintos que se enfrenta a unos mismos sucesos vitales, ya que el

significado de un cambio debido a un suceso vital no reside en el propio suceso en sí mismo como hemos visto (una separación, la pérdida de un hijo, etc.), sino en la interacción de la capacidad de la persona para superar la situación. Por otra parte, todas las personas no afrontan de la misma manera una misma situación, depende de las habilidades, capacidades y recursos a la hora de afrontarlos. No tener en cuenta esta cuestión conlleva sesgos muy importantes. Por último y en relación a la tercera cuestión, hay que hacer referencia a la ambigüedad y delimitación de las situaciones que se pueden considerar estresantes, así como a su limitación (Weitz, 1970). A pesar de estas objeciones en términos generales, las aportaciones de Holmes y sus colaboradores desde este enfoque de los sucesos vitales han abierto otras posibilidades de investigación y han contribuido a incorporar aspectos sociales en el modelo tradicional de la salud. Así pues, esta contribución según Sandín (1999): “(1), permite estudiar epidemiológicamente grupos sociales y niveles de riesgo desde una nueva perspectiva, (2) posibilita establecer estrategias de afrontamiento y prevención selectiva, (3) supone una orientación social de la salud” (p.145).

En este sentido, se han realizado en los últimos años bastantes investigaciones del enfoque de los sucesos vitales no sólo en población normalizada, sino en poblaciones de riesgo, estableciendo algunas clasificaciones de sucesos vitales estresantes en familias en riesgo como la que recoge Aybar -Zurita (2007) y que se presenta en la Tabla 4.5.

Tabla 4.6

Clasificación de sucesos vitales estresantes (AVE). Factores estresantes y familia de riesgo. Héller (citado por Aybar Zurita, 2007).

Dependientes del ambiente físico	Desastres
Dependientes de la estructura social	Cambios en las condiciones económicas y laborales
Derivados de acontecimientos conflictivos	Originados en el ámbito de las relaciones interpersonales o familiares

Tabla 4.7

Clasificación de sucesos vitales estresantes (AVE). Fernández-Ballesteros (Citado por Aybar Zurita, 2007).

Tipos de eventos	Cotidianos
Físicos	Ruidos, hacinamiento, terremotos, sequías,
Socioculturales	desempleo, legislación inadecuada, dificultades
Educativos	escolares, gastos extras, dificultades en el trabajo,
Económicos	cambios en el trabajo, en la escuela, discusiones, riñas,
Laborales	embarazo no deseado, agresiones, enfermedades
Personales	graves, accidentes.
Interpersonales	

Así mismo, se han elaborado listados de sucesos/situaciones estresantes y escalas específicas para la evaluación de las familias en situación de riesgo por los técnicos de Servicios Sociales, como las de Hidalgo, Menéndez, Sánchez, López, Jimenez y Lorence, (2005) y las de Torres, et al. (1996). En el primer caso, se trata de una escala que recoge diversos sucesos estresantes tanto en el pasado como en los últimos tres años. En el segundo caso no se trata de una escala, sino de una recopilación de sucesos o situaciones estresantes durante el último año que se incorpora al expediente como conocimiento de la familia. Por su interés y amplitud ambos instrumentos pueden consultarse en el Anexo E.

Por otra parte, tal y como vimos en el capítulo 2 de este trabajo, en el Modelo persona x contexto x eventos vitales, esta dimensión cobra mucha relevancia, ya que la reestructuración y cambios de vida de los menores y las familias asociados a los sucesos vitales estresantes podrían potenciar a nivel positivo o negativo el impacto sobre los factores de riesgo y vulnerabilidad-resiliencia de los mismos. Por tanto, es una dimensión a tener en cuenta, sobre todo, cuando se den una gran cantidad de eventos o sucesos vitales negativos para afrontar, debido a que el nuevo equilibrio que requiera el cambio de adaptación a los mismos será mucho mayor, pudiendo resentirse o verse amenazado por ello el ajuste personal y social de los menores o sus familias.

Estresores crónicos. Este tipo de estresores denominados crónicos, hacen referencia a estresores sociales que conllevan amenazas o conflictos que son duraderos en el tiempo (Pearlin, 1989). En general, la mayoría de estos estresores crónicos están relacionados con los principales roles sociales que la persona tiene y representan a largo de su vida y que pueden generar desajustes. Estos desajustes pueden ser debidos por sobrecarga en el rol, por conflictos entre roles, por la propia evolución del rol, por cautividad del mismo (Pearlin, 1989). Ejemplos de esta circunstancia serían los desajustes que se pueden producir en las relaciones padres-hijos, dificultades de pareja, problemas en el trabajo, o en el cuidado a las personas mayores etc. En este apartado es donde podemos situar la dimensión de estrés parental, ya que éste hace referencia al rol de los padres y madres ante la crianza de sus hijos e hijas, pudiendo aparecer desajustes en este proceso.

Por otra parte, el estrés crónico conlleva demandas persistentes que requieren reajustes durante periodos de tiempo prolongado (Sandín, 2003), cuestión esta también que está en la base de rol parental, pues las funciones que conlleva el ejercicio del rol parental con sus hijos e hijas es un proceso que se prolonga durante un periodo de tiempo muy largo.

Existe gran cantidad de investigaciones que muestran los efectos negativos del estrés crónico sobre la salud, de tal manera que posiblemente sea la forma de estrés psicosocial más perniciosa (Boekaerts y Roder, 1999; Cokerham, 2001; Matud, García y Matud, 2002; Sandín, 1999; Trujillo, Oviedo-Joekes y Vargas, 2001).

Sucesos Menores. Los estresores diarios y/o cotidianos hacen referencia a demandas que requieren pequeños reajustes diarios debido a problemas prácticos fastidiosos (atascos de tráfico, llegar tarde a una cita, pérdida de las llaves de la casa, del coche etc.), sucesos fortuitos (inclemencias del tiempo) o contrariedades que se producen por la interrelaciones personales y sociales (discusiones). Cuando estas situaciones cobran importancia debido a una acumulación de experiencias negativas aparentemente de poca importancia en el curso de la vida diaria de una persona es cuando estos sucesos menores pueden ser denominados estresores diarios y/o cotidianos (Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus, 1981). Esta nueva línea de investigación de los estresores sociales ha sido bien acogida llevando incluso a que autores como Lazarus y Folkman (1984) hayan desarrollado un cuestionario de estrés diario o sucesos menores, ya que éstos pueden tener influencia y repercusiones importantes en la vida de las personas, pudiendo llegar a influir en determinados problemas y dificultades psicológicas (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman y Lazarus, 1982; Reich y Zautra, 1983). Algunos trabajos de investigación han destacado

que este tipo de estrés menor es un mejor predictor de los trastornos físicos y psicológicos que los sucesos vitales, debido a su frecuencia y a la mayor proximidad respecto a la vida del individuo (Depue y Monroe, 1986; Kanner, et al.1981), aunque esta afirmación ha sido cuestionada por otros autores, en la línea de especificar que ambos sucesos, los vitales y los diarios o cotidianos están en continua interacción, ya que los sucesos vitales pueden potenciar la ocurrencia de sucesos diarios (Sandín et al , 2008).

En suma, estos tres tipos de estresores sociales, los sucesos vitales estresantes, los estresores crónicos y los sucesos menores o estresores diarios y/o cotidianos están interrelacionados entre sí y se influyen mutuamente (Sandín, 2003), por ello conocerlos en profundidad permite obtener una idea más clara y exacta respecto a los mecanismos implicados en los efectos del estrés psicosocial en la alteración de la salud de las personas.

A esta clasificación se añaden otras características sociales relacionadas con el entorno de las personas y/o familias (ser pobres, vivir en zonas de riesgo), ciertas características individuales de los menores (enfermedades crónicas, incapacidad, etc.), y de los padres (enfermedad mental, adicciones etc.). Ni qué decir tiene la importancia que cobraría en un análisis de un caso el papel que juegan estos estresores y el contexto social que rodea a la persona y su familia.

Esta teoría basada en los estímulos ha sido criticada por dos cuestiones fundamentales. La primera por sostener la pasividad de la persona en este proceso, no teniendo en cuenta la valoración subjetiva que la persona puede hacer del acontecimiento al procesar la información y valorar las demandas de la situación y sus propios recursos para afrontarlas (Lazarus y Folkman 1984;1986). Y la segunda su excesiva centralidad en la acumulación de sucesos vitales para explicar el estrés (Sandín, 2003).

4.2.1.3 Teorías basadas en la Interacción.

Por último, el tercer enfoque en el estudio del estrés está basado en los estudios e investigaciones de Lazarus y Folkman, (1984;1986) que dan un paso más en su conceptualización, considerándolo como "*una clase particular de relación entre estímulo-respuesta, una relación percibida por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar*" (p.43).

Según esta concepción, el estrés marca la relación existente entre la persona como sujeto activo y el ambiente en una relación dinámica y bidireccional. Éste se produce cuando la persona percibe que las demandas del ambiente constituyen de un peligro para su bienestar, es decir, si las demandas exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas. Por tanto, el estrés se presenta cuando la interpretación que la persona hace de su entorno es de amenaza y sobrepasa sus recursos.

Los autores que defiende esta concepción (Lazarus y Folkman, 1984; 1986), establecen una relación entre el grado de subjetividad con que el individuo percibe las demandas del ambiente y la evaluación que realiza de las mismas. Así pues, dependiendo de cómo se evalúen estas demandas puede variar el efecto del suceso estresante. Cuando se percibe y se evalúa como dañina, negativa, incontrolable y/o indeseable, suelen perturbar la salud. De esta forma, la valoración cognitiva del sujeto constituye una variable intermedia, entre la persona y el ambiente, convirtiéndose en conceptos fundamentales de esta teoría la evaluación y el afrontamiento. En relación a la primera evaluación que realiza la persona (evaluación primaria), ésta pueda ser beneficiosa, lo que no desencadena el proceso de estrés, o por el contrario pueden aparecer situaciones estresante en tres modalidades que se pueden dar en cada situación que se valoran. Éstas son: la amenaza, en relación a un posible daño que se pudiera producir; el daño o la pérdida, en relación a algo que ya ha sucedido; y el desafío, que se refiere a la dificultad que pueda tener la situación y que implica a la vez entusiasmo y ganancia positiva o amenaza. En relación al afrontamiento, Lazarus y Folkman (1986) consideran que la valoración de los recursos que se poseen para afrontar las situaciones de estrés es también una evaluación, en este caso secundaria. En este sentido, las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los esfuerzos que la persona realiza a nivel intrapsíquico, y que están orientados hacia la acción para controlar las demandas internas y ambientales. Por último, estos autores hablan también de reevaluación, como la posibilidad que tiene la persona de hacer correcciones sobre valoraciones previas.

En este enfoque, los factores psicológicos cobran una máxima relevancia (especialmente los cognitivos), ya que en esta perspectiva interactiva se especifica que el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y el entorno. Así, este enfoque pone el énfasis en la interacción de la persona con su medio, y como decía Fierro (2002) *“no cualquier situación adversa o con propiedades afectivamente negativas es por sí estresante. Sólo lo es cuando las circunstancias empiezan a erosionar la capacidad de reacción y los recursos del sujeto”* (p. 210).

Hasta ahora hemos analizado las perspectivas teóricas del estrés, incorporando el análisis de los sucesos vitales, estresores crónicos y sucesos menores. Por otra parte, hemos subrayado que son las teorías basadas en la interacción las que presentando un modelo procesual del mismo (Lazarus y Folkman 1984; 1986) han sustentado los mayores avances sobre este tema. En esta línea, Sandín (1995) ofrece un modelo procesual del estrés que permite integrar los diferentes enfoques previos, incorporando todas las variables implicadas. Así, este enfoque recoge las demandas psicosociales, la importancia de la evaluación cognitiva, las respuestas de estrés, el afrontamiento, las características personales, así como la influencia del estrés sobre la salud y en los factores biológicos, psicológicos y psicosociales implicados (Sandín, 1995) (Ver Figura 4.2).

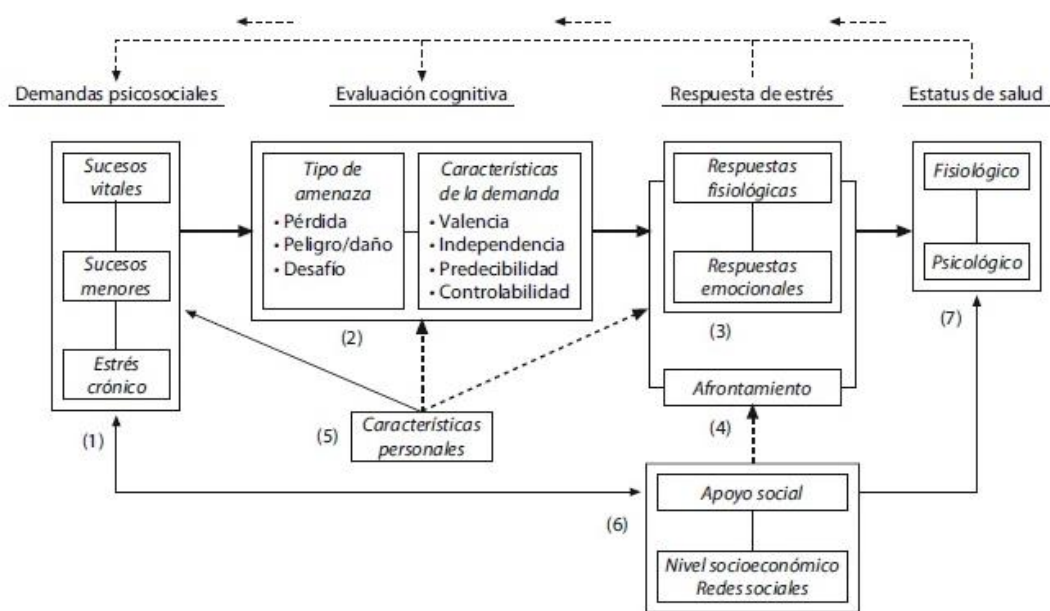


Figura 4.2. Modelo Procesual del estrés y principales relaciones en los 7 componentes básicos: (1) demandas psicosociales (“estrés psicosocial”), (2) evaluación cognitiva, (3) respuesta de estrés, (4) afrontamiento, (5) características personales, (6) características sociales (apoyo social y nivel socio económico), y (7) estatus de salud, (En línea discontinua se indica relaciones de feedback. Las líneas gruesas indican relaciones de mediación (líneas continuas), y modulación (líneas discontinuas) (Adaptado de Sandín, 1995).

Para completar la descripción anterior, en el siguiente apartado nos centraremos en el punto de vista psicológico y psicosocial del estrés, y cómo éste funciona específicamente en familias en situaciones de riesgo psicosocial.

4.2.1.4 El estrés en las familias de riesgo psicosocial: el estrés parental

Las familias en riesgo psicosocial como hemos ido analizando hasta ahora en capítulos anteriores son aquellas en las que los padres y/o tutores responsables del cuidado, educación y desarrollo de sus hijos/as ejercen de manera inadecuada y/o negligente sus funciones parentales, aunque no de manera tan grave como para tomar una medida de desamparo con los mismos (Rodrigo, et al. 2008).

Por ello, las figuras parentales son un elemento clave para nuestro análisis porque en ellos recae la máxima responsabilidad de un adecuado desarrollo de sus menores en función de las características de los mismos. Ser padres no es una tarea fácil ni sencilla para cualquier familia, ya que está sujeta a las continuas exigencias que conlleva el ejercer el rol de cuidador en cada una de las etapas evolutivas de los menores, con las diversas y heterogéneas características de los mismos, y ajustándose a la propia complejidad de los procesos de desarrollo (Crnic y Low, 2002).

El análisis de los factores asociados al rol parental ha permitido avanzar en el conocimiento de los mecanismos que influyen en las relaciones paterno-filiales como consecuencia del ejercicio de la parentalidad (Deater-Deckard, 1998; 2004). Este ejercicio se desarrolla en un periodo de tiempo muy prolongado y requiere de continuas respuestas a un conjunto de demandas permanentes y constantes provenientes del contexto interno y externo de los propios progenitores, de las propias características de los menores y de sus necesidades (las cuales se encuentran además asociadas a su etapa evolutiva). Los retos son muchos y complejos y para ello se requiere de un repertorio de competencias y de habilidades de distinto orden que están íntimamente ligados con la tarea de ser padres que ya analizamos en el capítulo II (Azar y Cote, 2002; Rodrigo, et al., 2009).

Todas estas cuestiones se tienen que poner en juego para responder a los requerimientos que se necesitan para un buen desarrollo del menor. Como se presenta en la tabla 4.8 (a partir de Barnard y Sochany, 2002), las responsabilidades de los padres y madres en relación al cuidado de sus hijos e hijas son diversas y complejas).

Tabla 4.8

Responsabilidades de la maternidad en relación al hijo o hija en la etapa infantil. Barnard y Sochany, (citado en Pérez 2014).

Etapa	Responsabilidades
Primera infancia (3-5)	Establecer normas y rutinas
	Promover expresiones emocionales
	Ofrecer oportunidades de independencia
	Facilitar el desarrollo de modelos mentales
Infancia media (6-8)	Promover el autocontrol
	Promover la disciplina
	Favorecer la independencia
	Apoyar el desarrollo emocional
	Establecer límites en las expresiones emocionales inapropiadas
Infancia tardía (9-12)	Favorecer el conocimiento de valores y creencias ajenas
	Apoyar la independencia del cuidador
	Favorecer la construcción del autoconcepto y el crecimiento emocional
	Proveer de disciplina y límites

Ante todas estas tareas, según Abidin (1992), es necesario una cierta activación del estrés parental como factor motivador que permite afrontar exitosamente las demandas que se le plantean a los progenitores, pero si este estrés es extremo porque los progenitores se sienten desbordados por sus responsabilidades parentales, se pueden desarrollar creencias y sentimientos negativos sobre sí mismos como padres o sobre sus hijos e hijas que afectarán al funcionamiento familiar y a los propios menores (Deater-Deckard, 2004).

El estrés parental constituye, por tanto, una de las dimensiones que indiscutiblemente influyen en los distintos contextos de desarrollo de los menores en población normalizada, pero especialmente en las familias en situación de riesgo psicosocial, considerándose como un factor a tener en cuenta en las situaciones de negligencia hacia la infancia y en la propia etiología de situaciones de maltrato (Holden y Banez, 1996; Whipple y Webster-Stratton, 1991). Esto es debido a que los padres y/o tutores de los menores que viven en contextos de riesgo psicosocial tienden a sentirse desbordados por las exigencias derivadas del rol parental que pueden revertir en conductas disfuncionales con sus hijos e hijas, según la literatura científica que hasta ahora hay acumulada con respecto a esta temática (Bloomfield y Kendall, 2012; Garrido y Grimaldi,

2009; Menéndez, et al. 2010; Rodríguez, et al 2006; Vallotton, Harewood, Ayoub, Pan, Mastergeorge, y Brophy-Herb, 2012).

Por otra parte, la exposición continua a eventos estresantes a la que los adultos puedan estar sometidos sobre todo en familias en riesgo psicosocial es directamente proporcional a la mayor probabilidad de que estos no puedan atender adecuadamente las necesidades de sus hijos/as (Palacios y Rodrigo, 1998). En general, los progenitores que viven en contextos de riesgo psicosocial tienden a sentirse desbordados por los requerimientos y necesidades de sus hijos e hijas. De esta forma, las familias en riesgo psicosocial suelen experimentar una exposición continua de menor o mayor gravedad de situaciones y eventos estresantes que pueden provenir de cualquiera de los subsistemas en los que en este caso los padres o tutores de los menores están inmersos (separaciones matrimoniales, ausencia de trabajo, escasez de recursos económicos, conflictos con su familia de origen, ausencia de apoyo social, etc.), afectando a la conducta parental, de forma que no siempre estos progenitores responden de manera adaptativa, y siendo el estrés parental más intenso cuando los progenitores se enfrentan a graves adversidades (Anderson, 2008). Así mismo, experimentar una cantidad significativa de sucesos menores puede influir en las actitudes afectivas de los padres así como en la aparición de sintomatología depresiva (Waller, Gardner, Dishion, Shaw, y Wilson, 2012). Por ello, las familias en riesgo son familias expuestas a experimentar múltiples circunstancias adversas tanto personales como del entorno donde se desenvuelven, ya que estas se encuentran inmersas en contextos de necesidad, dificultad y/o conflicto, donde la aparición de factores de riesgo son continuos (tanto normativos como no normativos), y con una gravedad suficiente en muchos casos como para acarrear un fuerte impacto emocional tanto en los menores como en sus familias. En este sentido, un estudio realizado con 109 madres de familias con expediente de riesgo en los Servicios Sociales Comunitarios (Pérez, Menéndez, Hidalgo, 2014), mostró que más de la mitad de las madres superaban los niveles clínicos de estrés parental alto. Estos datos coincidían con otras investigaciones internacionales (Abidín, 1995; Anderson, 2008).

Actualmente, no cabe ninguna duda de la importancia del estudio del estrés desde un marco psicosocial y desde el enfoque de los sucesos vitales por los cuales las personas atraviesan a lo largo de su vida en sus diferentes contextos de desarrollo, y cómo estos son afrontados. Desde nuestro punto de vista, para analizar esta dimensión en toda su amplitud, el mejor marco es el modelo de Abidín (1995), que nos permite aproximarnos a su estudio desde el enfoque del estrés parental como una dimensión clave en la influencia del desarrollo de los menores. Así, incorporando las aportaciones de las teorías basadas en la interacción de Lazarus y Folkman

(1984;1986), y las últimas aportaciones a la teoría transaccional del estrés de Sandín(2008), esta autora hace una clasificación que se corresponde con grandes grupos de factores relacionados con el riesgo y/o el maltrato desde un enfoque ecológico-sistémico de las relaciones familiares. Al describir cada uno de estos grupos de factores, incorporaremos algunas otras aportaciones de diversos autores e incluso de otros modelos teóricos e investigaciones, que nos arrojan datos de interés a tener en cuenta en las situaciones de riesgo y/o maltrato y sus consecuencias para los menores. En concreto, según Abidin (1995), los factores que pueden originar el estrés parental serían:

1) Los factores relacionados con las características del menor (tales como edad, sexo y conducta).

2) Los factores relacionados con las características de los padres o tutores cuidadores (edad, satisfacción marital, estilos de afrontamiento, estilos educativos, sentimiento de competencia parental).

3) Los factores familiares (relaciones padres-hijos) o sociales, denominados también contextuales (tales como estatus socioeconómicos, monoparentalidad o falta de apoyosocial).

A estos tres factores se les incorpora además los eventos vitales que se consideren estresantes, entendiendo por éstos, como hemos visto anteriormente, las demandas del ambiente externo que requieren algún ajuste por parte de la persona y a los cuales hay que responder. Todas estas combinaciones hacen que se pueda generar estrés en el sistema parental influyendo en la relación padre-niño/a o adolescente y, por tanto, en su desarrollo. Analizaremos a continuación cada uno de estos tres factores y la importancia de los estresores sociales y del contexto en relación al estrés parental.

En relación a los factores relacionados con las características del menor, las investigaciones indican que algunas características de los menores pueden suponer un elemento de sobreesfuerzo en la tarea de crianza y educativa de los mismos, generando en ocasiones estas circunstancias un incremento en el estrés de los padres para ejercer el rol parental adecuadamente. Estas circunstancias se hacen más evidentes cuando los padres viven en contextos de riesgo psicosocial donde en la mayoría de los casos estos se sienten desbordados por las necesidades que tienen que cubrir con los menores en relación a su rol parental (Gwynne,

Blick y Duffy, 2009; Vallotton et al., 2012). En este sentido, numerosas investigaciones muestran que el impacto negativo del estrés parental es más profundo en las siguientes circunstancias:

➤ En niños pequeños (Gestein, Crnic, Blanche, y Baker, 2009; McLoyd y Nelson, 1998) o en chicos y chicas adolescentes, debido en el primer caso a la necesaria intensidad que se requiere en esos años de crianza, por estar en una etapa evolutiva de muchos cambios en el segundo; en cualquier caso, generando el estrés parental un nivel de tensión dentro del entorno familiar (Cabrera, González y Guevara 2012; Lorence, 2013).

➤ En niños y niñas y adolescentes que tienen un temperamento “difícil” o actitudes desafiantes (humor, habilidades de adaptación al cambio, nivel de hiperactividad, etc.) (Abidin, 1990; Anderson, 2008; Coplan, Bonker y Cooper, 2003; García y Musitu, 1993; Spratt, Saylor, y Macias, 2007).

➤ En niños y niñas que nacieron prematuramente y con bajo peso. Las situaciones de gran prematuridad provocan un impacto emocional intenso en los padres que sufren gran desbordamiento emocional, incrementándose así el estrés en su tarea de crianza (Grandi, 2013; Gutiérrez 2015). Esta circunstancia se ve incrementada cuando se trata de niños varones, y/o que poseen una capacidad cognitiva limitada (Barry, Dunlap, Cotten, Lochman y Karen, 2005).

➤ Por ciertas particularidades del menor en cuanto a su estado físico, enfermedades frecuentes y severas, problemas de sueños y alimentación (García y Musitu, 1993; Wirrel, Wood, Hamiwka y Sherman, 2008).

➤ La percepción del comportamiento de los menores es otro factor adicional que incrementa el estrés de los padres (Anderson, 2008; Webster-Stratton, 1990). Este factor, analizado por Karlen (2004), nos indica que el comportamiento se comporta bidireccionalmente. Es decir, si se reducen los problemas conductuales de los menores se percibiría su comportamiento mejor por parte de los padres y esto reduciría su estrés parental; o viceversa, si aumentan los problemas conductuales de los menores se percibirá por parte de los progenitores con un aumento del estrés parental.

En suma, los estudios existentes en relación con los factores relacionados con las características del menor muestran que determinadas características relacionadas con su estado físico (Wirrel, Wood, Hamiwka y Sherman, 2008), con sus comportamientos (Anderson, 2008),

así como la interacción de estos dos factores (Spratt et al, 2007), predicen de manera clara tanto la presencia o la ausencia del estrés parental como su intensidad (Pérez, et al, 2010).

En relación a los factores relacionados con las características de los padres, hay evidencias de que ciertos rasgos en la personalidad de los padres influyen en los menores, entre otros, las toxicomanías, los problemas psicopatológicos, las habilidades de manejo con los menores, las conductas antisociales (Arruabarrena et al. 1993; Belsky y Vondra, 1989; Garrido y Grimaldi, 2009; Trigo, 1998), así como historia de malos tratos en la infancia, la agresividad, la baja tolerancia a la frustración, la inmadurez emocional, la baja autoestima, unas pobres habilidades interpersonales, la falta de capacidad empática, la baja tolerancia al estrés, los desórdenes psicológicos, y unas expectativas inapropiadas en relación a la edad de los hijos (García y Musitu, 1993). En esta línea, Burt, Krueger, McGue y Lacono (2003) demuestran que uno de los predictores más potentes de depresión y trastornos en los niños y los adolescentes es tener un progenitor deprimido.

Por otra parte, tenemos que añadir que una baja satisfacción parental y una baja satisfacción con la vida están asociados al estrés de los padres incluso pudiendo llegar a situaciones de depresión (Crnic, y Low, 2002; Whiteside-Mansell, Ayoub, Mckelvey, Faldowski, Hart y Shears, 2007). Así mismo, también hay evidencias de que altos niveles de estrés parental conllevan una baja percepción de las propias competencias parentales para responder a los desafíos educativos de los hijos e hijas (GondoliySilvenberg, 1997; Farkas y Valdés, 2010; Porter y Hsu, 2003). Sin embargo, en el estudio realizado por Ayala-Nunes, Lemos, y Nunes (2014) sobre los predictores del estrés parental en madres de familias en riesgo psicosocial, se encontró que el estrés parental está más asociado a la satisfacción del rol que con la eficacia percibida en el desempeño del mismo, cuestión esta muy importante para tener en cuenta en los programas de intervención que se realicen con progenitores en situación de riesgo.

Por otra parte, se ha encontrado que un alto nivel de estrés en los padres está asociado a un uso bastante más frecuente de prácticas educativas de carácter punitivo y coercitivo (Dopke, Lundahl, Dunssterville y Lovejoy, 2003; Holden y Banez, 1996; MartorellyBugental, 2006; Whiteside-Mansell et al. 2007). En este sentido, los estilos educativos que están relacionados con el estrés parental implican una potencial aparición de situaciones de riesgo y/o maltrato infantil en la familia. En este sentido, un estudio realizado por Lorence (2008) con progenitores y adolescentes usuarios de los Servicios Sociales Comunitarios de Sevilla, confirmó estos datos y mostró que los adolescentes de estas familias percibían estrategias disciplinarias

coercitivas sobre todo en las madres cuando transgredían normas. Además, en este estudio se encontró que los progenitores de familias en riesgo se caracterizaban por estilos disciplinarios autoritarios con una baja presencia de actuaciones parentales prototípicas del estilo indulgente, así como una concentración de padres y madres negligentes, indiferentes hacia los comportamientos tanto adecuados como inadecuados de sus adolescentes.

Así mismo, hay evidencias de que un nivel alto de estrés de los padres se relaciona con el desarrollo de su propio rol como padres y contribuye a que se mantengan unas relaciones con menos afecto y con menos niveles de comunicación con sus hijos e hijas (Bonds, Gondoli, Sturge-Apple y Salem (2002). En la misma línea, investigaciones sobre el vínculo del apego muestran que los menores cuyos padres tienen un alto nivel de estrés manifiestan en mayor porcentaje un apego inseguro (Barudy y Dantagnan, 2009; Jarvis y Creasey, 1991; Willinger, Diendorfer-Radner, Willanuer, Jorgl, y Hager, 2005).

En suma, son muchas las investigaciones recientes que muestran que los progenitores de las familias en riesgo psicosocial experimentan un estrés clínico (Marcynyszyn, Maher y Corwin, 2001; Lanier, Khol, Benz, Swinger y Drake, 2014; Pérez y Menéndez, 2014), suponiendo esto una tensión para el ejercicio del rol parental. Asimismo se observa que mientras más estrés asociado al ejercicio de la parentalidad exista, menor cohesión familiar suele darse, al tiempo que aumentan los conflictos entre los miembros de la familia, produciéndose una mayor disfuncionalidad en el subsistema materno filial, así como una mayor inestabilidad (Anderson, 2008; Sidor, Fischer, Erikhorst y Cierpka, 2013).

Por último, **en relación con los factores familiares y sociales**, se han realizado investigaciones que constatan que unas malas relaciones maritales, o relaciones de pareja en un hogar con constantes tensiones e inestable, constituyen factores de estrés para los adultos y esto puede posteriormente influir en el comportamiento de los menores. Así, en una investigación realizada con 256 parejas con hijos adolescentes se observó que el estrés parental, el trato rudo y el seguimiento se asociaban significativamente con la conducta agresiva de los menores, aunque el estrés fue el factor con mayor peso en relación a este comportamiento agresivo (Cabrera, et al., 2012).

Las Investigaciones más recientes en relación con los factores familiares ponen de manifiesto cómo el funcionamiento familiar está mediatizado por cómo interpretan los progenitores las situaciones educativas de sus hijos e hijas, aspectos que han sido muy bien

abordados desde el **modelo de funcionamiento parental ante el estrés**(Rodrigo et al., 2008), que describimos a continuación.

Partiendo de las aportaciones realizadas anteriormente por Azar y Weinzierl (2005), los autores de este modelo plantean que las familias en riesgo psicosocial suelen presentar un pensamiento automático con poco control y flexibilidad en relación a las situaciones educativas de sus hijos e hijas, lo que les lleva a no incorporar matizaciones ante las situaciones que se les presentan, manejando casi constantemente los mismos esquemas porque no hay una valoración más reflexiva y consciente. Esta manera de responder a las situaciones educativas que se les presentan no añade otros elementos que no sean las ideas implícitas de los progenitores, sin tener en cuenta las propias características del niño, niña o adolescente, sus necesidades emocionales y cognitivas en función de su etapa evolutiva y por tanto la adecuación de su respuesta, o como deben ejercer su propio papel de padres. Esta manera de procesar la información, excesivamente egocéntrica y rígida, implicando incluso una forma impulsiva de respuesta, hace que no puedan mirar con perspectiva las situaciones educativas, incorporando los aspectos anteriormente señalados u otros puntos de vista y maneras de ver esa realidad.

Recogiendo estas apreciaciones, estos autores especifican tres cuestiones a tener en cuenta para facilitar la comprensión de los progenitores que están sometidos a altos niveles de estrés, profundizando en la relación existente entre los esquemas cognitivos que tienen los padres y las situaciones educativas que se les presentan.

- La tendencia debido al estrés de valorar las situaciones de modo simple y automático que implica a su vez impulsividad en la respuesta, excesivo uso de conductas coercitivas y utilización de la misma estrategia o de muy pocas en función de las diversas situaciones educativas que se les presentan.
- La inflexibilidad de los padres y la poca adaptabilidad a los puntos de vista y a las propias necesidades de sus hijos e hijas.
- La poca utilización de elementos de auto-corrección, ya que no suelen hacer un análisis de las consecuencias de sus respuestas en relación a cómo han influido éstas en la conducta de sus hijos e hijas ante estas situaciones educativas que se les presenta y, por tanto, la posibilidad de errar y persistir en el error.

Esta manera de comportarse de los progenitores conduce a no permitir a los/as niños/as y adolescentes incorporarnormas y hábitos educativos sólidos y estables, que van a ser claves en su desarrollo.

Por otra parte, la literatura hace referencia a otro factor importante a tener en cuenta cuando analizamos el estrés en la familia, como es la cohesión familiar, que funciona como una dimensión mediadora. A más cohesión familiar, mayor efecto amortiguador se produce en relación a ambientes que son estresantes y violentos para la familia (Hardy, Power y Jaedicke, 1993; Vandsburger, Harrigan y Biggerstaff, 2008). La cohesión familiar disfuncional, sin embargo, está más relacionada con altos niveles de estrés parental y se convierte en un factor de riesgo del maltrato físico y de la negligencia (Stith, Liu, Davies, Boykin, Alder, Harris, Som, McPherson y Dees 2009). Por tanto, esta dimensión se convierte en un factor de protección para los menores; las familias que se sienten unidas por lazos emocionales fuertes permitiéndoles a sus miembros su desarrollo son familias que soportan mejor las adversidades.

La monoparentalidad en investigaciones realizadas en Servicios Sociales Comunitarios (Pérez et al., 2014) no se asocia a mayores niveles de estrés parental que el experimentado por las familias biparentales en situación de riesgo, debido a que ambos tipos de familia comparten una realidad en relación a que se considera que las situaciones que atraviesan son de carácter semejante. Lo que ocurre es que en Servicios Sociales se da un alto porcentaje de monoparentalidad, oscilando entre el 30-40% de las familias en riesgo psicosocial, y fundamentalmente sostenido por mujeres. Este dato también se pone de manifiesto en estudios sobre las familias usuarias de los Servicios Sociales con diversos niveles de riesgo (Cantó y Mercader, 2000; Arruabarrena y De Paúl, 2002; Martín, Máiquez, Rodrigo, Correa y Rodrigo. 2004; Menéndez et al., 2010; Rodrigo et al., 2006). Esta circunstancia lo que hace es agravar aún más la vulnerabilidad de este tipo de familia, ya que un solo progenitor, generalmente progenitora, se tiene que hacer cargo y asumir las responsabilidades en solitario de las funciones parentales, el cuidado de sus hijos e hijas y el mantenimiento de la familia, lo que supone una sobrecarga añadida. Vélez, Johnson, Cohen (1989) plantean que la estructura familiar y el tipo de convivencia (familias reconstituidas, familias monoparentales, etc.) están asociados a trastornos de la conducta en los menores.

Por otra parte, cuando se ha evaluado el estrés que experimentan las mujeres de familias en situación de riesgo a la hora de ejercer las tareas asociadas a su rol de madre siguiendo los postulados de Abidín (1992;1995), en una investigación realizada por Pérez y

Menéndez (2014), los resultados encontrados muestran que la percepción de dificultad en la crianza de las madres de sus hijos e hijas estaba asociada a una peor percepción como madres, a una mayor presencia de emociones negativas con respecto al rol parental y a un locus de control básicamente externo. Es decir, que estas madres especialmente estresadas no perciben que sus acciones tengan relación con su propio desempeño y control, sino que es debido a la acción de otras personas, del azar, de la suerte o del destino.

En relación con el maltrato infantil y los factores asociados al estrés en la interacción paterno-filial, aparecen aspectos como la agresividad física y verbal, las técnicas de coercitivas y negligentes, los ciclos ascendentes de conflicto y agresión, la evitación de la interacción, los refuerzos inapropiados o inexistentes y los problemas de comunicación (Cicchetti y Rizley, 1981; Musitu y García, 2004). Por otro lado, y respecto a las relaciones conyugales, podemos hacer referencia a un estrés permanente en los conflictos conyugales y situaciones de violencia y agresión, desplazándose ésta hacia los hijos, (Cicchetti y Rizley, 1981; Musitu y García, 2004). Esta relación con el estrés está más acentuada en ciertos tipos de familias, especialmente las formadas por un solo progenitor y con hijos no deseados (García y Musitu, 1993). Así mismo, diversos autores que han analizado estas relaciones paterno-filiales donde predominan la agresión y el rechazo, la falta de afecto y apoyo, han constatado que esta experiencia puede conllevar un amplio espectro de alteraciones psicopatológicas en sus hijos e hijas entre las que se incluyen la depresión mayor (Stein, Walker, Anderson, Ross, Eldridge y Forde, 1996), el aislamiento y una pobre relación con los compañeros (Kopp y McIntosh, 1997), una mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en la vida adulta (Green, 1997). Así como hostilidad y delincuencia (Repetti, et al., (2002).

Es interesante por último destacar las investigaciones actuales en relación con la adaptación de la familia al estrés, ya que como hemos visto en el capítulo 2 se han incorporado otras perspectivas relacionadas más con las fortalezas que con el déficit (Walsh, 2004), que permiten comprender cómo algunas familias pueden alcanzar un nivel de adaptación a la adversidad beneficiosa para su funcionamiento (Boss, 2006). Esta es una línea muy interesante para continuar investigando ya que va en consonancia con la perspectiva de la preservación familiar.

En relación con los factores sociales o contextuales, el modelo de estrés parental de Conger (1995), así como el modelo de estrés familiar de Conger, Rueter y Conger, (2000), constituyen modelos muy relevantes en el estudio del estrés parental. Estos autores con su

investigación longitudinal sobre familias que habían estado sometidas a una precariedad económica debido a los efectos de la crisis agraria, completan los famosos estudios longitudinales de Elder (1996) sobre trayectorias familiares durante la gran depresión americana en los años 30. Ambos estudios analizaron cómo influían en el funcionamiento familiar las circunstancias socioeconómicas, llegando a la conclusión de que si estas eran muy deficitarias provocaban desajustes en los progenitores tanto a nivel emocional como a nivel de conducta, lo que se relacionaba directamente con unas mayores tasas de conflictos maritales y dificultades en el ejercicio del rol parental. En concreto, el estudio de Conger et al. (2000) muestra que una acumulación de estrés parental puede conllevar a una mayor sintomatología depresiva en los progenitores y a unas prácticas disruptivas, sobre todo cuando la presión económica es muy elevada, conllevando esta situación también un aumento del estrés que se asocia directamente con comportamientos disciplinarios coercitivos de los progenitores hacia los menores.

Este modelo, que se muestra en la Figura 4.3, se centra, por tanto, en la importancia que ejercen los factores socioeconómicos como variables mediadoras del estrés parental y familiar, que pueden provocar que se desarrollen prácticas de socialización parental poco adecuadas para el desarrollo de los hijos e hijas. De tal manera que contextos complicados, adversos, deficitarios e inestables con circunstancias económicas difíciles y de precariedad generarían un gran estrés parental y familiar que puede conllevar situaciones de riesgo de mayor o menor los menores. Otros autores como McLoyd (1998), corroboran estas aportaciones especificando que algunos niños y niñas que viven en la pobreza, en comunidades violentas, o que son intimidados en la escuela, también están sujetos a más estrés externo que otros niños. En la misma línea, la revisión que llevó a cabo Guillamón (2003) pone de manifiesto de manera contundente la asociación entre determinados indicadores socioeconómicos y consecuencias negativas en el desarrollo de niños, niñas y adolescentes.

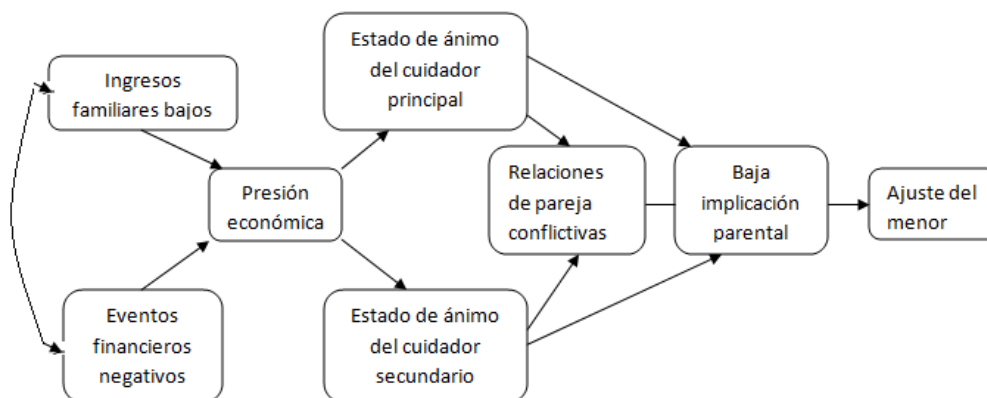


Figura 4.3. Modelo de estrés familiar (Conger et al., 2000).

Este modelo ha sido posteriormente muy avalado por innumerables investigaciones que han analizado las características socio-demográficas de las familias en riesgo psicosocial usuarias de los Servicios Sociales Comunitarios y que están asociadas con los malos tratos en la infancia. En estas familias se da un perfil de precariedad económica, unido a un nivel educativo básico, con una escasez de oportunidades educativas, sobre todo en las madres que encabezan a estas familias. Con un número alto de hijos, prolongadas situaciones de desempleo, una alta inestabilidad y una red de apoyo social insuficiente que puede llegar al aislamiento, se entiende perfectamente que la situación de estrés parental que experimentan estos progenitores pueda llegar a ser especialmente preocupantes, sobre todo en el caso de las madres, que son las que se hacen cargo del hogar generalmente (De Paúl y Arruabarrena, 2001, Garrido y Grimaldi, 2009; García y Musitus, 1993, Menéndez, et al., 2010).

En esta línea, investigaciones recientes sobre la monoparentalidad, sobre todo en hogares encabezados por madres, muestran que la acumulación de circunstancias estresantes vividas por estas madres solas se relaciona negativamente con su propia autoestima (Lorence, 2013), así como que la pobreza y el contexto de precariedad se multiplica en estas familias, ya no denominadas monoparentales, sino monomarentales, constatando que la configuración familiar de madres solas con hijos/hijas a cargo es la más común dentro de las familias en situación de riesgo psicosocial (Save the Children, 2015).

En consonancia con estas aportaciones de la influencia de factores contextuales en el estrés y cómo éste influye en los menores, Pinderhughes, Dodge, y Zelli (2000) también aportaron un modelo que pone de manifiesto cómo influye el estatus socioeconómico, el nivel

educativo y la dedicación laboral de manera directa e indirecta en los comportamientos parentales (ver Figura 4.5).

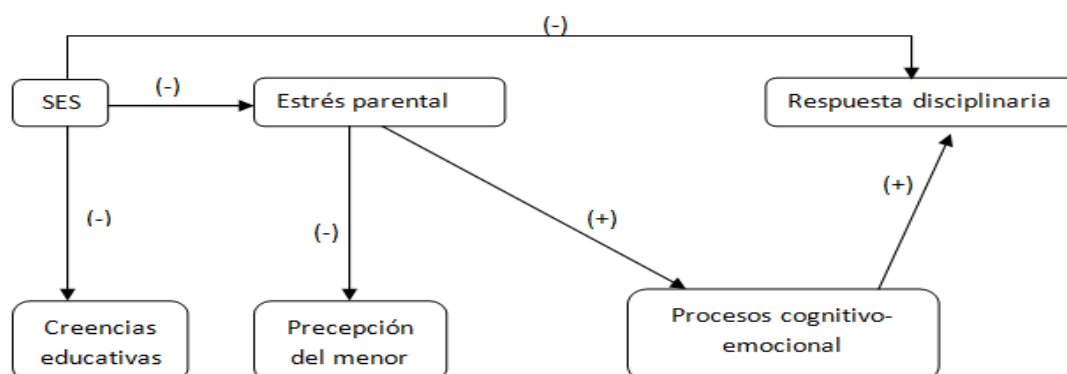


Figura 4.4. Modelo de Pinderhughes, et al. (2000)

Si analizamos el esquema de este modelo vemos cómo la situación socioeconómica está incidiendo de manera negativa en las creencias educativas de los progenitores incrementando además el estrés parental. Si ese estrés es muy alto conlleva una visión o percepción del menor también muy negativa que va a interferir en el funcionamiento de los procesos cognitivos y emocionales de los progenitores, de tal manera que se incrementará la intensidad de las repuestas de hostilidad, irritabilidad y coerción hacia los menores, pudiendo incluso utilizar el maltrato físico para controlar la conducta de los menores. Estas muestras de malestar experimentado por los progenitores interfirieron e impiden otro tipo de respuestas y estrategias alternativas. Todas estas circunstancias pueden conllevar probablemente a situaciones de riesgo y maltrato hacia los menores. En este sentido, juegan un papel muy importante los factores culturales que están asociados al maltrato en relación a la construcción social del concepto de paternidad, a los valores y actitudes hacia la infancia, a la aprobación social del uso de la violencia, además de la aceptación del castigo físico o psíquico hacia los menores, todos ellos, aspectos que pueden influir en la relación que se establece entre los padres/madres y sus hijos e hijas. En esta línea, Ruiz de Miguel (2001) realizó una revisión sobre la influencia de la adversidad, específicamente sobre los efectos que las desventajas económicas y sociales tienen sobre el desarrollo cognitivo, socioemocional y escolar de los menores. Este autor destaca que la atmósfera educativo-cultural de la familia repercute especialmente en la valoración del logro escolar y, por ende, en el rendimiento académico de los menores.

Al hilo de todas estas argumentaciones y aportaciones podemos resumir diciendo que la desventaja socioeconómica puede llevar a:

- Efectos negativos en el bienestar psicológico de los progenitores, que a su vez inciden en el ejercicio de su rol parental de manera desfavorable para sus hijas e hijos, pudiendo generar dificultades en su desarrollo.
- Que los progenitores de familias en situación de desventaja socioeconómica inviertan menos tiempo en el ejercicio de su rol como padres, lo cual perjudica en el bienestar psicológico de sus menores.

Abidín (1992) recogíamuy bien en su modelo todos estos elementos que hemos ido desgranando en este apartadocomo factores que influyen en el ejercicio del rol parental y, por tanto, tienen una importante repercusión en el desarrollo de los menores.

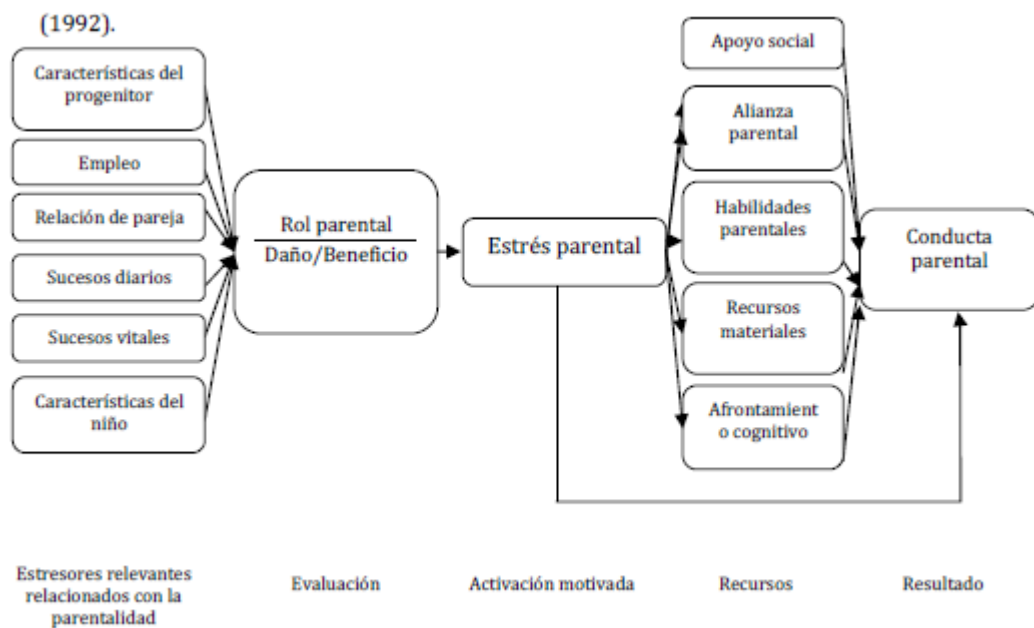


Figura 4.5. Determinantes de la conducta parentales el modelo de estrés parental de Abidín (1992).

Tal y como se observa en la Figura4.5, tanto los sucesos vitales como los estresores diarios, las características de los menores y las características de progenitores son considerados como factores relevantes que influyen en las conductas relacionadas con la parentalidad, pudiendo generar una activación del estrés que puede ser beneficiosa o dañina y poco adaptativa, dependiendo de las estrategias de afrontamiento que se utilicen. En el caso específico de las familias en riesgo psicosocial, como hemos analizado, estos factores

promotores del estrés pueden generar situaciones de riesgo y/o maltrato infantil para con los menores que tienen a su cargo.

En revisiones posteriores a este modelo de Abidín, y en relación con los dos componentes específicos que componen el estrés parental (los estresores relevantes relacionados con las exigencias de la parentalidad y la percepción de características problemáticas de los menores), Deater-Deckard (1998; 2004) señalala importancia del conocimiento de los procesos cognitivos de estos dos componentes, ya que tienen una gran influencia en la percepción del estrés por parte de los padres, y por tanto implica un componente esencialmente individual en la experimentación del estrés.

Por otra parte, el sentido de competencia que los progenitores perciben sobre su propio desempeño y las tareas asociadas al mismo, pueden producir desajustes entre la percepción de los estresores y los recursos de los que se dispone como progenitores, produciendo este desajuste un alto nivel de estrés. Este alto nivel de estrés, según Milner (2003) puede tener como consecuencia que se tienda a evaluar las situaciones que lo generan de una forma menos compleja, más fáciles, generando en muchos casos mayor impulsividad a la hora de responder a las demandas y necesidades de los menores.

En **conclusión**, el estrés parental es un factor significativo en las situaciones de riesgo y/o maltrato infantil y hay que evaluarlo teniendo en cuenta las características de los menores, de los padres, de la dinámica familiar y del contexto social. Se trata de una dimensión esencial de cara a las posibles intervenciones que se desarrollen con estas familias en riesgo psicosocial, sobre todo, en aquellas familias que se encuentran en niveles socioeconómicos más bajos y precarios. Las acciones que se emprendan irán dirigidas a potenciar los factores protectores de estas familias para reducir los factores estresantes, contribuyendo a mejorar el clima familiar y las relaciones paterno-filiales.

Es importante subrayar, además, que si en el estrés el componente de la percepción del mismo es transcendental, se sabe que la vivencia del estrés asociado a la parentalidad puede modificarse a través de intervenciones psicoeducativas (Chan y Fine, 2007). En este sentido, existen una gama de actuaciones y modalidades de intervención a tener en cuenta, unas que conllevarían intervenciones de apoyo, orientación y acompañamiento a la familias; otras que suponen la utilización de Programas psicoeducativos que fomenten la preservación familiar (Padilla, Máiquez y Rodrigo, 2012a; Padilla, Máiquez y Rodrigo, 2012b); así como intervenciones

de carácter clínico-terapéutico (Garrido, Casares, Grimaldi y Domínguez, 2009). Todas ellas, actuaciones dirigidas a que los padres y las madres puedan amortiguar el estrés parental y sean capaces de fomentar y superar con éxito sus responsabilidades educativas.

Por otra parte y para finalizar, es importante tener en cuenta que para que estas intervenciones puedan ser eficaces habría que identificar perfiles familiares que nos ayuden a analizar el nivel de estrés de distintos tipos de familias, con el fin de aminorarlo y poder ofrecer algunas claves para una percepción diferente del mismo, así como para buscar alternativas eficaces para su afrontamiento, adaptándonos a las necesidades específicas de los progenitores y poniendo la mirada en las necesidades evolutivas que requieren sus hijos e hijas. Por tanto, la reducción del estrés parental se convierte en un objetivo y en un buen indicador de eficacia para dirigir la intervención de los equipos de tratamiento familiar, en función del perfil de las familias en riesgo psicosocial.

4.2.2. Los Procesos de Afrontamiento

El afrontamiento como dimensión psicológica relacionada con el estrés comienza a desarrollarse a partir de los años 60 y 70, debido a la importancia que cobran las respuestas que se dan por parte de las personas ante un problema o dificultad (estresor). Soriano (2002) hace una revisión de las definiciones más destacadas sobre el término afrontamiento (ver Tabla 4.9).

Tabla 4.9

Definiciones de afrontamiento (Soriano, 2002).

DEFINICIÓN	AUTORES
<i>"El término afrontamiento hace referencia a todas las estrategias para tratar amenazas"</i>	Lazarus (1966)
<i>"el afrontamiento integra todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo y recuperarse de la enfermedad"</i>	Lipowski (1970)
<i>"Afrontamiento es lo que hace un individuo ante cualquier tipo de dificultad".</i>	White (1974)
<i>"Afrontamiento es lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensa o equilibrio".</i>	Weisman y Worden (1977)
<i>"El afrontamiento son conductas instrumentales y capacidades de solución de problemas de la persona que conllevan las demandas de la vida y las metas. Comprende la aplicación de habilidades, técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido".</i>	Mechanic (1978)
<i>"El afrontamiento es cualquier respuesta ante las tensiones externas que sirven para prevenir, evitar o controlar el distrés".</i>	Pearlin y Schooler (1978)

"El afrontamiento para Lazarus y Folkman (1984) es un conjunto de esfuerzos que hace la persona a nivel cognitivo y comportamental de manera continua"(para minimizar, dominar, tolerar y/o controlar el estrés)"producido por demandas internas y/o externas generadoras de estrés", pero que se auto-perciben como superadoras de los recursos de los que dispone la persona para responder adaptativamente). Lazarus y Folkman (1984)

"De modo general el afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles". pp183

Stoner y colb. 1988.

El afrontamiento son los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace una persona para hacer frente al estrés, es decir, para manejar las demandas externas e internas generadoras de estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo.

Sánchez Cánovas, 1991.

Analizando todas estas definiciones vemos que todas tienen en común que el afrontamiento es una respuesta frente a una dificultad o problema que se le presenta a la persona que tiene como objeto aliviar la situación generada. Sin embargo, a esta concepción inicial del afrontamiento como respuesta ante las dificultades, poco a poco se han ido añadiendo matices en relación con esfuerzo que requieren las respuestas bien sean cognitivas o conductuales, y/o a la aplicación de habilidades y experiencias que sirven para responder bien a las demandas internas o externas a la persona que son evaluadas como desbordantes y superadoras de sus recursos. La idea de esfuerzo nos indica, por tanto, que no puede entenderse como afrontamiento todo lo que hace un sujeto para resolver sus dificultades (Soriano, 2002).

Otras cuestiones que se desprenden de la definición de Lazarus y Folkman es la idea de "constantemente cambiante", indicándonos que no es algo permanente en el individuo, dando esta idea pie a que es mejor hablar de estrategias de afrontamiento que de estilos, entendiendo los estilos como algo más permanente en el individuo. Así pues, Lazarus y Folkman (1986) y más adelante Abidín (1995), abordan como hemos visto en la definición de estos autores el concepto de afrontamiento como los modos y estrategias que la persona realiza para eliminar, minimizar o tolerar el estrés. El afrontamiento analizado de esta forma se convierte en un proceso que la persona atraviesa para dar una respuesta adaptativa al estrés, no siendo por tanto una respuesta automática.

Estas incorporaciones sobre la concepción del afrontamiento conllevan así la idea de proceso, que es el enfoque actualmente predominante en el estudio de esta dimensión (Lazarus, 1993). Desde este enfoque, los procesos de afrontamiento universalmente no se consideran ni buenos ni malos, sino que depende de múltiples factores, como la persona, el tipo específico de encuentro (relación entre la persona y el estresor), del contexto, etc. (Sandín, 1990).

Desde esta perspectiva, por tanto, se concibe el afrontamiento como parte de un proceso que comienza ante la aparición de un suceso determinado, donde la persona realiza una serie de valoraciones sobre el mismo. Cualquier circunstancia puede ser provocadora de estrés, siempre y cuando la persona la valore como amenazante o que le puede generar daño. Según estos autores la persona efectúa dos valoraciones cognitivas, una primera evaluación (evaluación primaria), donde se realiza un análisis que consiste en si el hecho es positivo o no, analizando las consecuencias presentes y/o futuras, y una segunda evaluación (evaluación secundaria), donde se valora si los recursos, habilidades o capacidades para afrontar ese hecho son suficientes para dar respuesta y superar la amenaza o daño que ese hecho pudiera producir. Finalmente, el proceso concluye con una tercera fase de reevaluación, en la que la persona puede reformular las evaluaciones realizadas en primera instancia y estimar de nuevo sus propios recursos y los que demanda la situación. Cuanta mayor sea la intensidad con la que la persona percibe que no tiene recursos para afrontarlo, con más peligro vivirá la situación estresante, y la calidad de la respuesta puede ser menos adaptativa. En este sentido, la evaluación que la persona realice sobre el estresor determinará el nivel de estrés que experimenta (Lazarus y Folkman, 1984). En la Figura 4.6, que se presenta a continuación, se muestra todo este proceso.

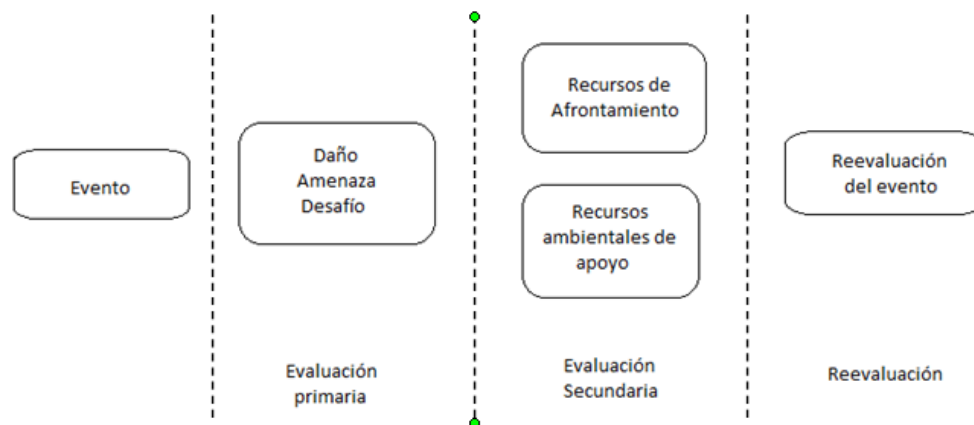


Figura 4.6. Fases de la aproximación mediacional cognitiva del modelo de Lazarus y Folkman (1984).

Desde este modelo, si en la evaluación primaria se percibe el suceso externo o interno (estresor potencial) como dañino en la actualidad y/o amenazante para el futuro, y en la evaluación secundaria se percibe un desbordamiento de los propios recursos y capacidades de afrontamiento para superar el daño o amenaza planteados, se produce en la persona una

situación de estrés que le puede producir respuestas de carácter fisiológicas, cognitivas, emocionales y /o conductuales (Lazarus y Folkman, 1984).

Por otra parte, la visión del afrontamiento como proceso nos lleva también a otras cuestiones a tener en cuenta según Lazarus y Folkman (1984), tales como las estrategias de afrontamiento utilizadas. En este sentido, son numerosos los autores que posteriormente a la conceptualización del afrontamiento como respuesta al estrés han elaborado clasificaciones de los distintos modos o estrategias con las que se puede afrontar el estrés desde las predisposiciones, preferencias o estilos individuales. Aunque la naturaleza de estas estrategias no siempre son conscientes, la investigación se ha centrado fundamentalmente en las estrategias que son utilizadas de forma consciente por parte de las personas y que consisten en acciones que se llevan a cabo para modificar las condiciones del estresor (por ejemplo ver una película, relajarse, buscar apoyo social, etc.) (Sandín, 2003). Desde esta perspectiva, podemos hablar de afrontamiento focalizados a la respuesta que están centrados en el problema o en la emoción (Lazarus y Folkman, 1986; Moos y Billings, 1986, entre otros).

En las estrategias centradas en el problema, el afrontamiento está relacionado con la movilización de comportamientos que tienen como finalidad modificar la situación y/o problemática generadora de estrés. Esta movilización puede ser a nivel interno (reevaluación cognitiva, aprender procedimientos nuevos de afrontamiento como la confrontación, tratarse de olvidarse del problema) o externo (definición del problema, vencer obstáculos, búsqueda de recursos y de apoyo social). Según Sandín (2008) *"es cambiar la relación ambiente-persona actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo, se trata de manejar o alterar la fuente generadora de estrés"* (p. 20). Por otra parte, las estrategias centradas en la emoción tienen la finalidad de disminuir el grado de malestar emocional que le producen las demandas interiores o exteriores. Las estrategias suelen ser de autocontrol, distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación. Según Sandín (2008) se trataría de *"cambiar el modo en que se trata la fuente generadora de estrés (por ejemplo, vigilancia, evitación) o interpreta (por ejemplo, negación, reevaluación) lo que está ocurriendo, para mitigar el estrés de búsqueda de ayuda o apoyo"*. (p 20).

El uso de un tipo de estrategia u otra, centradas en el problema o centradas en la emoción, suele estar determinado por la naturaleza del estresor y por las circunstancias en las que se produce (Vázquez, Crespo, Ring, 2000). En este sentido, parece que las estrategias centradas en el problema son las que tienen un carácter más constructivo, mientras que las

centradas en las emociones parecen estar más focalizadas a la aceptación (Forsythe y Compas, 1987).

Posteriormente, otros autores han incluido el afrontamiento orientado al método utilizado. Este tipo de afrontamiento se ha relacionado con los estilos de afrontamiento, en el sentido de que aunque se puede manejar múltiples estrategias de afrontamiento, cada persona tiene una propensión a utilizar un modo o una serie determinada de estrategias en situaciones diversas (Vázquez, et al., 2000). Los estilos de afrontamiento frente a las estrategias constituyen acciones más generales, en definitiva, son tendencias personales que las personas utilizan para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento (Sandín, 2003). Este tipo de afrontamiento orientado al método puede ser activo o de evitación (Endler y Parker, 1990), de abandono de control o respuesta de huida lo que supone reducir los esfuerzos por enfrentarse directamente al suceso conflictivo (Estevéz, Oliva y Parra 2012) y de separación o independencia afectiva respecto del estresor (Roger, Jarvis y Najarian (1993). En estudios longitudinales realizados por Holahan y Moos (1987) se pone de manifiesto que, a largo plazo, el estilo evitativo puede ser ineficaz para manejar situaciones vitales complicadas. Así mismo, la utilización por parte de las personas de un modo más flexible y por tanto menos rígido en el uso de las estrategias que utilicen es más probable que el afrontamiento tenga mejores resultados (Vázquez, et al. 2000).

Por otro lado, en el proceso de afrontamiento, además de las estrategias y el estilo, hay evidencias de que influyen algunos factores que tienen que ver con la personalidad. En esta línea, Zuckerman (1974) incorporó una serie de variables a tener en cuenta, tales como la tendencia de búsqueda de sensaciones, la sensación de control y el optimismo. En el primer caso, se trata de un rasgo que hace que las personas que lo tienen muestren más tolerancia al riesgo y los estresores. En segundo lugar, sobre la sensación de control, muchas investigaciones han demostrado que la pérdida de sensación de control constituye un elemento clave de la depresión de la desesperanza o indefensión aprendida, es decir, cuando una persona percibe que no dispone de ninguna estrategia ni en el presente ni en el futuro para modificar una situación desbordante y adversiva personal (Sanz y Vázquez, 1995; Seligman, 1983). Finalmente, el optimismo, frente al pesimismo (Avia y Vázquez, 1988), contribuye a buscar soluciones, apoyo social etc. En conjunto, parece que, en definitiva, puede existir un patrón más ajustado a la salud y que se caracteriza por el optimismo, la sensación de control y la capacidad de adaptación (Taylor, 1991).

Además de las estrategias de afrontamiento y los estilos, también se ha dedicado un importante esfuerzo al análisis de los recursos con los que se cuenta para hacer frente a las dificultades. En este marco, los recursos de afrontamiento comprenden todas aquellas variables personales y sociales que las personas ponen en marcha para manejar las situaciones estresantes de la manera más eficaz posible (Zeidner y Hammer, 1992). Estos recursos se han clasificado en dos áreas: los personales (cognitivos, emocionales, espirituales y físicos) y los sociales. Ambos han sido estudiados e investigados ampliamente, estableciendo la relación entre recursos de afrontamiento y sus repercusiones para la salud.

Todas estas cuestiones que hemos ido desgranando sobre los procesos de afrontamiento, han sido analizadas por Taylor (1991) y posteriormente por Vázquez et al. (2000), dando como resultado el modelo que se presenta en la Figura 4.7 y que, como vemos, muestra la intervención de múltiples variables de las que se han analizado en relación con el estrés y que pueden interferir en este proceso o potenciarlo.

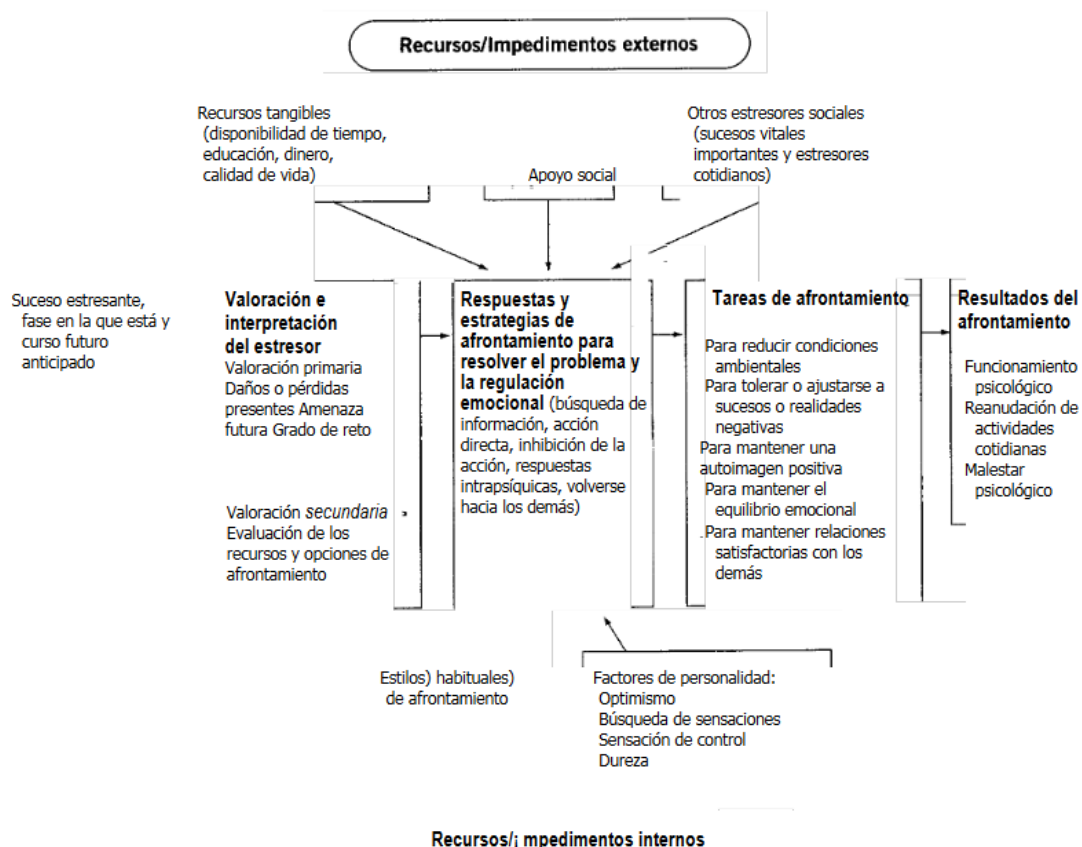


Figura 4.7. El proceso de afrontamiento (Vázquez, et al, 2000).

Los avances en la concepción del afrontamiento se han traducido también en la elaboración de instrumentos de medida. El más conocido y utilizado ha sido el cuestionario desarrollado por Lazarus y su grupo, muy relacionado con su modelo de estrés. En esta línea, los cuestionarios más ampliamente utilizados incluyen, entre todos: el Ways of Coping (Lazarus y Folkman, 1984) que evaluaba con 68 ítems una variedad de estrategias cognitivas y conductuales; el multidimensional CopingInventory (Endler y Parker, 1990); y el Inventario COPE (Caver, Scheier y Weintraub, 1989) entre otros (Morán, Landero, González, 2010). Este último pretende ser más preciso en la formulación de los ítems, así como ampliar el número de áreas a evaluar. Posteriormente, Caver (1997) presentó una versión abreviada del COPE que es utilizada en investigaciones relacionadas con la salud, y que fue adaptado en España por Crespo y Cruzado (1997). En la Tabla 4.10, que se presenta a continuación, se recoge una descripción y caracterización de las subescalas del cuestionario COPE (Caver, 1997).

Tabla 4.10

Descripción y caracterización de las Escalas de cuestionarios Cope (Crespo y Cruzado, 1997).

Afrontamiento activo	Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir el estresor.
Planificación	Pensar acerca de cómo afrontar el estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos.
Apoyo instrumental	Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que se debe hacer.
Uso del apoyo emocional	Conseguir apoyo emocional de simpatía o comprensión.
Auto- distracción	Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
Desahogo	Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos
Desconexión conductual	Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
Reinterpretación positiva	Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
Negación	Negar la realidad del suceso estresante.
Aceptación	Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
Religión	La tendencia a volver a la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en las actividades religiosas.

Uso de sustancias	(Alcohol y medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin de sentirse bien o para ayudarse a soportar el estresor.
Humor	Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
Auto-inculpación	Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

En conjunto, la teoría sobre la teoría procesual del afrontamiento iniciada por Lazarus en 1966 ha abierto un fructífero campo de investigación, que aborda en la actualidad varias áreas de interés, entre las que destacan la línea de estudio sobre las estrategias de afrontamiento que utilizan distintos grupos de población, especialmente las familias en situaciones de riesgo psicosocial, y la utilidad y eficacia para adaptarse a situaciones de estrés (Samper, Tur, Mestre y Córtes, 2008; Pérez, 2014).

Este acercamiento a cómo son **los procesos de afrontamiento de las familias en riesgo psicosocial** tiene mucha relevancia e interés para los profesionales y responsables del Sistema de Protección de menores, ya que permite comprender mejor cómo estos progenitores afrontan sus funciones parentales. En este sentido, y como ya abordamos al referirnos al estrés parental, es muy importante conocer y tener en cuenta aspectos tales como la autovaloración cognitiva del significado de cualquier situación referente al cuidado o educación de sus hijas e hijos; la ponderación estimativa de lo que está en juego con respecto a su bienestar (evaluación primaria); y la evaluación de los recursos y opciones de afrontamiento de los que se dispone para hacer frente a la situación estresante asociada al ejercicio del rol parental (evaluación secundaria). Todos estos aspectos juegan un papel esencial para determinar la capacidad que puedan tener estas familias para responder de manera ajustada y adaptativa a las necesidades de sus hijos e hijas, posibilitando con ello su óptimo desarrollo.

En esta línea, Hillson y Kuiper (1994) han analizado cómo frente a situaciones estresantes los progenitores pueden poner en marcha estrategias desadaptativas para con sus hijos e hijas, que pueden desembocar en negligencia o maltrato físico. Este modelo de estrés y afrontamiento relacionado con el maltrato infantil (que se describió en un capítulo anterior), se centra fundamentalmente en cómo los factores procesuales y mantenedores del maltrato, más que en el análisis de las características personales de los menores, sus padres y su contexto, pueden provocar su aparición. Estaría en la línea de los modelos de tercera generación y sustentado en

los presupuestos de la Teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984). En la Figura 4.8 que se presenta a continuación podemos ver cómo se plantea su funcionamiento.

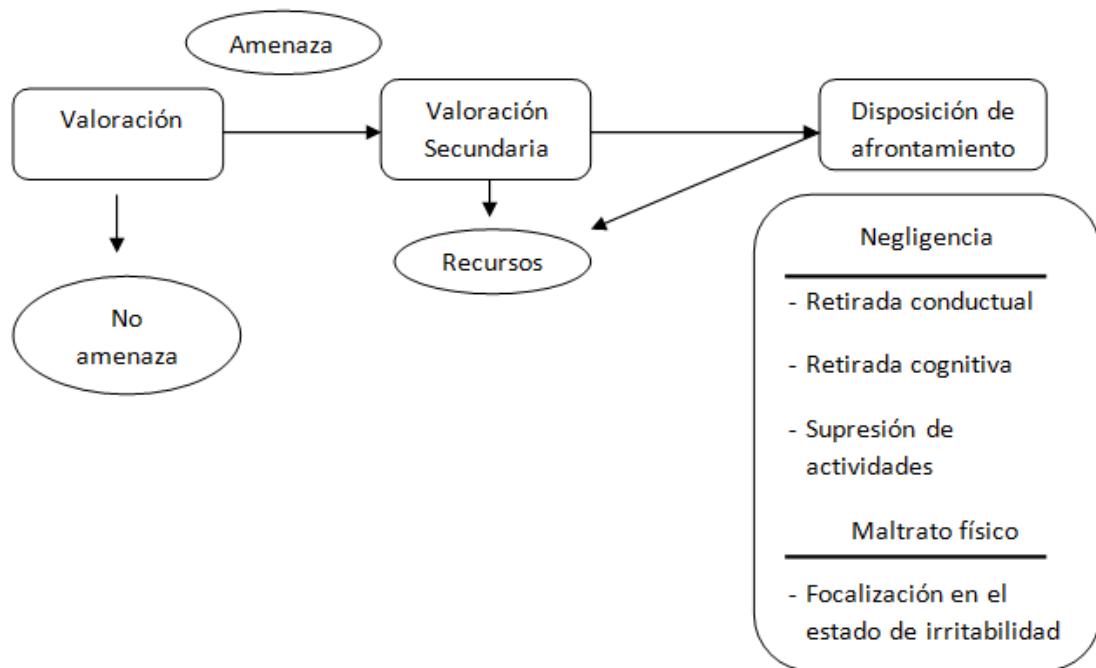


Figura 4.8. El modelo de estrés y afrontamiento asociado al maltrato infantil (Hillson y Kuiper, 1994).

Como vemos, se trata de que la persona hace una valoración de los estresores o situaciones vitales estresantes (valoración primaria), que se pueden percibir en el caso de familias en riesgo psicosocial como amenazantes. Posteriormente se realiza una valoración de los recursos para dar respuesta a la misma (valoración secundaria), y si estas respuestas a nivel conductual o cognitivo son disfuncionales para los menores, pueden conducir a situaciones de maltrato. Estas conductas por parte de los progenitores están relacionadas en este modelo con la retirada conductual y/o cognitiva, así como con la supresión de actividades, lo que hace que los progenitores no respondan a las necesidades de desarrollo del menor cuando hablamos de negligencia o focalización en el estado emocional del menor (irritabilidad), y en estos casos la descarga emocional de los progenitores puede derivar en maltrato físico.

Este modelo nos permite comprender la importancia que ocupa la dimensión del afrontamiento frente a las situaciones estresantes que funcionan comofactores de riesgo, ya que pueden percibirse de forma muy diferente y, en función de ello, tener consecuencias distintas. Esta perspectiva destaca las posibilidades de actuación que tenemos con las familias

que están expuestas a diferentes estresores, ya que el afrontamiento puede ser objeto de los programas de intervención con estas familias. Como señala Díaz (2010), el afrontamiento forma parte de la gama de recursos psicológicos de cualquier persona y es una de las variables personales declaradas como partícipe en los niveles de calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas (Díaz, 2010; Orlandini, 1999). En este sentido, el afrontamiento realmente actúa como un regulador del bienestar y/o malestar de la persona y por tanto se puede convertir en un factor protector en situaciones de riesgo psicosocial (Little, Axford y Morpeth, 2004). De hecho, hay autores que sugieren que el bienestar psicológico y la salud están más influidos por la forma de afrontar el estrés que por la mera presencia de situaciones difíciles (Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek, 1987).

En relación a los tipos de afrontamiento más habituales en familias en situación de riesgo psicosocial, algunos estudios han encontrado que estos progenitores utilizan fundamentalmente estrategias centradas en el problema (Pérez et al., 2014), sin que esto signifique que su utilización lleve consigo la disminución del estrés según estos autores, lo que nos indica que el afrontamiento que realizan puede poco funcional y eficaz. Esto podría significar que no se percibe un sólido sentido de eficacia en los propios recursos de afrontamiento que se han utilizado y esto hace que disminuya la capacidad de resistencia a la adversidad de estos progenitores y, en concreto, los haga más vulnerables ante el estrés y la depresión (Bandura, 2001). En este sentido y tal como habíamos señalado al hablar del estrés parental, la eficacia percibida como padre o madre puede funcionar como un elemento protector frente al estrés (Jones y Prinz, 2005; Jackson y Huang, 2000; Sanders y Woolley, 2005).

Por otro lado, también hay datos que muestran que la utilización de estrategias centradas en la emoción y pasivas está más relacionada con mayores niveles de estrés en los progenitores (Deater-Deckard, 2004). Mostrando coherencia con lo anterior, la utilización de estrategias de afrontamiento activas en situaciones percibidas por los padres como controlables se han relacionado con una reducción del estrés (Campos, Iraurgi, Páez y Velasco, 2004; Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2012) y pueden funcionar como factores protectores para un mejor funcionamiento del subsistema parental (Deater-Deckard, 2004). Así, este tipo de afrontamiento activo en las madres sometidas a diversas situaciones de adversidad parece que puede modular y reducir sintomatologías diversas (Lee, 2003). Sin embargo, las estrategias de afrontamiento evitativas con la presencia de sintomatología depresiva y con altos niveles de

estrés que pueden incrementar los problemas y dificultades con la salud psicológica (Steeger, Gondoli, y Morrissey, 2013).

Otra característica de los progenitores en situación de riesgo que guarda relación con el proceso de afrontamiento es la utilización de un locus de control interno o externo para el ejercicio parental. Begle, Dumas, y Hanson (2010) encontraron en su estudio con 610 progenitores de familias en riesgo que éstos tenían unos altos niveles de estrés y utilizaban más el locus de control externo (tienen mucha menos consciencia de control de las situaciones) para la resolución de sus dificultades. Esta forma de afrontar la resolución de las dificultades puede hacer que el afrontamiento este más relacionado con la evitación (Coyne y Thompson, 2011), que es el tipo de afrontamiento más desajustado y desadaptativo.

Siguiendo con la investigación de Pérez et al. (2014) en relación con la evaluación del afrontamiento de madres usuarias de los Servicios Sociales Comunitarios, estos autoresestablcieron tres perfiles diferenciados de usuarios en función del estrés parental y las estrategias utilizadas de afrontamiento. Un primer perfil denominado Adaptado-Estratégico, que englobaba a madres con un nivel moderado de estrés y estrategias de afrontamiento activas, fundamentalmente centradas en el problema. Estas madres mostraban un locus de control parental más interno lo que las hacía, siguiendo la Teoría de la autodeterminación de Ryan y Deci (2000), más motivadas para utilizar un afrontamiento más estratégico y activo ante las circunstancias adversas. Este grupo de madres eran las que se percibían como más competentes y satisfechas con su rol parental. El segundo perfil denominado Clínico-Evitativo estaba formado por madres que presentaban altos niveles de estrés parental (superando el límite clínico), lo que las hacía presentar síntomas psicológicos relacionados con la depresión, la ansiedad, el desajuste social y variados síntomas somáticos. En relación al tipo de estrategias que utilizaron, éstas fueron básicamente de carácter evitativas, haciendo un uso moderado de estrategias centradas en el problema y en la emoción. Estas madres estaban caracterizadas por tener muy baja sensación de control en relación con el ejercicio de su rol parental y mostraban un bajo nivel de satisfacción como progenitoras. De mantenerse este tipo de afrontamiento a medio plazo, podrían llegar a producirse conductas maltratantes como vimos anteriormente en el modelo expuesto de Hillson y Kuiper (1994). El tercer perfil, madres extremas-evitativas, estaba constituido por mujeres que mostraban niveles clínicos de estrés parental (o niveles extremos) junto con un tipo de afrontamiento pasivo, incluyendo la evitación. Las características de este grupo hacen pensar que cuando se sobrepasa un cierto nivel de estrés, estas madres se sienten

desbordadas y esta circunstancia las lleva a mantener una actitud pasiva (McKelvey, Fitzgerald, Schiffman y Von Eye, 2002) o incluso podría provocarles este desbordamiento una cierta impotencia a la hora de enfrentarse a ellas (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003). Estas madres se caracterizaban por un locus de control externo en el desarrollo de su rol, lo que hace pensar que por ello se mostrarán más pasivas en el afrontamiento del estrés percibido en relación al ejercicio de su rol como madre. Esta investigación es muy relevante para los profesionales que trabajan en los Servicios Sociales a la hora de establecer estrategias de intervención con estas familias, ya que ayuda a establecer objetivos en función del tipo de familias que estemos valorando, lo que aumentaría la eficacia de las intervenciones desarrolladas con las mismas.

Para terminar este análisis del proceso de afrontamiento, debemos señalar que las dimensiones de estrés parental y estrategias de afrontamiento tienen que ser abordadas conjuntamente, ya que deben considerarse una unidad. Es decir, el afrontamiento es una parte de un todo que es el proceso de estrés parental.

4.2.3. El malestar psicológico.

En este apartado vamos a abordar otra dimensión especialmente relevante en el estudio de las familias en situación de riesgo psicosocial como es el malestar psicológico. Como tendremos oportunidad de poner de manifiesto, se trata de un constructo complejo en cuanto a su conceptualización, ya que este concepto generalmente expresa una queja emocional autopercibidas de las personas ante situaciones externas o internas en relación a su bienestar general de salud (García Viniegra (1999). Es decir, es un constructo que nos permite disponer de una medida de desajuste psicológico, aunque desde una perspectiva generalista de la salud psicológica y no desde una visión clínica de la misma.

En la literatura, en términos generales, el malestar psicológico no cumple con los criterios suficientes para ser considerada un trastorno mental, sino que *“responde a la necesidad de nombrar una serie de manifestaciones clínicas no patológicas y arraigadas en el carácter de la persona, las cuales requieren de atención psicológica específica, bajo el desarrollo de esquemas de tratamientos propios”* (Espíndola, Morales, Díaz, Pimentel, Meza, Henales, Carreño y Ibarra, 2006, p 115). Sin embargo, según este autor y sus colaboradores si consideran que *“presenta una serie de manifestaciones que pueden conllevar alteraciones psicológicas*

clínicamente significativas y que responden a un evento disruptivo específico, pero que no cumplen los criterios para ser consideradas como un trastorno mental"(Espíndola, et al., 2006, p. 115). Las manifestaciones más claras que están asociadas al malestar psicológico hacen referencia a la depresión (llanto, alteraciones en el sueño, irritabilidad, pérdida de interés), la ansiedad (inquietud, sensación de opresión torácica, pérdida de control, agitación), el miedo y la baja autoestima.

El malestar psicológico así entendido no se puede considerar, por tanto, un diagnóstico, (Espíndola et al, 2006), sino una descripción de manifestaciones que evidencian alteraciones en la persona y que éstas a su vez pueden influir en sus relaciones con otras personas y con sus contextos de desarrollo. En este sentido, según estos autores, el malestar psicológico *"presupone la existencia de una etiología reactiva que se suma a su estructura de carácter, a la interpretación que hace del mundo y a su particular forma de resolver un conflicto externo que repercute en su psiquismo"* p. 114.

A lo largo del siglo XX distintos autores han influido en la evolución del concepto de malestar psicológico. A continuación se presenta una síntesis de las influencias teóricas de diversos autores y/o teorías en la evolución de este concepto, adoptando la propuesta de Espíndola et al. (2006).

Tabla 4.11

Adaptación del cuadro de Influencia teóricas en la evolución del concepto "Malestar Psicológico" de Espíndola et al. (2006).

Autor o teoría	Siglo /Año	Propuesta
Teoría del carácter en Psicoanálisis	Siglo XX	Establece la existencia de una estructura relativamente estable que permite la distribución de fuerzas internas y externas para la adaptación y defensa del medio ambiente y la realidad interna.
Páez, D	1986	Entiende al malestar psicológico, como el nivel de estrés percibido, desmoralización inconformidad y desasosiego. Lo cual puede configurar un problema de salud mentar que se manifiesta a través de diversas sintomatologías.
Goldberg, Daniel	1972	Elaboración del Cuestionario General de Salud, un instrumento que permite evaluar el nivel general de salud e identificar la severidad de los disturbios psiquiátricos menores. Se enfoca, particularmente, para pacientes atendidos médicamente.

En Psiquiatría. Trastornos Adaptativos	1996	Propuesta Diagnóstica (DSM-IV) de estructuras nosológicas, caracterizadas por su reactividad, rápida evolución y cuya etiología es producto de un conflicto específico con la realidad. Sus manifestaciones son depresivas, ansiosas y mixtas. Si bien en su etiología se asemejan al malestar psicológico, su diferencia radica en la concepción de "Trastornos"; mientras que, el "Malestar Psicológicos" se propone como un periodo de ajuste, no como una psicopatología.
Informe Hasting "Los fines de la medicina" (Director Daniel Callahan)	2004	El malestar psicológico queda definido como una "sensación subjetiva por parte de una persona de que sus bienestar físico-mental se haya ausente o mermado, de modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria" (Pág. 19).
Morales-Carmona y cols.	2005	Proponen al malestar psicológico como un conjunto de cambios emocionales, estrechamente relacionado con un evento, circunstancia o suceso, el cual no puede ser agrupado en una condición sintomática.

Si analizamos las propuestas teóricas del concepto de malestar psicológico, podemos concluir que este concepto presenta tres características fundamentales: la primera, que se produce como respuesta a eventos estresantes que desencadenan movimientos comportamentales, emocionales y cognitivos con el fin de responder adaptativamente al evento o eventos estresantes para recuperar el equilibrio. La segunda, que se trata de una alteración displacentera, incómoda y poco satisfactoria para la persona, pudiendo alterar el desempeño de tareas en la vida cotidiana. Y en tercer lugar, conlleva una reestructuración para que disminuya la carga emocional que ha generado el evento estresor y que permite recuperar el ajuste emocional.

El malestar psicológico, en definitiva, se concibe como un fenómeno agudo y reactivo, de carácter defensivo y adaptativo, que hace referencia a *reacciones psíquicas, manifestaciones conductuales y emocionales que se caracterizan por su curso breve, rápida evolución y buen pronóstico*" (Espíndola et al., 2006, p. 114). Sin embargo, en ocasiones encontramos reacciones patológicas en algunas personas debido a un desajuste en la frecuencia o intensidad que se mantiene en un periodo de tiempo largo, tendiendo a producir cambios en la conducta e incluso cronificarse perjudicando gravemente la salud. Si este desajuste se mantiene, este malestar se puede convertir en un trastorno de salud tanto física como mental (trastorno de ansiedad, depresión mayor, etc.) (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2000).

Este concepto, y teniendo en cuenta lo anterior, no podemos dejar de incorporarlo e incluirlo actualmente en el estudio de las familias en situación de riesgo psicosocial desde el modelo ecológico-sistémico, y bajo la perspectiva biopsicosocial de la salud. Es decir, partiendo de una visión holística de la salud y la enfermedad (Engel, 1977), es importante analizar cómo influyen estos factores biológicos, psicológicos y sociales en la interacción de las personas con sus contextos de desarrollo (Bronfenbrenner, 1987) y desde los presupuestos sistémicos (Bravo, Serrano y Bernal, 1991). Así, esta dimensión está relacionada con otros elementos centrales de este trabajo de Tesis doctoral, como son el estrés y las estrategias que se utilizan para afrontar y solucionar una situación que es considerada como desbordante o dañina. A continuación intentaremos analizar cómo influye el malestar psicológico en las familias en situación de riesgo psicosocial, en concreto, cómo esta dimensión afecta al ejercicio de su parentalidad.

La literatura disponible sobre este tema nos muestra, por un lado, como un elevado malestar psicológico de los progenitores de las familias en riesgo psicosocial se relaciona con un mayor riesgo para poner en marcha prácticas educativas poco adecuadas con sus hijos e hijas, que pueden llevar a comportamientos no favorables o incluso prácticas abusivas y negligentes (Trenado, Pons-Salvador, y Cerezo, 2009). Así mismo, hay evidencias de que en contextos de adversidad esta dimensión se asocia a un incremento de problemas psicosociales en los progenitores, promoviendo la aparición de disfuncionalidades en la familia y consecuentemente en los menores (Revilla, De los Ríos y Luna, 2007). En el estudio de esta dimensión cobran relevancia, por un lado, las investigaciones que exploran la sintomatología individual que presentan los progenitores en relación con el malestar psicológico y su influencia en el desarrollo infantil y, por otro, los estudios relacionados con los contextos de adversidad que también están influyendo en el malestar psicológico de los progenitores.

En relación a los primeros estudios, los datos disponibles destacan la importancia de la sintomatología depresiva en los padres (Gadalla, 2009), y cómo ésta se relaciona con aspectos del ejercicio del rol parental. En concreto, se ha relacionado más con las madres y con un locus de control externo, es decir, que estas madres tienen la percepción de que lo que les ocurre no es resultado de su control o determinación, sino del azar o el destino, lo que provoca una menor satisfacción con su rol, es decir, con una percepción de eficacia parental disminuida (Coyne y Thompson, 2011).

Por otro lado, hay estudios que muestran que la presencia de depresión en madres abusadoras influye en áreas cognitivas concretas que puede generar disfuncionalidades

en aspectos relevantes para la socialización de los menores (Lahey, et al 1984): en concreto, en cuestiones como la distorsión y escasa flexibilidad para comprender la conducta infantil, la falta de habilidades de afrontamiento adecuadas para el manejo de los menores y dificultades en el pensamiento abstracto (Hansed et al, 1989; Zurabin, 1989). El malestar psicológico de los progenitores afecta también tanto a los niveles de implicación en los cuidados de sus hijos e hijas como a la involucración de en las tareas educativas (Flouri, 2005).

Todas estas circunstancias tienen consecuencias en el desarrollo de una parentalidad disfuncional (Hammen, 2003), que repercute en que los menores pueden tener una mayor probabilidad de experimentar dificultades en diversas áreas de su funcionamiento como el lenguaje, su comportamiento familiar y social, o el ámbito emocional y afectivo (Pilowsky, Wickramaratne, Rush, Hughes, Garber y Malloy, 2006).

En suma, las investigaciones disponibles confirman la idea del malestar psicológico entendido como una sintomatología donde variables como la ansiedad y la depresión están presentes, teniendo repercusiones concretas en los procesos de parentalidad (Deater-Deckard, 2004; Porte y Hsu, 2003).

El malestar psicológico se ha evaluado mayoritariamente mediante el uso de la escala GHQ-28, que recoge una serie de ítems relacionados con la sintomatología psicológica. En este sentido, un estudio muy reciente realizado con 109 madres de familias en riesgo de la ciudad de Sevilla en situación de riesgo psicosocial encontró que más de la mitad de estas madres sobrepasaban el límite clínico indicado por la escala GHQ-28. Así mismo, el estrés parental resultó ser en este estudio un importante predictor de la dimensión malestar psicológico (Pérez y Menéndez, 2014).

Por otra parte, el malestar psicológico con manifestaciones depresivas también ha estado presente en familias usuarias de Programas de tratamiento y/o de preservación familiar. Si revisamos algunos estudios sobre evaluación de Programas de intervención en este tipo de familias en situación de riesgo psicosocial, se aprecia una mayor presencia de síntomas de malestar emocional y una ausencia de limitaciones intelectuales significativas en la evaluación pre-test, mientras que en la evaluación pos-test se produce una disminución muy cercana a la significación estadística en las puntuaciones medias de ansiedad y depresión (Arruabarrena y DePaúl, 2002). Estos datos son consistentes con los encontrados en otras investigaciones internacionales de evaluación de diversos Programas de intervención, de tal manera que antes

del Programa se encontraron que los participantes presentaban síntomas depresivos que sobrepasaban el límite clínico en un porcentaje de participantes que va desde el 37.85% (Coyne Y Thompson, 2011) al 40, 4% (Morro, Mansoor, Hanson, Vogel, Rose-Jacobs, Genatossio, Windham y Bandstra. 2010), llegando incluso hasta el 58%(Chazan-Cohen, Ayoub, Pan, Roggman, Raikes, McKelvey, Whiteside-Mansel, y Hart, 2007). Estos datos son reveladores para incorporar en los Programas de intervención encaminados a la preservación familiar la promoción de fortalezas tanto personales como parentales que ayuden a equilibrar el estado emocional y por ende a reducir la ansiedad o el estado depresivo. Esta reducción debido al apoyo recibido en el Programa, se puede asociar a unos sentimientos más positivos sobre la propia competencia parental (De Panfilis y Dubowitz, 2005).

Como señalábamos antes, también los contextos de adversidad y la situación de pobreza y la acumulación de circunstancias vitales estresantes pueden generar una sintomatología diversa que dificulte el ajuste de los progenitores y haga a los adultos más proclives a manifestaciones de ansiedad, depresión o disfunción social (Gadalla, 2009; Morrow, Ross, Grocott y Bannett., 2010; Pérez et al., 2014). Como ya vimos cuando analizábamos la dimensión de estrés parental, las condiciones económicas constituyen un factor de riesgo para estas familias (Conger, 1995; Conger et al. 2000; Conger, Wallace, Sun, Simons, McLoyd y Brody, 2002), contribuyendo al desarrollo de diversas sintomatologías (Gadalla, 2009, Marín, Gil, Román, Macías y Farella, 2013). A su vez, estas sintomatologías están relacionadas con el estrés de los adultos que padecen estas situaciones de desventaja económica, afectando al ejercicio de su parentalidad y, por tanto, a los menores que tienen a su cargo (Rijlaarsdam, Stevens, Van der Ende, Hofman, Jaddoe, Mackebach y Vehulsi, 2013).

Además de la relación existente entre sucesos vitales estresantes y malestar psicológico, y cómo ya adelantábamos en párrafos anteriores, existen evidencias de que el malestar psicológico guarda una relación directa con el estrés parental en situaciones de riesgo psicosocial. En este sentido, Reitman, Currier, y Stickle, (2002) nos muestran esta relación a propósito de un estudio de validación de la versión breve del PSI. En este estudio, una de sus conclusiones fue que la sintomatología psicológica estaba vinculada con la escala de malestar psicológico referido a la parentalidad. Por tanto, la presencia de desajustes por sintomatología diversa de los progenitores en contextos de adversidad, está relacionada con el estrés derivado del ejercicio de la parentalidad y esta dimensión puede modular el efecto de esta sintomatología en los progenitores (Rijlaarsdam et al., 2013). Esta relación tiene mucha importancia de cara a

la intervención que desarrollan los profesionales, ya que pone de manifiesto la necesidad de apoyo social que tienen estas familias para no sentirse tan desbordadas en sus tareas como padres y madres y poder afrontar sus dificultades más adaptativamente. El modelo de Éthier, Lacharité y Couture (1995) describe bastante bien estas relaciones en el caso concreto de la negligencia parental (ver Figura 4.9)

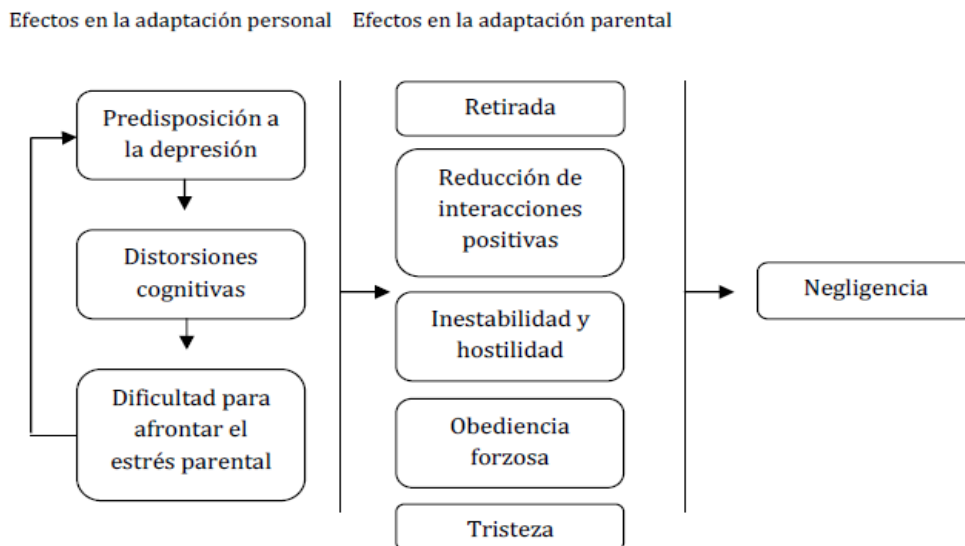


Figura 4.9 Modelo hipotetizado de Ethier, et al. (1995), que relaciona la depresión, el estrés parental y la negligencia.

Estos autores especifican la influencia del estrés parental en familias en situación de riesgo y su influencia en el malestar psicológico de las mismas, lo que conlleva una predisposición a sintomatología depresiva y ansiosa que a su vez genera distorsiones cognitivas y una dificultad de afrontamiento ajustado. El efecto de esta adaptación personal en el ejercicio de la parentalidad implica retirada de reforzamiento conductual y una relación hostil, impidiendo interacciones más positivas con los menores y generando conductas negligentes por parte de los padres.

Para completar con esta revisión de algunas dimensiones fundamentales que permiten profundizar en el perfil psicosocial de las familias en situación de riesgo, además de las tres dimensiones de ámbito personal analizadas, abordaremos a continuación una dimensión de análisis familiar, entendiendo que es fundamental conocer cómo funciona el sistema familiar en los contextos familiares en situación de riesgo y cómo este funcionamiento influye en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes que crecen en estos hogares.

4.2.4. El Funcionamiento familiar.

El funcionamiento del sistema familiar ha sido una de las dimensiones que han despertado mayor interés por parte de los investigadores en general, sobre todo, desde que éstos comenzaron a mostrar interés por la familia como sistema o todo organizado (Martínez- Pampliega, Iraurgi, Galíndez y Sanz, 2006) debido a la importancia que tiene la familia como contexto de desarrollo para todos sus miembros. Sin embargo, la funcionalidad de la familia desde un punto de vista sistémico no es solo el que ésta cumpla las funciones familiares para con ella y sus miembros, sino conocer cuáles son las consecuencias de ese funcionamiento familiar en función del proceso resultante del conjunto de relaciones interpersonales que se dan en el interior de cada familia y que le confieren una identidad propia. Este conocimiento permitirá discriminar entre familias que funcionan saludablemente y otras que lo hacen de forma disfuncional (Noller y Shum, 1990).

Por ello, el análisis del funcionamiento familiar ha cobrado mucha importancia entre los investigadores procedentes del campo de la Terapia Familiar que, desde enfoques ecológico-sistémicos, han abordado el estudio de estos procesos así como los indicadores para su evaluación. Con objeto de analizar todos y cada uno de los elementos que configuran un funcionamiento óptimo, desde los años 50 diversos autores comienzan a intentar conocer cómo funcionan los patrones de interacción dentro del sistema familiar, dando lugar a modelos explicativos como el modelo sistémico de Beavers, el modelo Fundamental Interpersonal Relations Orientation, denominado también modelo familiar de McMasters, el modelo FIRO, el modelo de paradigmas de Reiss, el modelo estructural de Minuchin o el modelo procesual del funcionamiento familiar y el modelo circuplejo de Olson, entre otros (Beavers y Hampson, 1995; Doherty y Colangelo, 1984; Epstein, Baldwin y Bishop, 1983; Minuchin, 1992; Olson, Russel, y Sprenkle, 1989).

En la mayoría de estos modelos, los autores coinciden en indicar que el funcionamiento familiar se concreta a partir de dos procesos claves, que están operando en la familia a partir de la dinámica relacional que se establece entre sus miembros: la estructura y la propia dinámica.

Tabla 4.12

Estructura y Dinámica de Castellón y Ledesma (2012).

Estructura	Dinámica
Más estable y permanente.	Morfogénesis de la familia, constituye un proceso vivo e interactivo.
Tiende a hacerse resistentes a los cambios.	A partir de la cual discurren los cambios.
Estructura visible constituida por la composición de la familia (número de sus integrantes, las condiciones socioeconómicas, la distribución de los espacios, el estado de la vivienda).	Menos visible, permite la adaptación a las crisis.
Estructura subyacente que tiene que ver con los espacios psicológicos (las jerarquías, las estructuras de poder, los roles que cada miembro asume, los límites).	Estilos comunicativos, relaciones triangulares u duales, sistema emocional, estilos afectivos, solución a los conflictos y movilización de las redes de apoyo familiar y social.
Papel biunívoco en la comunicación y estructuración personal y grupal.	

A partir del análisis de estas dos dimensiones, se han realizado clasificaciones de lo que serían familias funcionales y disfuncionales. Según Westley y Epstein (citados por Ares, 2007), para que una familia sea funcional tiene que cumplir tres funciones básicas: la satisfacción de necesidades materiales, el tránsito por el ciclo vital y la solución a las crisis que se vayan presentando. En este sentido, cuando se habla de funcionalidad de la familia se quiere decir que la familia debe cumplir con la satisfacción de las necesidades básicas y fundamentales para el desarrollo de cada uno de sus miembros; que dentro de la familia el espacio y los roles son claros y están bien definidos; que se favorece el cambio y la creatividad; que se responde a cada uno de los miembros de la familia en función de cada etapa del ciclo vital estableciendo una calidez en las relaciones, una comunicación fluida y una potenciación del desarrollo individual; así como que la familia se enfrenta unida a las crisis unidos respetando la propia autonomía individual. Las familias disfuncionales por el contrario no expresan los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no son capaces de enfrentarse a las crisis, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, no permiten el desarrollo individual, la unión no es productiva y existe confusión de roles (Louro, 2004).

En la literatura revisada aparecen especificados otros elementos característicos de un funcionamiento familiar equilibrado (Vielva et al., 2001):

- Tienen un mayor repertorio conductual.
- Tienen mejores habilidades de comunicación que les capacitan para cambiar más fácilmente sus niveles de cohesión y adaptabilidad ante las tensiones o conflictos que puedan surgir o ante cambios evolutivos, mientras que las familias extremas se resistirán a cambiar a lo largo del tiempo.

Estos sistemas familiares más óptimos se denominan abiertos y dinámicos por el cambio que pueden experimentar en relación a los ciclos vitales familiares. En ellos los individuos se distinguen por experimentar y equilibrar los extremos de independencia y dependencia familiar, teniendo la libertad de estar solos o unidos al miembro de la familia que elijan (Ferreira, 2003), así como mantener la jerarquía de poder parental dentro del sistema familiar aunque las circunstancias de la familia cambien (Smith, 1996).

Por ello, ha sido de interés para los Servicios Sociales conocer modelos de funcionamiento familiar que además de tener en cuenta los aspectos contextuales, utilicen constructos psicológicos referidos a aspectos y dimensiones concretas que nos permitan diferenciar entre las familias funcionales, es decir, aquellas que funcionen saludablemente para ellas mismas y sus menores, de aquellas otras que son disfuncionales en términos sistémicos (Noller y Shum, 1990). Estas últimas, al igual que las situaciones de riesgo, tienen grados de más o menos disfuncionalidad que van en paralelo a la gravedad del riesgo.

Tabla 4.13

Indicadores de Familias Disfuncionales y multi-problemas, Ares (Tomado de Castellón y Ledesma, 2012).

<i>Indicadores funcionales de la familia</i>	<i>Indicadores de familias disfuncionales</i>	<i>Indicadores familias multiproblemas</i>
Ambiente familiar organizado y cuidado independientemente de las condiciones materiales de vida.		Carencia de hábitos de higiene y salud. Escasez de recursos económicos
Jerarquías claras entre padres e hijos y entre generaciones. Estilos democrático y participativo.		
Roles genéricos claros aunque flexibles, roles psicoemocionales potenciadores de la autoestima, roles funcionales equitativos.	Fracaso en los papeles parentales y confusión de roles.	
Límites entre subsistemas claros, permeables y flexibles.	Límites confusos.	Roles y límites confusos y entremezclados.
Ética relacional justa.		
Capacidad de expresar afectos positivos con lenguaje de sentimientos, permiso para expresar la hostilidad sin carácter violento ni destructivo.	Deprivaciones del cariño parental.	Problemas de relación intrafamiliar: malos tratos, enfermedades psicosomáticas, gritos, peleas, incestos, abandonos.
Capacidad empática de los miembros. Respeto y comprensión por los problemas de los otros miembros de la familia.	Ausencia de reglas explícitas y gran cantidad de reglas implícitas y/o secretas.	
Sentimiento de pertenencia, identidad familiar.	Amenazas continuas de separación.	Historia de abandonos y pérdidas.
Patrimonio simbólico amplio y diverso.		
Rutinas cotidianas claras y establecidas.		
Capacidad de celebrar y emplear tiempo ritual.		
Comunicación clara con direccionalidad adecuada, directa y con apertura.	Presencia en su interior de un "chivo expiatorio".	Bajo o nulo nivel de instrucción de los padres.
Capacidad de solucionar los conflictos de manera efectiva.	Fuerte resistencia al cambio.	
Capacidad de aprender de las crisis.	Conflictos continuos y crisis cíclicas y repetitivas.	Crisis cíclicas.
Capacidad de utilización de las redes de apoyo formal e informal.	Mal funcionamiento social Precisan de ayuda especializada para resolver sus conflictos.	Conflictos judiciales y policiales. Conflictos vecinales. Actividades laborales de tipo marginal: venta ambulante, mendicidad, recogida de cartón y chatarra, venta de drogas, prostitución. Ausentismo escolar de los hijos.

En cuanto a cuáles son las dimensiones centrales del funcionamiento familiar, desde diversos ámbitos de investigación científica (sociología, psiquiatría, psicología, terapia familiar, etc.), se ha realizado en los últimos años un esfuerzo por agrupar los conceptos relativos al funcionamiento familiar, apuntando a tres dimensiones centrales: la cohesión, la adaptabilidad a los cambios y la comunicación (Polaino y Martínez, 2003). En consonancia con lo anterior, Musitu y Lila (1993) en una revisión bibliográfica sobre las variables de la familia con más peso en el desarrollo del auto-concepto de los hijos, también destacaban que éstas eran el clima familiar, la cohesión y la comunicación.

Actualmente con esta perspectiva y entre los distintos modelos familiares existentes que incorporen las tres dimensiones centrales del funcionamiento familiar (cohesión, adaptabilidad y la comunicación), el más utilizado es el "modelo circumplejo", tal como fue formulado por Olson, Sprenkle y Russell, (1979). Este modelo, nos muestra una matriz comprensiva de la salud familiar, congruente con la teoría general de sistemas y estructural, ofreciendo una información enriquecedora sobre el funcionamiento familiar más allá de una perspectiva individual o diádica (Jiménez, 2009), por ello nos vamos a centrar en el mismo en este trabajo de Tesis doctoral.

La Figura 4.10 pone de manifiesto las características fundamentales del modelo:

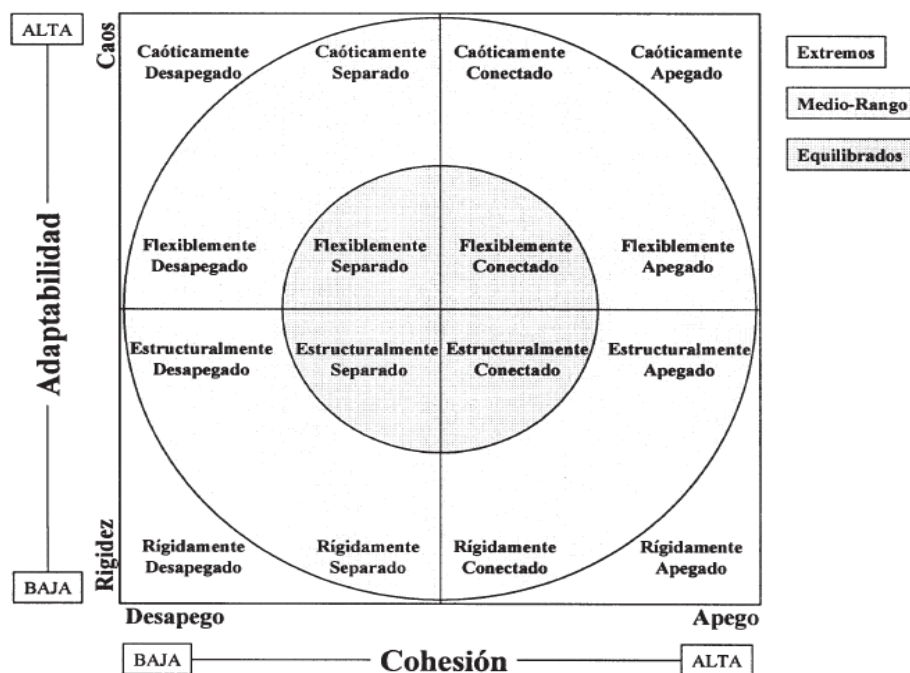


Figura 4.10. Modelo circumplejo adaptado de Olson et al. (Tomado de Martínez-Pampliega, et al. (2006).

Según Olson et al. (1979), el funcionamiento familiar lo componen tres dimensiones básicas: la cohesión, la adaptabilidad familiar y la comunicación.

➤ **Cohesión.** Es considerada unificante (Ferreira, 2003) y es definida por Olso, Sprenkle, y Russell (1983) como *“los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan”* (p. 53). Dicho de otra manera haría referencia *“al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia”* (p.33) (Schmidt, Barreyoid y Maglio, 2010). Los conceptos vinculados con la cohesión serían los siguientes: los lazos familiares, la implicación familiar, las coaliciones padres–hijos, las fronteras internas y externas, el apoyo, el uso del tiempo y el ocio, los amigos, así como la noción de autonomía (Maynard y Olson, 1987).

➤ **Adaptabilidad Familiar.** Es definida por Olson et al. (1983) como *“la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al stress situacional y evolutivo”* (p.62). Dicho de otra manera haría referencia *“a la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia”* (p.33) (Schmidt et al., 2010). Los conceptos vinculados con la adaptabilidad incluyen como vemos por su definición las nociones de estructura de poder de la familia (el liderazgo y la disciplina), el estilo de negociación, los roles de relación y las reglas de interacción (Maynard y Olson, 1987).

➤ **Comunicación.** Es considerada en este modelo como una dimensión facilitadora que permite a las familias moverse dentro de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Se postula que las familias que se encuentren en el área balanceadas del modelo tienen mejor comunicación que las que se encuentran en los extremos.

Tal como se puede observar en la Figura 4.11, Olson considera que las dimensiones de cohesión y adaptabilidad condicionan el funcionamiento familiar. Cada una de estas dimensiones tiene cuatro niveles. En cohesión serían: desapegada, separada, conectada y apegada (denominadas también enmarañadas), y para la dimensión de adaptabilidad: caótica, flexible, estructurada y rígida. De su correlación se determinan 16 tipos de sistemas familiares o conyugales, cuatro de estos dieciséis tipos son moderados en ambas dimensiones (tipos familiares equilibrados); ocho tipos son extremos en una sola dimensión (tipos medios) y cuatro tipos son extremos en ambas dimensiones (tipos extremos). Como vemos en la Fig. 4.11, la correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, determinan tres niveles de funcionamiento familiar: familias equilibradas, de rango medio y extremas.

Originalmente, el modelo circuplejo define e interpreta estas dimensiones de manera curvilínea, es decir, los valores que reflejan un funcionamiento familiar óptimo son las centrales o denominadas familias de tipo balanceadas, traducidas en equilibradas (Polaino y Martínez, 2003). Se trata de familias que tienden a ser, pues, más funcionales y facilitadoras del funcionamiento familiar. Las familias denominadas de rango medio y/o intermedias, también podemos decir que tienen un funcionamiento óptimo, aunque pueden presentar algunas dificultades en una sola de las dimensiones evaluadas, las cuales pueden ser originadas por momentos de estrés, producidas por una crisis durante un breve periodo de tiempo (muerte de un familiar, nacimiento de un hijo, o algún cambio en la estructura). Sin embargo, las familias que se sitúan en los extremos, por exceso y/o por defecto, suponen dinámicas familiares disfuncionales o más problemáticas mientras la familia atraviesa el ciclo vital. Lógicamente si se considera que las familias están incluidas en un continuo que va del funcionamiento funcional y/o óptimo al disfuncional, las familias de tipo extremo serían una versión exagerada y contraria de los elementos que caracterizan un funcionamiento óptimo.

		COHESIÓN			
		Bajo	Moderado	Alto	
FLEXIBILIDAD	Alto	CAOTICA	Extremo	Rango medio	Extremo
	Moderado	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	Bajo	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	Bajo	RIGIDA	Extremo	Rango medio	Extremo

Figura 4.11. Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y flexibilidad (Olson et al., 1989).

Por tanto, esta interpretación curvilínea del modelo implica que el funcionamiento familiar óptimo en relación a la cohesión se muestra cuando los miembros del sistema familiar pueden ser independientes, y por tanto autónomos, pero al mismo tiempo están unidos a su familia, sienten que pertenecen y forman parte de ella. En relación a la adaptabilidad, significa que la familia es flexible a los cambios, y para ello dispone de un repertorio conductual amplio y variado y de habilidades comunicativas que le permiten adaptarse a los cambios de los

diferentes ciclos vitales que atraviesa la familia de una forma organizada y consistente sin perder la identidad el sistema familiar (Vielva et al., 2001).

En relación con el funcionamiento disfuncional familiar desde una interpretación curvilínea, éste se produce cuando aparecen puntuaciones extremas de cohesión y adaptabilidad en las familias evaluadas (Olson, et al., 1983; Smith, 1996; Vielva et al., 2001). Se trataría de familias que presentan un mal pronóstico para el desarrollo individual y familiar, mostrando a familias poco adaptativas.

Así mismo, autores como Ferreira (2003), Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxeny Wilson (1983), Smith (1996) y Vielva et al. (2001), recogen las características fundamentales de las familias extremas en ambas dimensiones: familias extremadamente apegadas (cohesión extremadamente elevada); familias extremadamente desapegadas (cohesión extremadamente baja); familias extremadamente caóticas (adaptabilidad extremadamente baja); y por último familias extremadamente rígidas (adaptabilidad extremadamente baja). Sus características las resumimos a continuación:

➤ Las familias extremadamente apegadas (cohesión extremadamente elevada): Estas familias se caracterizan por una sobre-identificación de los miembros con el sistema, produciendo una excesiva lealtad, con una exagerada cercanía emocional, sentido de pertenencia y dependencia entre los miembros del sistema que les impide una individualización y autonomía necesaria para su desarrollo, y llevándole esta dependencia máxima a compartir el ocio, el espacio, los amigos, las decisiones etc. entre sus miembros. En este contexto los límites son escasos entre los diversos subsistemas que componen el sistema familiar y también entre la familia nuclear y la de origen; los *roles* de padres y de cónyuges suelen no estar bien definidos y son excesivamente permeables. Los hijos no se diferencian sobre la base de la edad o nivel de maduración, de modo que el holón fraterno no puede contribuir adecuadamente al proceso de socialización, las reglas son difusas.

➤ Las familias extremadamente desapegadas (cohesión extremadamente baja). Estas familias se caracterizan por una gran autonomía entre sus miembros con respecto al sistema familiar, es decir, poseen un desproporcionado sentido de la independencia, comparten pocos o escasos espacios comunes y existe un gran desconocimiento por lo que le sucede a cualquier miembro de la familia. Cada miembro familiar tiene su espacio, sus amigos y no comparten tiempos juntos. Por otra parte, la separación emocional es extrema, y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia. Las reglas en este sistema familiar son muy rígidas siendo la influencia

externa muy limitada. En este contexto el compromiso con el sistema familiar es casi nulo y tiende a no responder cuando es necesario debido a que muestran un escaso nivel de interdependencia entre sus miembros, de tal manera que sería necesario un alto nivel de estrés de uno de los miembros del sistema familiar para activar al resto con la suficiente intensidad como para que se movilizemos sistemas de apoyo de la familia.

➤ Las familias extremadamente caóticas (adaptabilidad extremadamente elevada). Estas familias se caracterizan por un ejercicio de la parentalidad en relación a la disciplina muy permisiva y poco eficaz, el nivel de negociación puede ser alto pero sin conllevar acuerdos sistemáticos, predominando las decisiones impulsivas y poco consistentes. Las reglas que se establecen en el sistema familiar no están bien definidas lo que genera inconsistencia en el funcionamiento familiar. El liderazgo es muy limitado y/o errático. Este estilo de prácticas educativas, hay autores que la han determinado claramente de riesgo y la han denominado "*disciplina incoherente*" p 64 (Rodrigo et al., 2008). Este sistema familiar es muy permeable a las influencias externas lo que conlleva a que se experimenten excesivos cambios con mucha frecuencia y estos pueden modificar su funcionamiento. No existe claridad en los roles y a veces estos pueden estar invertidos.

➤ Familias extremadamente rígidas (adaptabilidad extremadamente baja). Estas familias se caracterizan por un liderazgo excesivamente autoritario, con altos niveles de control y una disciplina autocrática. Este liderazgo autoritario por parte de las figuras parentales hace que casi no existan negociaciones entre sus miembros y que las decisiones sean tomadas por los padres o alguno de ellos y las decisiones sean impuestas. Los roles también están rígidamente definidos y su repertorio es muy limitado; las reglas de interacción son también rígidas y poco cambiantes. El sistema familiar es poco permeable al exterior y por tanto la influencia es escasa y muy limitada.

Este modelo circunplejo de Olson ha posibilitado, además, un sistema de evaluación que se ha desarrollado a través de las escalas FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) para evaluar la cohesión y adaptabilidad de los sistemas familiares. Se trata de un instrumento de evaluación que se ajusta a los postulados de su teoría respecto del funcionamiento familiar, que permite dibujar un comprensivo mapa de la salud familiar (Maynard y Olson, 1987), ya que esta escala discrimina diferentes grupos familiares con características específicas (clínicas y no clínicas) lo cual constituye un gran valor para establecer planes de intervención. Se calcula que existen más de 700 estudios que han utilizado este instrumento en

sus distintas versiones de Kouneski, (citado en Gorall, Tiesel y Olson, 2004), tanto en muestras normalizadas que han sido las más numerosas, como en muestras clínicas, aunque menos, que han confirmado de forma rigurosa el poder discriminante de las escalas Faces (Polaino y Martínez, 2003). De las cuatro escalas FACES, sobre todo el FACES II y el III se han adaptado al habla hispana, tanto en Sudamérica (México, Perú) como en España. Sin embargo, en nuestro país adolecemos de investigaciones que hayan examinado muestras clínicas, ya que la mayor parte de las muestras utilizadas han sido de estudiantes universitarios, es decir, con población normalizada, con la excepción de un estudio realizado por Vielva et al. (2001), que examinaron distintos miembros de unidades familiares provenientes de la población comunitaria y de las familias con hijos adolescentes consumidores de drogas, ofreciendo una validación de las dimensiones de adaptabilidad y cohesión propuestos en la escala original.

Es importante también subrayar que este modelo al tratar a la familia de un modo global, incorpora la idea de que todos los miembros tienen una "imagen" completa de su familia. En este sentido cada miembro nos puede informar de su percepción, desde una doble vertiente la que perciben en el presente y la ideal (López, 2002). En investigaciones realizadas por los propios autores del "modelo circunplejo" se constataba que no existían diferencias entre los padres y las madres en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (Olson et al, 1979), cuestión esta que confirman otros investigadores (Casares, 2013; López, 2002).

Por otra parte, otras investigaciones han demostrado la capacidad discriminativa de la escala FACES en relación con la contestación de la misma por parte de algún miembro de la familia que padezca algún trastorno o adicción (Garbarino, Sebes y Schellenbach, 1984; Olson et al., 1979; Olson y Killorin, 1985; Portner, 1981; Bell, 1982). Estos mismos autores también especifican que las familias equilibradas o moderadas son más funcionales que las familias de tipo extremo, resaltando también que las primeras tienen estrategias de comunicación más positivas.

El estudio de las familias en situación de riesgo psicosocial desde la perspectiva del modelo de Olson tiene su sentido dentro del ámbito de los Servicios Sociales, ya que éste se ocupa de atender unidades familiares diversas y con diferentes servicios, organizados para responder a las diferentes problemáticas, niveles de riesgo y tipos de funcionamiento familiar. Así se supone que en los primeros niveles de atención se encuentran atendidas las familias con un nivel de funcionamiento más ajustado y adaptado, mientras que, a medida que las familias muestran un nivel de desajuste mayor, serán atendidas en servicios más especializados, como sería el caso de las familias atendidas por los ETF, que ya se encontrarían en situación de riesgo

psicosocial, desprotección y/o maltrato por lo que desde este serían familias de rango medio y /o extremo.

En este sentido, ya en el año 2011 realizamos una investigación sobre la evaluación del funcionamiento familiar en familias en situación de riesgo psicosocial en los Servicios Sociales Comunitarios del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla utilizando en esa ocasión el Faces II, con una muestra distribuida en los diferentes Servicios, de más de 300 familias (SIOV 150; CORE y ETF 90). Los datos reflejaron que las familias mostraban perfiles más extremos en cuanto a su funcionamiento cuanto más especializado era el servicio que las atendían. Este resultado, pues, avalaba la organización establecida en relación a la adscripción al servicio más ajustado del tratamiento requerido por estas familias en riesgo psicosocial, siendo las que estaban en ETF las que tenían un funcionamiento más extremo. En definitiva, el nivel de riesgo de estas familias guardaba una estrecha relación con su funcionamiento familiar, siendo las más disfuncionales la que están siendo atendidas por los niveles más especializados (Casares, 2013).

Por otra parte, realizar una tipología de las familias atendidas en los Servicios Sociales a partir del tipo de funcionamiento familiar podría resultar también de gran utilidad debido a que provee a los profesionales encargados de su atención de información relevante sobre los estilos relacionales característicos de las mismas, incorporando esta información a sus planes de intervención. En relación con esta cuestión también en la investigación anteriormente expuesta obtuvimos información relevante (Casares, 2013). En concreto:

➤ La tipología familiar predominante entre las familias de riesgo psicosocial fue la de funcionamiento extremo. Podríamos decir que eran sistemas familiares cerrados en relación a los vínculos familiares, con muy pocas habilidades para posibilitar la individualización de sus miembros, así como su participación e integración social. Así mismo, la presencia de dinámicas familiares de tipo caótico mostraba la existencia de familias excesivamente permeables al exterior, sujetas a los cambios permanentes del medio sin mostrar una consistencia interna en función del estilo personal de sus miembros. Esto quería decir que, según este modelo, la mayoría de las familias estudiadas se caracterizaron por dinámicas disfuncionales, presentando en ambas dimensiones (cohesión y adaptabilidad) dificultades y problemas en relación con el desarrollo del individuo y de la familia. Así mismo los resultados aportaron un dato más llamativo aún: la ausencia de familias equilibradas en los tres niveles de intervención (SIOV, CORE. y ETF). Este es un dato relevante a tener en cuenta en la práctica profesional de los técnicos de los Servicios Sociales, ya que se deduce que una vez que se incorporan al Sistema estamos ya atendiendo a familias al menos con un nivel leve de riesgo.

➤ Los resultados también nos mostraron que más de la mitad de las familias presentaban niveles excesivamente altos de adaptabilidad y cohesión, siendo esta última dimensión aún más llamativa en porcentaje, cuestión esta que se ajustaba a los resultados de otras investigaciones, y a lo esperado, esto es, que estas familias mostrarían perfiles más extremos en su funcionamiento particularmente en la dimensión de cohesión. Comparando esos resultados con otras investigaciones (Ben-David y Jurich, 1993; Smith, 1996), se encontraron coincidencias a nivel global, ya que estos hallaron resultados significativamente menos favorables en ambas dimensiones en familias en situación de riesgo en comparación con familias de poblaciones comunitarias.

➤ Por último, analizando los resultados obtenidos se pudo concluir que era necesaria la intervención programática, además de la intervención técnica, para promover en las familias funcionamiento más moderadamente equilibrados, sobre todo en el CORE. y ETF

A pesar de la gran aceptación de este modelo y de su utilidad para el estudio del funcionamiento familiar en contextos de riesgo, no ha estado exento de críticas. Sobre todo, este modelo ha recibido críticas en relación a la curvalinealidad de su interpretación, dando lugar a que diversos investigadores hayan analizado esta cuestión en relación a las dos dimensiones estudiadas, cohesión y adaptabilidad.

En este sentido, con respecto a la cohesión, Olson sitúa en el extremo final de esta dimensión el apegamiento. Autores como Barbe y Buehler (1996), consideran este concepto más que de apoyo, como una manifestación de control y patrones de interacción restrictivos para la autonomía de los miembros de la familia, por lo que consideran que este constructo debe ser analizado de manera independiente al de cohesión, ya que correspondería con un funcionamiento familiar menos favorable.

Con respecto a la segunda dimensión, la adaptabilidad, ésta parece no comportarse como un constructo unitario (Schmidt, et al, 2010). Las críticas sobre esta dimensión hacen referencia al modo en que la adaptabilidad evalúa el cambio. Sin embargo, el propio Olson (1994) en un análisis más profundo de esta dimensión, concluye que lo que se está midiendo en realidad no es la capacidad de cambio sino la magnitud del cambio, y propone reemplazar el término de Adaptabilidad por Flexibilidad, y es con el FACES IV cuando vuelve a revisar este concepto y dice que flexibilidad será definida como *“una cualidad y expresión del liderazgo y organización, roles, reglas y negociaciones”* (Gorall et al., 2004, p.24), pero valorada desde la experimentación de la familia en la magnitud del cambio. En esta línea, Watson y sus colegas hacen una nueva

reformulación y en vez de hablar de flexibilidad proponen tres aspectos relativamente independientes: "resolución de conflictos, organización e inflexibilidad" (Watson, Tiesel y Gorall, 2004, p. 24).

Por otra parte, aun con el concepto de flexibilidad ya matizado por Olson, éste es un elemento conceptualizado en la literatura de forma lineal, es decir, mientras a mayor flexibilidad más adaptación y más bienestar (Lee, 1988), lo que indicaría un funcionamiento óptimo. Dicho de otra manera, que se den muchos cambios en una familia puede significar que son intentos de la misma para buscar alternativas y poder solucionar una dificultad o problema concreto y esta manera de funcionar no supone un funcionamiento disfuncional. Así pues, en esta línea y desde esta perspectiva, a mayor adaptabilidad mejor funcionamiento familiar, ya que una menor adaptabilidad nos indicaría ausencia de alternativas y de repertorio conductual para resolver las dificultades y problemas, que es justamente lo disfuncional. Sin embargo, muchos cambios demasiado rápidos e incluso incontrolados pueden resultar en determinadas tipos de familias, como las caóticas, poco favorables para la salud de la familia (Smith, 1996). Estas cuestiones nos llevan a entender que pueden estar coexistiendo niveles de curvilinealidad y linealidad en esta dimensión (Lee, 1988). Sin embargo, las diversas investigaciones muestran que la dimensión de cohesión requiere más de una interpretación lineal cuando se relaciona con medidas indicadoras de la salud familiar (Amerikaner, Monks, Wolfer y Thomas, 1994; Barnes y Olson, 1985; Noller y Shum 1990; Smith, 1996) que la dimensión de adaptabilidad, donde los estudios son menos concluyentes (Farell y Barnes, 1993; Noller y Shum, 1990; Vandeleur; Preisig, Fenton y Ferrero, 1999).

Por otra parte, Investigaciones desarrolladas por el propio Olson et al., (1983) después de evaluar a más de 1000 familias representativas de todos los estadios del ciclo vital, hallaron una relación lineal entre la cohesión y la adaptabilidad en las familias funcionales. Así, éstas mostraban puntuaciones más altas en cohesión y adaptabilidad que estaban asociadas a un mejor funcionamiento familiar. Estos autores una vez analizados los resultados concluyeron que parece haber muy pocas familias funcionales que puedan incluirse en los tipos extremos de familias.

Estos hallazgos hicieron re-conceptualizar a los autores el modelo, planteando un modelo circunplejo tridimensional, que recoge las aportaciones de las diversas investigaciones en cuanto al carácter curvilíneo y lineal del modelo. Por ello, en este modelo los tipos de familias balanceadas que se encontraban en la parte central según la interpretación curvilínea, pasan a situarse en la zona más elevada. Esto permite decir que las puntuaciones más elevadas en las

dimensiones de cohesión y adaptabilidad se corresponden con familias más funcionales y sanas, mientras que las puntuaciones más bajas corresponden con familias disfuncionales.

Por todos estos argumentos, y para superar sobre todo el análisis del funcionamiento familiar desde una perspectiva curvilínea del modelo, las escalas FACESIII se convierten en una herramienta de evaluación del funcionamiento familiar muy atractiva para su utilización en el estudio de las familias en situación de riesgo psicosocial, como es el objetivo de esta Tesis doctoral. En concreto, las escalas FASES III permiten una interpretación lineal del funcionamiento familiar, analizando las tres dimensiones básicas que integran dicho funcionamiento: cohesión, adaptabilidad y comunicación; es decir, los resultados obtenidos pueden interpretarse de forma que a mayor cohesión, flexibilidad y comunicación, mejor funcionamiento familiar y por ende mejor salud familiar.

Desde esta interpretación lineal, Jiménez (2009) ha desarrollado un análisis de la cohesión y adaptabilidad en familias usuarias de servicios sociales, y por tanto, en situación de riesgo psicosocial. En este trabajo la dimensión de cohesión no aparecía con resultados particularmente negativos en estas familias (Jiménez, 2009). Sí son coincidentes con otras investigaciones de interpretación curvilínea los resultados encontrados en la dimensión de adaptabilidad, en la que si se encontraron niveles bajos desde una lectura lineal del modelo. El análisis por separado de la cohesión y la adaptabilidad y sus características mostraron en esta investigación resultados que nos indicaban que se trataba de familias fundamentalmente apegadas (cohesión extremadamente elevadas) y caóticas (adaptabilidad extremadamente elevada) (Olson et al., 1983; Ferreira, 2003; Jiménez, 2009).

Finalmente, e independientemente de la interpretación curvilínea o lineal que pueda hacerse desde este modelo, la cohesión y la adaptabilidad son dimensiones que dan información específica de aspectos del funcionamiento familias y están relacionadas entre sí (Noller y Shum, 1990; Olson et al., 1983; Smith, 1996).

Como vemos, las escalas FACES III desarrolladas desde este modelo pueden constituir un instrumento es muy útil para evaluar la funcionalidad de la familia y obtener una imagen global de su, pero no puede ser utilizado como el único instrumento para determinar si una familia es disfuncional o no y que nivel de riesgo presenta. Se trata de un instrumento clave para utilizarlo como cribado, tanto para el diagnóstico como para la intervención, ya que distintos estudios evidencian que la cohesión y la adaptabilidad familiar son buenos predictores de las distintas formas de maltrato (Higgins y McCabe, 2000).

Por todo ello, la evaluación del funcionamiento familiar se ha convertido en una cuestión clave en el ámbito de los Servicios Sociales, ya que ayuda a los profesionales de la intervención social a ser más rigurosos, precisos, fiables en sus valoraciones, al tiempo que permite, incorporar a las familias en riesgo psicosocial en el Servicio que le corresponde para su abordaje y atención. Para abordar ésta y otras tareas a la que se enfrentan los profesionales de los diversos servicios de los SS. SS. CC., se requieren aportaciones rigurosas de herramientas e instrumentos de evaluación del funcionamiento familiar que les incorporen elementos de reflexión y aporten pautas para mejorar la intervención familiar. En este sentido, la incorporación del estudio de esta dimensión entre los objetivos de este trabajo esperamos que pueda contribuir a un mejor conocimiento de las familias que son atendidas desde los Servicios Sociales y, con ello, la mejora de la intervención desarrollada desde estos dispositivos.

Así mismo, y para finalizar con la revisión de esta dimensión, es interesante destacar la relación que tiene el funcionamiento familiar con las otras dimensiones estudiadas en este trabajo: estrés familiar, afrontamiento y malestar psicológico, como factores de riesgo tanto para la familia como para cualquiera de sus miembros (De Panfilis y Dubowitz, 2005). En esta línea, los datos disponibles evidencian, sobre todo, cómo el estrés familiar está asociado con la dimensión de cohesión familiar, ya que cuando el estrés es muy elevado se observa una menor implicación familiar, una mayor inestabilidad en la familia y más dificultades y conflictos en las relaciones entre sus miembros (Moore et al, 2007; Sidor et al, 2013). En todo caso, se trata de dimensiones que están estrechamente relacionadas entre sí, especialmente el estrés parental, el malestar psicológico y el afrontamiento, acompañado en muchos casos de un clima familiar poco adecuado y rodeado de contexto de necesidad, dificultad y/o conflicto.

En resumen, y una vez revisados los datos disponibles sobre las dimensiones objeto de estudio en esta Tesis doctoral, resulta paradójico que hasta el momento presente existan tan pocas investigaciones que aborden el estudio de estas dimensiones psicológicas en la población en riesgo psicosocial, teniendo en cuenta la importancia que los Servicios de atención a la infancia y la familia han adquirido en nuestro país, y el grado de complejidad que han desarrollado, además de los recursos económicos y humanos que se invierten en este ámbito. No obstante, desde nuestro punto de vista, el desarrollo del sistema social de protección no ha venido siempre acompañado de la realización de investigaciones que hayan permitido, entre otras cosas, disponer de herramientas e instrumentos con una base empírica que hayan contribuido a la mejora de la acción social desde una base técnica confiable. Más bien, parece

que, en algunos casos, la intuición y la experiencia profesional se acaban convirtiendo en uno de los mejores instrumentos para las actuaciones desarrolladas en el ámbito de la intervención familiar, sin que exista un consenso global sobre estrategias específicas de intervención, ni instrumentos estandarizados y adaptados a la población con la que se trabaja. Esperamos que la realización de este trabajo, realizado desde el ámbito profesional, pueda suponer una contribución en esta línea y anime a otros profesionales a investigar para, entre todos, profundizar en la comprensión de las características de las familias que son atendidas desde los Servicios Sociales y, con ello, posibilitar que las intervenciones que se desarrollan se sustenten cada vez más en la evidencia científica.

II METODOLOGÍA

Capítulo V

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tal como expusimos en la presentación de esta Tesis Doctoral, las escasas investigaciones que existen en nuestro país sobre el perfil de la población usuaria de los Servicios Sociales, y en concreto sobre las familias atendidas por los Equipos de Tratamiento Familiar que funcionan en la Comunidad de Andalucía, nos ha hecho plantearnos este trabajo. La relevancia de conocer en profundidad las características sociodemográficas de estas familias, la relación que mantienen con los servicios que las atienden, así como profundizar en las dimensiones psicológicas que las caracterizan es incuestionable, ya que todo ello contribuirá a poder identificar y realizar propuestas encaminadas a la mejora de la intervención que reciben.

Es por ello que una vez abordado en los capítulos anteriores el marco conceptual en el que se sustenta este trabajo, se describe en el presente capítulo el diseño de la investigación realizada. Para ello, se exponen en primer lugar los objetivos de la investigación y, a continuación, se describen las cuestiones metodológicas. En concreto, el método seguido se desgana en cuatro apartados relativos al procedimiento utilizado, la descripción de los participantes, los instrumentos y el plan de análisis.

5.1. Objetivos de la investigación.

En este apartado vamos a exponer tanto los objetivos generales como específicos que se han planteado para el desarrollo de este trabajo de investigación y que, como no puede ser de otra manera, están en consonancia con el marco teórico que hemos expuesto en los capítulos anteriores. En términos generales, la investigación que se describe en estas páginas tiene la finalidad de profundizar en el conocimiento del perfil psicosocial y necesidades de intervención que presentan las familias que son atendidas por los Equipos de Tratamiento Familiar. Para ello, se ha seguido una doble estrategia; por un lado, se ha llevado a cabo un análisis exhaustivo de los datos recogidos en las Memorias anuales de todos los años de implementación de los ETF de la ciudad de Sevilla; por otro, se ha entrevistado a un conjunto de familias atendidas por estos equipos para obtener información directa sobre diferentes dimensiones psicológicas (estrés parental, malestar psicológico, estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar). Los resultados obtenidos por ambas vías nos permitirán conocer e identificar distintos perfiles y necesidades específicas de las familias participantes en este programa, lo que proporcionará información relevante para ofrecer pautas de actuación que contribuyan a la mejora de la intervención familiar que se lleva a cabo con estas familias. En la Tabla 5.1 que aparece a continuación se describen de forma detallada tanto los objetivos generales como específicos a los que se intenta dar respuesta mediante la investigación desarrollada.

Tabla 5.1

Objetivos generales y específicos de la investigación.

Objetivos Generales	Objetivos Específicos
<p>1. Analizar los resultados de la implementación del Programa de <i>Tratamiento de familias con menores</i> por parte de los Equipos de Tratamiento Familiar de la ciudad de Sevilla durante los 13 años de existencia de este programa.</p>	<p>1.1. Ofrecer los datos de cobertura de este programa en sus dos modalidades: reunificación familiar y atención a familias en situación de riesgo social.</p> <p>1.2. Describir los aspectos más generales del perfil sociodemográfico de la totalidad de las familias atendidas.</p> <p>1.3. Describir el perfil y grado de riesgo que presentan las familias atendidas.</p> <p>1.4. Describir y analizar las características de la aplicación del programa en sus dos modalidades: criterios de inclusión, duración del período de intervención, causas de finalización, consecución de objetivos, etcétera.</p>

	1.5. Sintetizar las aportaciones de los profesionales respecto a las dificultades encontradas en la aplicación del programa y sus propuestas de mejora.
2. Explorar y describir en profundidad el perfil sociodemográfico y psicosocial de las familias atendidas por los Equipos de Tratamiento Familiar.	<p>2.1. Describir las características sociodemográficas de las familias atendidas: nivel económico, nivel educativo, estructura familiar, etcétera.</p> <p>2.2. Describir el historial de atención e intervención de estas familias en los Servicios Sociales.</p> <p>2.3. Describir las tendencias centrales de las dimensiones psicológicas exploradas: estrés parental, estrategias de afrontamiento, malestar psicológico y funcionamiento familiar.</p> <p>2.4. Analizar las relaciones entre estas dimensiones psicológicas y el perfil sociodemográfico e historial de intervención de estas familias.</p>
3 Analizar las relaciones entre las distintas dimensiones psicológicas y su influencia en el desarrollo y evolución de la intervención desarrollada desde los ETF	<p>3.1. Explorar las relaciones existentes entre el estrés parental, el malestar psicológico, el afrontamiento y el funcionamiento familiar en las familias participantes.</p> <p>3.2. Explorar las puntuaciones clínicas de los y las participantes en estrés parental y malestar psicológico.</p> <p>3.3. Examinar el nivel de cooperación de los progenitores con el plan de caso y su explicación en base a las dimensiones psicológicas estudiadas.</p> <p>3.4. Explorar el nivel de riesgo del caso y su explicación en base a las dimensiones psicológicas estudiadas.</p> <p>3.5. Analizar la evolución del caso y su explicación en base a las dimensiones psicológicas estudiadas.</p>
4. Analizar la variabilidad de perfiles familiares entre los usuarios/as de los ETF en función de las distintas dimensiones psicológicas analizadas.	<p>4.1. Realizar un análisis de conglomerados para identificar una tipología entre las familias atendidas por los ETF.</p> <p>4.2. Analizar las relaciones entre los distintos perfiles familiares identificados y las características sociodemográficas de las familias.</p> <p>4.3. Analizar las relaciones entre los diferentes perfiles familiares identificados y el historial de intervención de las familias.</p> <p>4.4. Analizar las relaciones entre los perfiles familiares identificados y las diversas dimensiones psicológicas.</p>
5. Contribuir a la mejora de la intervención familiar que desarrollan los ETF.	Plantear pautas de actuación para la intervención en función de los perfiles familiares identificados.

5.2. Método

Una vez descritos los objetivos de esta Tesis Doctoral, se describen en este apartado los aspectos metodológicos que caracterizan este estudio. Se presenta en primer lugar el procedimiento que se ha seguido en las dos estrategias utilizadas, es decir, tanto para llevar a cabo la revisión y explotación de los datos recogidos en las memorias de los ETF, como para poder acceder y entrevistar a una muestra de familias atendidas por estos equipos. En segundo lugar, se describen los participantes que han colaborado en esta segunda parte del estudio, detallándose la procedencia de la muestra y sus principales características. En tercer lugar, se describen los instrumentos de evaluación utilizados, tanto en la revisión de las memorias como para recoger la información de las familias, ofreciéndose una descripción detallada de estos últimos. El capítulo termina con la descripción del plan de análisis llevado a cabo, tanto del proceso preliminar de tratamiento estadístico de los datos como de las diferentes técnicas empleadas para dar respuesta a los objetivos planteados.

5.2.1. Procedimiento

En primer lugar, se procedió a solicitar permiso a los órganos responsables del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, Delegación de Asuntos Sociales, para poder realizar este trabajo de investigación. Una vez logrado el apoyo institucional para su ejecución, se hizo un planteamiento del procedimiento a seguir en dos partes diferenciadas, de acuerdo a las dos estrategias utilizadas. Por un lado, y para dar respuesta al primer objetivo general, se realizaron las gestiones necesarias para poder acceder a las Memorias anuales de los ETF de la ciudad de Sevilla desde sus inicios (en concreto, desde 2002 al 2015), con el fin de analizar los datos recogidos en las mismas. Por otra parte, y para dar respuesta al resto de objetivos, se procedió a seleccionar y entrevistar a un grupo de familias atendidas por los ETF de Sevilla.

En relación con el procedimiento seguido para llevar a cabo la primera parte del trabajo, se mantuvo una reunión con el Jefe de Sección de Relaciones Institucionales, responsable de la recopilación de la información de todos los ETF que trabajan en la ciudad de Sevilla, con el objeto de solicitar el permiso para poder acceder a las *Memorias finales técnicas de evaluación anual del Programa de tratamiento a familias con menores*. Una vez obtenido el permiso para acceder a dichas memorias, se recopilaron las relativas a los 13 años disponibles en el momento de realizar el estudio y se procedió a analizar los datos recogidos en las mismas.

En relación al procedimiento seguido para abordar la segunda parte de este trabajo, se mantuvo una reunión con los Jefes/as de Sección de cada una de las Zonas de Trabajo Social de la ciudad de Sevilla, con el fin de presentar la investigación y solicitarles su colaboración, en concreto, la de los Equipos de Tratamiento Familiar adscritos a sus respectivos territorios. Posteriormente, se realizaron reuniones en cada una de las Zona de Trabajo Social ya con los profesionales de los respectivos ETF. En estas reuniones se informó de los objetivos de la investigación y se solicitó a los profesionales su colaboración para la selección y puesta en contacto con las familias que cumplieran con los criterios de inclusión en el estudio. Asimismo, en dichas reuniones se les presentó al equipo de personas que iban a realizar la recogida de información (miembros del equipo de investigación dirigido por la profesora M^a Victoria Hidalgo que tenían formación y experiencia previa para esta tarea), así como el cronograma del proceso. La recogida de información se realizó durante los meses de Noviembre a Junio de 2014.

Colaboraron en la investigación los profesionales de 7 ETF de la ciudad de Sevilla. Los profesionales de estos equipos fueron los responsables de contactar con las familias que cumplieran con los criterios de inclusión para presentarles el estudio y solicitarles su colaboración. Una vez obtenido el consentimiento informado de las familias (ver ANEXO F) para participar en el estudio, fueron citadas en las dependencias del Centro de Servicios Sociales que les correspondía, donde se procedió a recoger la información de los instrumentos seleccionados mediante una entrevista estructurada. Se tomó como informante al cuidador/a principal de la familia. En las entrevistas con las familias, los miembros del equipo de investigación que llevaron a cabo la recogida de datos informaron a los participantes acerca de los objetivos de la de investigación, la naturaleza anónima y confidencial de sus respuestas, la voluntariedad de colaborar y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento.

Asimismo, los profesionales también actuaron como informantes y facilitaron información recogida en los expedientes relativa al historial de atención e intervención de estas familias en los Servicios Sociales. Durante todo el proceso de recogida de datos se mantuvo un contacto constante con los Equipos de Tratamiento Familiar, ya que a pesar de haber realizado una planificación y calendarización de las entrevistas con las diversas zonas y familias seleccionadas, en muchas ocasiones se tuvo que ajustar por las dificultades que tuvieron los técnicos de los ETF para que las familias seleccionadas acudieran a las citas.

Los datos recogidos fueron protegidos y confidenciales. Para ello, se identificaron los mismos con un sistema de codificación, de forma que el investigador no podría vincular dichos

datos con la identificación de la familia. De esta forma se aseguraba la protección de datos. Cuando fue necesario, la recogida de datos de los expedientes se realizó eliminando nombres y cualquier otra información que permitieran la identificación de las familias.

5.2.2. Participantes

Como hemos descrito, una parte de esta investigación se llevó a cabo con familias atendidas por los Equipos de Tratamiento Familiar de la ciudad de Sevilla. Aunque se realizó una selección inicial de 90 familias, la muestra definitiva estuvo compuesta por 76 familias que cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

- Familias con un expediente abierto en los servicios sociales.
- Familias que estaban incluidas en el Programa de Tratamiento Familiar
- Familias que en el momento del estudio tenían a su cargo uno o más hijos

Las 76 familias participantes en el estudio eran atendidas en 7 equipos correspondientes a distintas zonas de trabajo social. En la Tabla 5.2 se muestra la distribución territorial de la totalidad de la muestra.

Tabla 5.2

Distribución por zonas de las familias participantes.

ETF	Número de familias
ETF Casco Antiguo /Triana –Los Remedios	13
ETF Sur	5
ETF Cerro	10
ETF San Pablo-Santa Justa	9
ETF Bermejales	15
ETF Alcosa	16
ETF Macarena	8
Total de todos los ETF	76

En el momento de llevar a cabo el estudio, la edad media de los padres y madres participantes fue de 39, 71 años (DT= 9.94), variando en un rango de 18 a los 71 años como valores mínimos y máximos. En cuanto a las familias, tenían un tamaño medio de 3.93 miembros (DT= 1.53), de las cuales en torno a 2 (M = 2.45, DT= 1.17) eran hijos e hijas. Estos

niños (60.54% de la muestra) y niñas (39.46%) tenían una edad media de alrededor de los 9 años (M = 9.42, DT= 4.19).

En el capítulo 6 de los resultados se ofrece una descripción detallada de las características sociodemográfica de la muestra de participantes; no obstante, en la Tabla 5.3 se ofrecen algunos indicadores básicos.

Tabla 5.3

Características de los y las participantes en el estudio.

Dimensión		
Sexo	Hombre	36, 80%
	Mujer	63, 20%
Nivel educativo	Sin estudios	26, 32%
	Estudios primarios	36, 84%
	Estudios secundarios	30, 34%
	Estudios universitarios	6, 50%
Situación laboral	Activos con contrato	11, 90%
	Desempleados	88, 10%
Estructura familiar	Biparental	53, 94%
	Monoparental	46, 06%

5.2.3. Instrumentos

Tal y como se ha explicado en el procedimiento, la realización de este trabajo de investigación integra dos partes bien diferenciadas, que han supuesto tanto procedimientos como la utilización de instrumentos diferentes. Con esta lógica, a continuación se describe el instrumento utilizado para el análisis de la implementación del Programa de tratamiento a familias con menores y, posteriormente, todos los cuestionarios utilizados en las entrevistas a las familias que quedan resumidos en la Tabla 5.4. Todos los instrumentos y medidas de evaluación utilizadas (exceptuando aquellos con derechos de autor), pueden consultarse en el apartado de Anexos de este trabajo.

Tabla 5.4

Áreas, dimensiones e instrumentos de evaluación utilizados en la recogida de datos con las familias.

ÁMBITOS	DIMENSIÓN	INSTRUMENTOS
Individual	Datos sociodemográficos, socioeconómicos e historial de la intervención.	Ficha sociodemográfica. Ficha socioeconómica. Historial de la intervención.
	Estrés parental	PSI-SF (Abidin, 1993).
	Estrategias de Afrontamiento.	COPE (Caver, 1997).
	Bienestar Psicológico.	GHQ-28, (Golberg, 1972; Golberg y William, 1996).
Familiar	Funcionamiento familiar Adaptación y Cohesión.	FACES-III. Family Adaptability y and Cohesion Scale. (Olson, Portner y Lavee, 1995).
	Comunicación	FCS. Family Communication Scale (Olson y Barnes, 2004).

5.2.3.1. Memorias Técnicas anuales de evaluación del Programa de Tratamiento a familias con menores.

Para dar respuesta al primer objetivo de este trabajo, relativo a la descripción del proceso de implementación de los ETF, se han utilizado las Memorias Técnicas anuales de evaluación del Programa de Tratamiento a familias con menores. En concreto, se han utilizado las memorias de los ETF que funcionan en la ciudad de Sevilla correspondientes a los años del período evaluado, desde 2002 hasta 2015.

Estas memorias, que cumplimentan anualmente los profesionales, recogen los datos referidos a las siguientes dimensiones (ver Anexo G):

- Datos de los casos atendidos.
- Datos de los Menores.

- Datos de la Familia.
- Motivos de inclusión.
- Datos sobre el proceso de intervención.
- Motivos de finalización.
- Objetivos conseguidos durante el periodo evaluado.
- Resultados finales.
- Dificultades detectadas en la aplicación del Programa.
- Propuestas de mejora.
- Otros datos de interés con relación a la ejecución del Programa.
- Valoración global de la realización del Programa.

5.2.3.2. Ficha de datos sociodemográficos e historial de intervención

Se trata de un instrumento con dos partes diferenciadas. Por un lado, la ficha de datos sociodemográficos, que es cumplimentada por las familias en formato de entrevista, permite recabar información de diversa índole sobre la situación actual individual y familiar de los participantes en relación a sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, nivel de ingresos y composición familiar (ver Anexo H).

Por otro lado, la ficha con el historial de intervención está diseñada para que el informante sea el profesional y permite recabar información sobre la relación de la familia con los servicios Sociales. Además, esta ficha incluye la valoración de los profesionales tanto en relación con el grado de riesgo de la familia como de la evolución durante la intervención. En ambos casos, los profesionales hacen su valoración en una escala del 1 al 10.

5.2.3.3. Cuestionario de salud general (GHQ-28).

El GHQ fue propuesto por Goldberg (1972) y Goldberg y Hillier (1979), y concebido como un instrumento screening de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico de los no especialistas en psiquiatría, contando su versión inicial de 93 ítems. En España se han validado y utilizados diferentes versiones, sin embargo, la más utilizada ha sido el GHQ-28, (Ver en Anexo I) adaptado y validado por Lobo, Perez-Echevarria y Artal (1985), que es la

utilizada en este trabajo Se trata de un instrumento auto-administrado evalúa la salud general de la persona en relación a dos cuestiones. La primera, la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones saludables normales, es decir, detectar cambios en la función normal de la persona. Y la segunda, la detección de problemas psicológicos actuales a partir del relato de síntomas experimentados por el entrevistado durante las últimas semanas. Las aplicaciones de este cuestionario básicamente son dos. Por un lado estimar dentro de una población determinada la prevalencia de enfermedad psiquiátrica, y por otro, poder identificar casos de patología psiquiátrica en centros no especializados. En los últimos años este instrumento se ha valorado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de screening en Atención primaria. En la misma línea, puede ser un instrumento interesante para ser utilizado por los Equipos de Tratamiento Familiar. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las subescalas de este cuestionario no constituyen categorías nosológicas independientes ni guardan una correspondencia exacta con diagnósticos psiquiátricos, por tanto no sirve para establecer un diagnóstico clínico.

En la versión utilizada, la escala consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas con siete ítems cada uno:

- **Síntomas somáticos:** Evalúa la sintomatología somática a través de afirmaciones como “¿Has tenido dolores de cabeza?”
- **Ansiedad e insomnio:** Valora el grado en que un individuo presenta síntomas ansiosos o insomnio a través de ítems como “¿Has tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?”
- **Disfunción social:** Evalúa en qué medida la persona entrevistada presenta síntomas depresivos a través de ítems como “¿Te has sentido satisfecha con tu manera de hacer las cosas?”
- **Depresión grave:** Esta dimensión valora en qué medida la persona entrevistada presenta síntomas depresivos mediante ítems como “¿Has tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?”

En concreto y en relación con la aplicación, los individuos informan de la presencia de la sintomatología en las tres últimas semanas mediante una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, en la que mayores puntuaciones se corresponden con una mayor presencia de síntomas. Este instrumento requiere unos 10 minutos para su cumplimentación y puede

aplicarse de forma auto-administrada. El análisis de fiabilidad del instrumento realizado a partir de la muestra de progenitores participantes en este estudio reveló un valor $\alpha = .90$.

5.2.3.4. Parenting Stress Index- Short Form (PSI-SF).

Esta escala desarrollada por Abidin (1995) evalúa el nivel de estrés experimentado por la persona en su rol como madre o padre, a través de tres dominios del estrés asociado al rol parental con niños hasta los 12 años. Está compuesta por 36 ítems: el malestar parental, interacción disfuncional entre el progenitor y el niño, y el grado en el que el padre percibe a su hijo como un niño difícil. Los ítems siguen una escala tipo Likert con cinco posibilidades de respuesta (desde Muy en desacuerdo a Muy de acuerdo)

La subescala de **Malestar parental** incluye 12 ítems que pretenden cuantificar los sentimientos negativos experimentados por el padre en su rol de cuidador, en función de las características individuales directamente relacionadas con la parentalidad (ej., *"Me encuentro atrapado por las responsabilidades de ser padre/madre"*).

La subescala de **Interacción disfuncional progenitor-niño** (12 ítems) se centra en la percepción del progenitor de que su hijo no cumple sus expectativas, las interacciones que mantienen no son positivas y no le hace sentirse aceptado y vinculado a su hijo (ej., *"Cuando hago algo por mi hijo, tengo la sensación de que no me lo reconoce lo suficiente"*).

La subescala **Niño difícil** también tiene 12 ítems y evalúa las características conductuales del niño que hacen que sea fácil o difícil lidiar con él (aceptación, humor y adaptabilidad).

Por último, existe un ítem en el que los padres puntúan su propia parentalidad, es decir, en qué medida piensan que son buenos padres. Las puntuaciones mínimas y máximas para cada dimensión del instrumento son 12 y 60, respectivamente. Para la escala total, las puntuaciones pueden oscilar entre 36 y 180. Cuanto más elevada sea la puntuación en esta escala, mayor es el nivel de estrés parental sentido. De acuerdo con las recomendaciones de los autores originales, los casos que sobrepasan los 90 puntos en la puntuación final de este instrumento se caracterizan por un nivel clínico de estrés parental. Evaluada mediante el índice alfa de Cronbach, la fiabilidad de la puntuación total de esta prueba en esta muestra fue de $\alpha = .91$, y de $\alpha = .72$ para *Malestar parental*, $\alpha = .82$ para *Interacción disfuncional progenitor-niño*, y $\alpha = .89$ para *Niño difícil*.

5.2.3.5. Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scale III (FACES III).

El FACES III es la tercera versión de las escalas FACES. Esta tercera versión de la escala fue desarrollada por Olson, Portner y Lavee (1985) basada en el Modelo circumplejo de Olson et al. (1979), y adaptada a la realidad cultural de España por Polaina-Lorente y Martínez (2003). Se trata de un instrumento auto-administrado con 20 ítems en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta en un intervalo de 1 (*nunca o casi nunca*) a 5 (*siempre o casi siempre*), de acuerdo con la frecuencia en que las afirmaciones de los ítems describen la dinámica de familia nuclear (ver Anexo J). El FACES III evalúa dos dimensiones del funcionamiento familiar descritas en el modelo circumplejo: la Cohesión (10 ítems) y la Adaptabilidad (10 ítems).

La **Cohesión** se refiere a la distancia o proximidad de los vínculos emocionales entre los miembros de la familia y el grado de autonomía de los mismos. (ej., "*Los miembros de nuestra familia nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de la familia*").

La **Adaptabilidad** informa respecto al grado de flexibilidad y capacidad de moldeamiento de la familia con respecto a su estructura de poder, las reglas y roles familiares a lo largo del tiempo, en respuesta a distintas tensiones, situaciones y cambios evolutivos (ej., "*Las reglas y las normas cambian en nuestra familia*").

Las puntuaciones para cada dimensión pueden oscilar entre los 10 y los 50 puntos. Puntuaciones más elevadas corresponden a niveles más altos de cohesión y adaptabilidad familiar. De acuerdo con las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems, se puede clasificar a la familia en uno de los cuatro posibles tipos: a) desligadas, separadas, conectadas o aglutinadas, respecto a la característica de cohesión, y b) rígidas, estructurada, flexible o caótica, respecto a la característica de adaptabilidad. Combinando estos cuatro tipos de familia entre sí se obtiene una clasificación de 16 posibles subtipos familiares. Cada uno de ellos, se utilizan para predecir el funcionamiento familiar como sistema y de sus miembros individuales. En este sentido, el FACES III puede ser una prueba útil para los Servicios Sociales por su rapidez y facilidad de uso. Así mismo, está sustentada como indica Noller y Shum (1990) en el modelo con mayor relevancia en la comprensión de los sistemas familiares porque trata de operativizar los distintos modos de funcionamiento familiar en una matriz comprensiva de la salud familiar. Esta escala fue concebida como un instrumento para la evaluación familiar, con fines terapéuticos fundamentalmente (López, 2002), permitiendo discriminar entre familias problemáticas y no

problemáticas (Polaino y Martínez, 2003), o dicho de otro modo, entre familias con un funcionamiento familiar óptimo o desajustado. En suma, se trata de un instrumento de fácil aplicación e interpretación, tiene un alto nivel de confiabilidad y se ha constituido en un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación, tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación.

En el presente estudio, evaluada mediante el índice alfa de Cronbach, la fiabilidad de la subescala de *Cohesión* fue de $\alpha = .79$, y la de la subescala de *Adaptabilidad* de $\alpha = .38$.

5.2.3.6. Family Communication Scale (FCS)

Esta escala de comunicación familiar permite evaluar las habilidades de comunicación que se producen en la familia. Fue desarrollada por Olson y Barnes (2004) con el fin de cubrir la tercera dimensión del modelo circuplejo. La versión utilizada en este estudio es la adaptación al español realizada por Sanz, Iraurgi y Martínez-Pampliega (2002). (Ver Anexo K).

La comunicación familiar (ejemplo "*Los miembros de la familia no expresamos afecto*" "*Los miembros de la familia estamos satisfecho en la marea de comunicarnos*" "*Los miembros de nuestra familia sabemos escuchar*") se define como la capacidad sistémica para establecer una comunicación positiva entre el sistema marital o familiar, recogiendo aspectos tan fundamentales como el nivel de apertura o libertad para intercambiar ideas, la información y preocupaciones entre generaciones, el tono emocional de las interacciones y la confianza y la honestidad experimentada. Esta dimensión se entiende como un facilitador de los niveles de cohesión y adaptabilidad.

Esta prueba tiene 10 ítems con una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones (1. *No describe nada a mi familia* - 5. *Describe muy bien a mi familia*). Este instrumento mide aspectos positivos tales como libertad para intercambio de ideas y sentimientos, el estilo de la interacción, la existencia de mensajes claros y congruentes, empatía, frases de apoyo y habilidades efectivas de resolución de problemas de la comunicación familiar. Las puntuaciones en esta escala pueden oscilar entre los 10 y los 50 puntos, a mayor puntuación mejor es la comunicación familiar. En el presente estudio, se obtuvo una fiabilidad con alpha de Cronbach de .88.

5.2.3.7. Escala de Afrontamiento del Estrés Abreviada (*Brief Coping with Stress Scale, COPE-A.*)

Esta escala fue desarrollada en su versión original por Caver (1997) y traducida y adaptada en España por Crespo y Cruzado (1997) (ver Anexo L). Se trata de un instrumento auto-administrado que evalúa diversas estrategias generales que la persona puede utilizar para afrontar el estrés que le provocan determinadas situaciones. Se compone de 28 ítems que adoptan la forma de frases en las que se proponen posibles acciones o reacciones para afrontar la situación a analizar. Cada reacción se puntúa mediante una escala de cuatro opciones de respuesta cuya formulación puede plantearse para evaluar el afrontamiento rasgo o el afrontamiento estado, en el primer caso la escala de respuesta progresa desde 1 (*Nunca hago eso*) hasta 4 (*Siempre hago eso*), y en el segundo desde 1 (*No hice eso en absoluto*) hasta 4 (*Hice eso mucho*). Los 28 ítems aportan información sobre 11 subescalas (afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo social emocional, religión, reinterpretación positiva y crecimiento personal, aceptación, centrarse en las emociones y desahogo, negación, distracción, y desconexión conductual). A su vez, estas subescalas se agrupan en tres tipos de estrategias para afrontar la situación estresante: estrategias **centradas en el problema, en la emoción y evitación**. Los seis ítems restantes han sido añadidos por los autores de la adaptación en España, y permiten obtener indicadores sobre tres subescalas (consumo de alcohol y drogas, humor y culpa) que, en principio, no se incluyen en ninguno de los tres tipos de estrategias de afrontamiento generales. Algunos ejemplos de ítems incluidos en la escala son: “*Di pasos para entender nuestra situación*” (subescala centrada en el problema) o “*deje de hacer frente a la situación*” (subescala de evitación)”*conseguir consuelo o comprensión de alguien*” (subescala centrada en la emoción).

Los análisis de fiabilidad medidos a través del estadístico alfa de Cronbach en la muestra de este estudio arrojaron una puntuación $\alpha = .70$ para *afrontamiento centrado en el problema*, $\alpha = .56$ para *afrontamiento centrado en la emoción* y $\alpha = .52$ para *evitación*.

5.2.4. Plan De Análisis

El tratamiento que se ha realizado de los datos recogidos se presenta en este apartado (análisis e imputación de los casos perdidos, detección de casos atípicos y comprobación de supuestos), así como, de una manera descriptiva, las técnicas estadísticas utilizadas. Específicamente, se presentan técnicas univariantes (tendencia central y distribución de datos),

bivariantes (contrastes paramétricos y no paramétricos, estadísticos relacionales) y multivariantes (análisis de conglomerados y análisis de regresión logística binomial y multinomial), que permitieron responder a las diversas preguntas planteadas en esta investigación.

5.2.4.1. Supuestos estadísticos y análisis previo.

Antes de realizar los análisis estadísticos se examinó la matriz de datos atendiendo a varias cuestiones. En primer lugar, se estudió la presencia de datos perdidos y, en los casos en los que era aconsejable, se procedió a la sustitución de los mismos a través de la imputación de datos. Para poder sustituir los valores perdidos se comprobó que no se encontraran ausentes en más de un 7% de la muestra y que el 5% de los ítems que conforman la subescala de donde procede el ítem no se hubieran perdido en cada sujeto. Además de este criterio, se utilizó la prueba MCAR de Little, entendiéndose que los datos se perdieron al azar en el caso de aceptar la hipótesis nula. Tras realizar estas comprobaciones, se llevó a cabo la imputación de los datos a través del método de regresión en los casos que superaron los criterios indicados. Posteriormente, se procedió a la detección de casos atípicos, tanto univariantes como multivariantes: por un lado utilizando los diagramas de cajas observándose el rango intercuartílico, y por otro, se consideró la distancia de Mahalanobis y los gráficos de distribución de residuos. Para finalizar, en cuanto a los análisis univariantes y, más concretamente, multivariantes se comprobaron la consecución de los supuestos de normalidad (asimetría, curtosis, Kolmogorov-Smirnov), homocedasticidad (Levene, Diagrama de dispersión de los pronósticos tipificados por los residuos tipificados), linealidad (Gráficos de dispersión de los residuos estandarizados por cada par de variables), multicolinealidad (Factor de inflación de la varianza e Índices de tolerancia).

5.2.4.2. Técnicas estadísticas.

Las técnicas univariantes, bivariantes y multivariantes que se han utilizado para dar respuesta a los objetivos de la Tesis doctoral han sido variadas. Concretamente, se inicia la exposición de las mismas con las técnicas univariadas, que se centran en la exploración de la distribución de datos de las dimensiones, tanto sociodemográficas como psicológicas, seleccionadas para su estudio. Posteriormente, se presentan las técnicas bivariadas de comparación de medias para poblaciones independientes (tanto paramétricas como no paramétricas), y se comentan los procedimientos correlacionales llevados a cabo. Por último, se

describen las técnicas multivariantes, detallándose en primer lugar los análisis de conglomerados, tanto exploratorio como confirmatorio, y los análisis de regresión logística binomial y multinomial. En todos los casos se señalan los supuestos estadísticos que estas técnicas requieren para su adecuada utilización.

5.2.4.2.1. Técnicas univariantes.

Las dimensiones incluidas en este trabajo, ya sean de corte sociodemográfico como psicológico, se basan en variables cualitativas (dicotómicas u ordinales) y cuantitativas (continuas). De cada tipo se han elegido determinados estadísticos que describen la distribución de datos de las mismas, para examinar así su variabilidad y los valores representativos de tendencia central y dispersión.

Con respecto a las variables cualitativas, se presenta la distribución de frecuencias y porcentajes, señalando a su vez el tamaño muestral que representan las mismas (n). Se ha seleccionado la representación gráfica de barras para las variables dicotómicas y circular para las variables cualitativas con más de dos valores. Por otro lado, se exponen los estadísticos descriptivos a través de la media (M , tendencia central), la desviación típica (DT , variabilidad) y sus valores mínimo y máximo (Min-Max, amplitud) de las variables cuantitativas. Para la representación de los datos que destacaban por su relevancia, concretamente, las variables psicológicas, se ha elegido el histograma, mostrando de esta manera la frecuencia de casos en categorías.

5.2.4.2.2. Técnicas bivariantes: pruebas paramétricas y no paramétricas.

La elección de los procedimientos estadísticos de comparación de variables cuantitativas dependió en gran medida del cumplimiento de los supuestos fundamentales que son necesarios para las pruebas paramétricas, utilizando en múltiples ocasiones las pruebas no paramétricas al incumplirse el supuesto de $n_k > 30$.

En los casos en los que se satisfacían los supuestos previos se procedió a la utilización de pruebas paramétricas. En este estudio se ha tomado en consideración el análisis de varianza (ANOVA) para los contrastes de medias para dos muestras independientes, utilizándose para ello el estadístico F de Snedecor. Para realizar contrastes *post-hoc* se eligió el método DMS al asumir varianzas iguales. Con respecto a contrastar la probabilidad asociada al nivel de significación, se han tenido en cuenta aquellas que consideraban un nivel de confianza del 95%

o mayor. De acuerdo con Cohen (1988), el cálculo del tamaño del efecto ayuda a establecer un nivel de importancia aproximado más allá de la certeza de diferencias intergrupales, utilizándose en este caso el coeficiente d de Cohen (valores menores a 0.20 se consideraría como un efecto no destacable, entre 0.20 y 0.50 como pequeño, y entre 0.50 y 0.80 grande).

Con respecto a los contrastes de medias de variables que no cumplían alguno de los requisitos anteriormente señalados se utilizaron pruebas no paramétricas. Debido a que las comparaciones se realizaron en todo momento entre dos grupos, se utilizó el estadístico U de Mann-Witney, comparando los rangos promedios (RP) y las suma de rangos (SR), estableciendo los mismos niveles de significación comentados en las pruebas paramétricas.

Con respecto a las variables cualitativas, se utilizó el procedimiento de Tablas de contingencia para la comparación entre grupos independientes. Para ello se tomó en cuenta el estadístico χ^2 (con corrección de Yates por continuidad en los casos en que las tablas eran 2×2), para un valor de confianza en el conjunto total del 90% en relación a diferencias marginales y del 95% o mayor. Se observaron los residuos tipificados corregidos en los análisis de las tablas con más de dos valores cualitativos por variable, estableciendo el límite de significación en valores mayores de ± 1.96 . De nuevo se completó el estudio de las diferencias intergrupales con el examen del tamaño del efecto en las Tablas superiores a 2×2 con el estadístico V de Cramer, los niveles de relevancia del mismo se considerarían despreciables en los que el estadístico se encontrara por debajo de 0.10, pequeño entre 0.10 y 0.30, moderado entre 0.30 y 0.50 y grande cuando supera el 0.50.

Con respecto a los estadísticos de asociación, se utilizó el coeficiente r de Pearson para examinar las correlaciones entre las variables cuantitativas, por lo que no se consideran relaciones curvilíneas en el estudio de las relaciones efectuadas.

5.2.4.2.3. Técnicas multivariantes.

Análisis de conglomerados.

Con objeto de realizar una clasificación de los sujetos del estudio, se ha llevado a cabo un análisis de conglomerados. Este procedimiento estadístico multivariante permite clasificar un conjunto de casos en grupos (conglomerados) heterogéneos entre sí pero homogéneos a nivel interno (Pardo y Ruíz, 2005; Pérez, 2004). De tal manera que la similitud en función de las dimensiones consideradas se maximiza dentro de cada grupo y se minimiza entre los grupos

(Henry, Tolan y Gorman-Smith, 2005), o lo que es lo mismo, la clasificación se caracteriza por una homogeneidad alta intragrupo pero baja intergrupos (Clatworthy, Buick, Hankins, Weinman y Horne, 2005).

Para evitar problemas derivados del diferente escalonamiento de las variables, en este análisis se ha trabajado con las puntuaciones una vez estandarizadas. Posteriormente, y en primer lugar, se ha realizado un análisis de conglomerados jerárquico aglomerativo repitiendo el procedimiento con distintos métodos de conglomeración (en concreto vinculación intergrupos, vecino más lejano, y método de Ward). Para confirmar el número de grupos resultantes, se ha computado un análisis de conglomerados no jerárquicos de k -medias, seleccionando los casos más distantes entre sí y, una vez que todos los casos han sido asignados a uno de los k conglomerados, se ha iniciado el proceso iterativo para calcular los centroides finales.

Análisis de regresión logística binomial y multinomial.

La regresión logística es un instrumento estadístico de análisis multivariado, de uso tanto explicativo como predictivo, con un *logit* como variable dependiente y variables independientes cualitativas (categóricas) o cuantitativas (covariables). Es fundamental entender el término *logit* para comprender la finalidad última de los análisis de regresión logística binomial. Éste es el logaritmo neperiano del cociente entre la probabilidad de que ocurra un suceso (por ejemplo, pertenecer a un grupo concreto) y del contrario (no pertenecer al mismo). Además, esta técnica puede ser usada para estimar la probabilidad de aparición de cada una de las posibilidades del suceso cuando éste presenta más de dos categorías (análisis de regresión logística multinomial).

De acuerdo con la recomendación de Freeman (citado en Calvo y Domínguez, 2002), el número de covariables máximo a introducir en los modelos está supeditado a la cantidad de sujetos de la muestra que participa en el mismo. Así, el número de sujetos debe ser superior a $10 \times (k+1)$, donde k expresa el número de covariables. Además, esas covariables introducidas deben guardar algún tipo relación estadística con la variable dependiente.

Antes de incluir las covariables en el modelo de regresión logística, se han tipificado sus puntuaciones con el objetivo de escalarlas. Posteriormente, para la creación del modelo se comenzó introduciendo la intersección y las covariables escogidas así como los efectos a controlar en un solo paso. La decisión de considerar el modelo final se toma en función del

principio de parsimonia que debe regir este tipo de análisis, así como varios indicadores que ofrecen información sobre la validez y el ajuste del mismo.

Estos indicadores son diferentes para los análisis de regresión logística multinomial y binomial. En los modelos logísticos multinomiales, su viabilidad se calcula a través del doble logaritmo del estadístico de verosimilitud (*likelihood*), que sigue una distribución similar a χ^2 entre el modelo inicial y el final, comprobando si existen diferencias entre ambos. Igualmente, la confiabilidad se estima a través del cálculo de la devianza, medida que evalúa la bondad de ajuste global de razón de verosimilitudes en el modelo final, así como a través de la tasa de clasificaciones correctas del modelo resultante. Para explorar el porcentaje de varianza explicada por el modelo, se ha tomado en consideración el parámetro pseudo-R-cuadrado de Nagelkerke.

Con respecto a los modelos logísticos binomiales, se toma en consideración la distribución Chi-cuadrado de Hosmer y Lemeshow para el cálculo de la bondad de ajuste, así como la tasa de clasificaciones correctas de los sujetos observados y pronosticados del modelo resultante. Además, se ha utilizado el estadístico pseudo-R-cuadrado de Nagelkerke, con el objetivo de evaluar el grado de explicación que ofrece el modelo resultante.

Una vez creado el modelo y comprobado satisfactoriamente su viabilidad, se ha examinado el significado y sentido de los coeficientes a través del estadístico de Wald y las razones de probabilidades (OR, Odds ratio). El estadístico de Wald sigue una distribución normal de media 0 y varianza 1, con lo que su significación estadística señala que es diferente de 0 y se debe conservar la covariable en el modelo. Por su parte, las razones de probabilidades o valores OR ofrecen el cociente entre la probabilidad de que un evento suceda y la probabilidad de que no suceda, y son interpretados como medidas de tamaño del efecto de las dimensiones específicas con una contribución significativa al modelo.

Análisis de regresión lineal múltiple.

El análisis de regresión múltiple es una técnica estadística que puede utilizarse para analizar la relación entre una variable dependiente y varias variables independientes (Hair Anderson, Tatham, y Black 1999), estudiando el grado de explicación que las segundas ofrecen acerca de la variabilidad de los datos de la primera.

Debido a que en este trabajo se considera tanto el modelo general encontrado como el grado de participación que cada variable independiente aporta al mismo, la interpretación del valor teórico se ha realizado desde dos vías: los tipos de relaciones encontradas y la importancia de las variables independientes. Para ello se tomó en cuenta, en primer lugar, el coeficiente de determinación R^2 , que ofrece información acerca del nivel en que la dependiente era explicada por las variables independientes.

Con respecto a las variables independientes, se ha examinado el sentido y la significación de los coeficientes de regresión, con objeto de detectar aquellas variables independientes que contribuyen de una forma significativa a la explicación de la variable dependiente. Los coeficientes β reflejan el grado en que cada variable independiente explica la dependiente, es decir, cuánto aumenta la variable dependiente al aumentar cada variable independiente una unidad manteniendo constantes las demás variables.

III RESULTADOS

Capítulo VI.

RESULTADOS RELATIVOS A LA EXPLOTACIÓN DE LOS DATOS RECOGIDOS EN LAS MEMORIAS ANUALES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE FAMILIAS CON MENORES ELABORADAS POR LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR

Este primer capítulo de resultados trata de dar respuesta al objetivo general número uno de la presente Tesis doctoral, referido a los resultados de la implementación del Programa de *Tratamiento de familias con menores* por parte de los Equipos de Tratamiento Familiar de la ciudad de Sevilla durante los 13 años de existencia de este programa. Para ello, a lo largo del capítulo se presentan los resultados relacionados con la explotación de los datos recogidos en las Memorias técnicas elaboradas por los distintos ETF de la ciudad de Sevilla con el fin de evaluar dicho programa entre los años 2002-2003 hasta el 2014-2015⁴. Estas memorias, que

⁴A lo largo de todo el capítulo los resultados se presentan en las Figuras correspondientes por años naturales, aunque en realidad los datos se corresponden con el período de noviembre a octubre del año siguiente. Así, el primer año del que se presentan datos comienza en el mes de noviembre de 2002 y el último concluye el 31 de octubre de 2015.

deben presentar los equipos anualmente con carácter obligatorio, dan respuesta a los convenios suscritos por parte de los entes locales y la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales a través de la Dirección General de Infancia y Familia de la Junta de Andalucía.

Con objeto de ofrecer una visión integrada de la mucha información contenida en las memorias anuales elaboradas por los ETF, el presente capítulo se ha articulado en cuatro apartados. En el primer apartado se presentan fundamentalmente los datos de cobertura del programa, esto es, número de casos y características sociodemográficas generales de los menores y las familias atendidas. Así, este primer apartado cubre los objetivos específicos 1.1 y 1.2 planteados en esta Tesis doctoral. A continuación, en el segundo apartado, se presentan los resultados relacionados con el perfil y grado de riesgo de las familias atendidas, correspondiente al objetivo específico 1.3. Posteriormente, en el tercer apartado y dando respuesta al objetivo 1.4, se describen y analizan las principales características de la aplicación del programa en sus dos modalidades (duración del período de intervención, causas de finalización, consecución de objetivos, etc.). Para concluir la explotación de los datos recogidos en las memorias, se presenta en un cuarto apartado una síntesis de las valoraciones de los profesionales de los ETF en relación a las dificultades encontradas en la aplicación del programa y sus propuestas de mejora. Este vaciado de toda la información de carácter cualitativa que aparece en las memorias se corresponde con el objetivo específico 1.5. El presente capítulo concluye con un resumen de los principales resultados expuestos.

6.1. Datos sociodemográficos de los menores y las familias atendidas

Tal y como hemos señalado y a partir de la explotación de los datos recogidos en las memorias anuales presentadas por los ETF de la ciudad de Sevilla durante todos los años de existencia del Programa de *Tratamiento de familias con menores*, en este primer apartado se describen los datos relativos a la cobertura de dicho programa. En este sentido, se ofrecen en primer lugar los datos relativos al número de casos atendidos para, posteriormente, presentar las principales características sociodemográficas tanto de los menores como de los adultos de las familias atendidas.

6.1.1. Número de casos atendidos

En primer lugar, en la Figura 6.1 se presenta el número total de casos atendidos en el Programa de tratamiento de familias con menores por los siete Equipos de Tratamiento Familiar desde el año 2002 al 2014, es decir, durante todo el periodo de existencia de este programa. El número de menores y familias atendidas aparece diferenciado por las dos modalidades que tiene este programa: reunificación familiar y familias en situación de riesgo social.

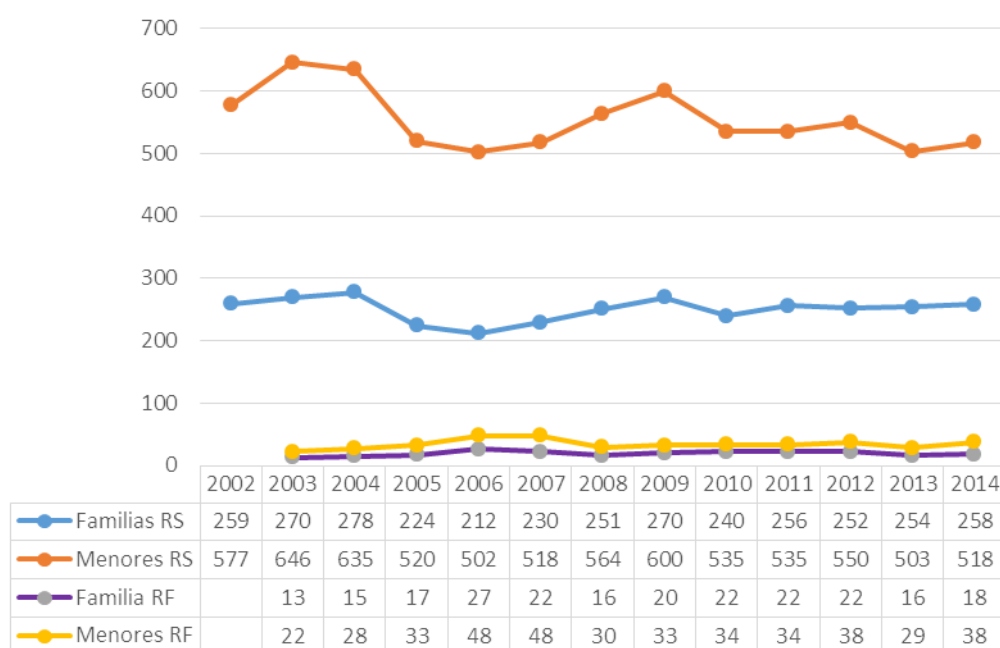


Figura 6.1. Número de menores y familias atendidas por año en las dos modalidades del programa.

Es importante señalar que no aparecen casos de reunificación familiar en los comienzos del Programa ya que esta modalidad de intervención no fue incorporada hasta el 2003 por la Junta de Andalucía, dando así respuesta a la necesidad de atender a las familias que, tras una resolución de desamparo, se valora que se han modificado aquellas cuestiones que llevaron a la decisión de la retirada de los menores y por tanto, se considera posible que los menores puedan volver con su familia de origen.

Los datos recogidos en la Figura 6.1 muestran que la inmensa mayoría de los casos atendidos por los ETF corresponden a la modalidad de atención a familias en situación de riesgo social, arrojando los datos de cobertura de esta modalidad de intervención una media de 250 casos al año (con un mínimo de 212 familias atendidas en 2006 y un máximo de 278 en 2014)

atendidos por la totalidad de los equipos. Por su parte, el número de casos atendidos de la modalidad de reunificación familiar es bastante menor, situándose en una media de aproximadamente 19 casos por año (con un mínimo de 22 casos atendidos en 2003 y un máximo de 48 en 2006 y 2007). En ambas modalidades de intervención, el número de menores atendidos presenta valores bastante más elevados ya que, como promedio, estas familias suelen tener dos hijos o hijas que son atendidos por los ETF.

Para concluir con la exposición de los resultados relativos a la cobertura del programa de Tratamiento de familias con menores, en la Tabla 6.1 se ofrecen los datos del total de familias atendidas durante todo el período analizado. Como puede observarse en dicha Tabla, desde 2002 hasta 2014 han sido atendidos un total de 1251 familias en la modalidad de riesgo social y 99 en la modalidad de reunificación familiar. Este número de familias no se corresponde con la suma de todas las atendidas a lo largo de los diferentes años debido a que la mayoría de las familias han sido atendidas durante dos años diferentes. Lo mismo ocurre con el número de menores atendidos, donde las cifras extraídas a partir de las memorias anuales arrojan un total de 2675 menores atendidos en la modalidad de riesgo social y 172 en la modalidad de reunificación familiar.

Tabla 6.1

Total de menores y familias atendidas por los ETF en las dos modalidades del programa.

Total Casos Atendidos	Riesgo Social	Reunificación Familiar
Familias	1251	99
Menores	2675	172

6.1.2. Características sociodemográficas de los menores

Con objeto de ofrecer una caracterización sociodemográfica general de los menores atendidos por los ETF, a continuación se presentan los datos en relación al sexo y la edad que tenían los menores cuando estos y sus familias participaron en el Programa de Tratamiento de familias con menores.

En primer lugar, en las Figuras 6.2 se presentan los datos relativos a la **edad de los menores** tal y como aparecen recogidos en las memorias anuales y diferenciados por las dos modalidades del programa.

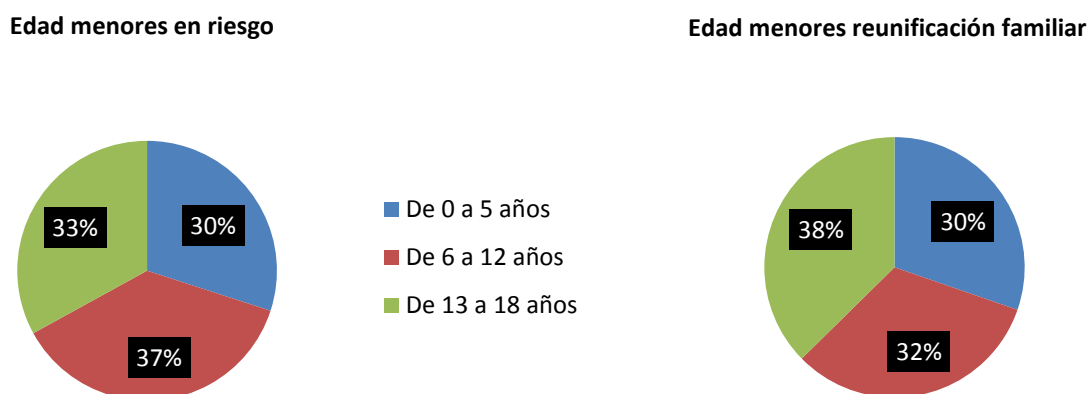


Figura 6.2. *Edad de los menores atendidos en las dos modalidades del programa.*

No obstante, para exponer de forma más clara esta información, para este trabajo se han recategorizado las edades de los menores haciéndolas coincidir con las etapas del ciclo educativo español actual, es decir, la etapa de infantil (0-6 años), la etapa de primaria (6 – 12 años) y la etapa de secundaria (a partir de 12 años).

Como se desprende de los datos recogidos en estos gráficos, en la modalidad de riesgo social, los niños y niñas menores de 6 años representarían el 30% de los casos atendidos, los de la etapa de primaria el 37%, y los preadolescentes y adolescentes el 33% del total. Por su parte, en la modalidad de reunificación familiar, el porcentaje de preadolescentes y adolescentes atendidos presenta el valor más alto, un 38%, frente a los menores de 6 años, que representan un 30%, y a los de primaria, que constituyeron el 32% del total de menores atendidos.

Finalmente, para completar esta descripción sociodemográfica de los menores, se ofrecen los datos extraídos de las memorias en relación al **sexo de los menores atendidos**. Por un lado, en la modalidad de familias en situación de riesgo social, los niños representaron el 53,14% de los menores atendidos y las niñas el 46,86% restante. Por otro lado, en la modalidad de reunificación familiar el 51,79% de los menores atendidos eran niños y el 48,21% eran

niñas. Por tanto, la distribución de los menores atendidos en función de su sexo fue muy similar en las dos modalidades del programa analizado, aunque el porcentaje de menores varones en ambos casos fue mayor.

6.1.3. Características sociodemográficas de los adultos y de las familias

En este apartado se presentan los datos extraídos de las memorias anuales de los ETF que tienen que ver con las características sociodemográficas de los adultos y de las familias atendidas. En primer lugar, se ofrecen los resultados relativos a la composición y estructura de las familias atendidas por los ETF. A continuación, se presentan los datos relativos a los indicadores de carácter más individual de los adultos, en concreto, sexo, edad y nivel de estudios. Finalmente, se describen las cuestiones más relacionadas con el nivel socioeconómico de las familias y la situación de las viviendas que habitan.

En primer lugar y respecto a la **composición familiar**, como se ve en la Figura 6.3, el 37% de las familias atendidas por los ETF entre 2002 y 2014 presentaban una estructura biparental, mientras que las familias monoparentales encabezadas por una madre representaron el 29% y las monoparentales formadas por un padre varón y sus hijos/as el 14% del total. Estos datos evidencian que, en su conjunto, las familias monoparentales (ya sean encabezadas por una madre o un padre) representaron el tipo de estructura familiar más habitual (43%). Aunque la mayoría de las familias presentaban una estructura monoparental o biparental, también se observaron dos tipos de estructuras menos habituales, en concreto, el 11% de las familias atendidas por los ETF eran reconstituidas y un 9% del total eran familias extensas.

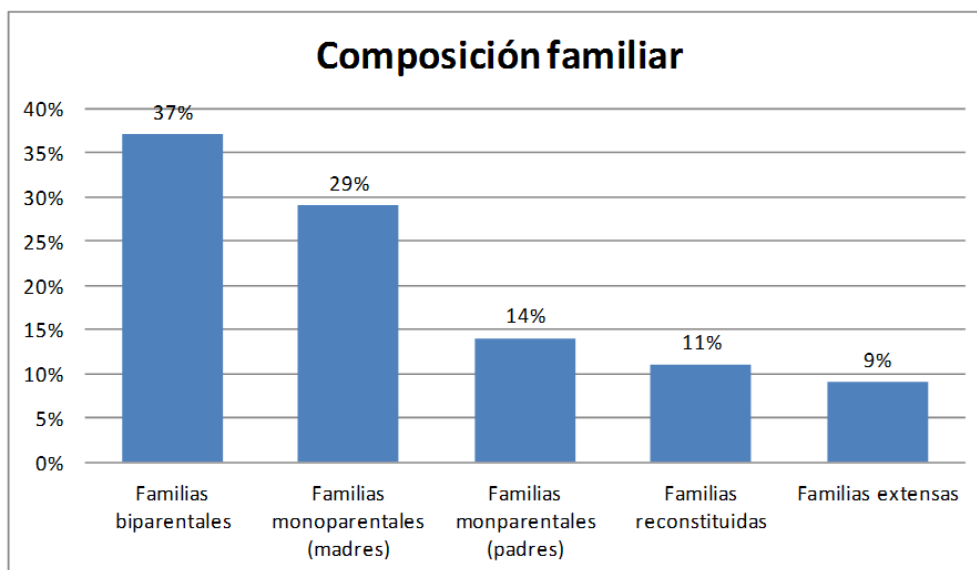


Figura 6.3. Composición familiar de las familias atendidas por los ETF.

Por otra parte y también en relación a la composición familiar, el análisis de la evolución a lo largo del período analizado evidencia que en los primeros años había más familias atendidas con estructura biparental, aumentando de forma progresiva desde 2002 hasta 2014 el porcentaje de familias compuestas por una madre sola con sus hijos/as que son atendidas por este programa.

A continuación, comenzaremos la descripción de los indicadores individuales de los adultos atendidos por los ETF con los datos relativos a **la edad de los progenitores**. En relación con este aspecto, el análisis de los datos recogidos en las memorias mostró que la media de los progenitores cuando se incorporaron al programa era de 41, 02 años de los padres y la de las madres de 37, 08 años. Así mismo, el análisis de la evolución de la edad a lo largo de los años de aplicación del programa mostró que no se observaron diferencias significativas en este aspecto durante todo el período analizado.

Por otro lado y respecto al **sexo de los adultos atendidos** por los ETF, los datos recogidos en las memorias muestran una mayor presencia de las mujeres frente a los hombres. Así, en concreto, durante el período analizado, del total de adultos atendidos por los ETF un 57% fueron mujeres y el 43% hombres. Esta distribución se mantiene bastante constante a lo largo de todos los años sometidos a análisis.

Para completar la descripción de los indicadores individuales de los adultos, en la Figura 6.4 se presentan los datos relativos al **nivel educativo de los padres y madres** de las familias

atendidas por los ETF. Como se desprende de los datos ofrecidos en estas Figuras, el nivel de estudios de padres y madres fue bastante similar. En concreto, los padres que no habían concluido los estudios obligatorios constituían el 39% de los casos, alcanzando al 38% el porcentaje de madres en esa misma situación. Si a estos porcentajes unimos en ambos casos el 13% de situación de analfabetismo, obtenemos que el 52% de los padres y el 51% de las madres presentaban un nivel educativo muy bajo. Por otro lado, el porcentaje de adultos que habían completado los estudios obligatorios fue de un 39% en el caso de los padres y de un 40% en el caso de las madres. Finalmente, el 7% de los padres y madres atendidos tenían estudios secundarios o de formación profesional y un 2% contaba con estudios universitarios.



Figura 6.4. Nivel educativo de las madres y los padres atendidos por los ETF.

Tras haber descrito los resultados más importantes en relación al perfil sociodemográfico de los adultos atendidos por los ETF, presentaremos a continuación los datos extraídos de las memorias anuales en relación con el nivel socioeconómico de las familias usuarias de este programa de Tratamiento de familias con menores. En primer lugar y respecto a **los ingresos familiares**, en la Figura 6.5 se representa la distribución de las familias atendidas en este programa en función de sus ingresos anuales.

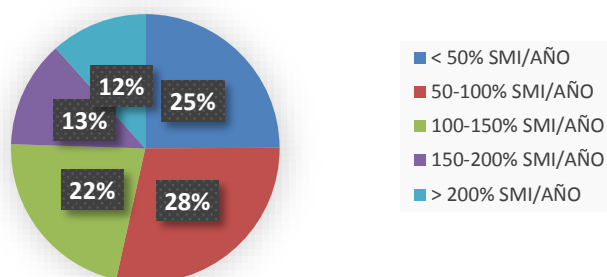


Figura. 6.5. Distribución de las familias según sus ingresos anuales.

Como se puede observar en la Figura anterior, el 25% de las familias atendidas por los ETF tenían unos ingresos inferiores a la mitad del salario mínimo interprofesional (según el decreto 1171/2015, unos 655, 20€ al mes), es decir, que tenían unos ingresos medios mensuales inferiores a 327, 60€. Así mismo, el 28% de las familias atendidas durante este período habían tenido unos ingresos que se situaban entre los 327, 60€ y el salario mínimo, mientras que otro 22% contaba con unos ingresos entre esta cantidad y los 982, 80€. Finalmente, el 13% de las familias usuarias del programa tenían unos ingresos mensuales que se situaban entre los 982, 80€ y los 1310, 40€, y el 12% restante contaba con unos ingresos mensuales superiores a los 1310, 40€.

Por otra parte, atendiendo a la evolución que han tenido los ingresos de estas familias, es a partir del 2010 cuando se observa un incremento de las unidades familiares que están subsistiendo con menos de la mitad del salario mínimo interprofesional, alcanzando el porcentaje más alto en el año 2014, donde un 45, 29% de las familias atendidas mostraban esa situación de clara precariedad económica.

En la misma línea, los datos relativos a la **procedencia de los ingresos** también evidencian una importante precariedad económica de las familias atendidas por los ETF. En concreto, como se puede observar en el Figura 6.6, solo el 31% de estas familias perciben ingresos procedentes exclusivamente de su trabajo, mientras que en el resto, el 69% de los casos, los ingresos familiares contemplaban, en mayor o menor medida, algún tipo de ayuda. Es destacable que en el 17% de los casos, las prestaciones sociales constituyeron el único ingreso con el que contaba la familia.

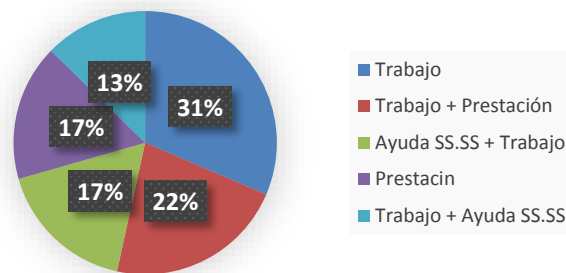


Figura 6.6. Procedencia de los ingresos.

Si analizamos la evolución que ha sufrido la procedencia de los ingresos, se observa que a partir de 2008 baja considerablemente el porcentaje de familias que viven exclusivamente del rendimiento de su trabajo, aumentando a partir de entonces la proporción de familias cuyos ingresos proceden de forma parcial o total de ayudas y prestaciones sociales.

Para completar la descripción del nivel socioeconómico de las familias atendidas por los ETF durante el periodo analizado, presentaremos los datos extraídos de las memorias anuales relativos a la **situación laboral** de los adultos de estas familias. Como puede observarse en el Figura 6.7, el porcentaje de hombres con empleo fijo fue superior al de las madres (el 18% de ellos frente al 7% de ellas), dedicándose éstas más al hogar como amas de casa (17% de las mujeres frente a ningún hombre) y mostrando un porcentaje más alto de desempleo (un 31% de las madres frente al 27% de los padres).

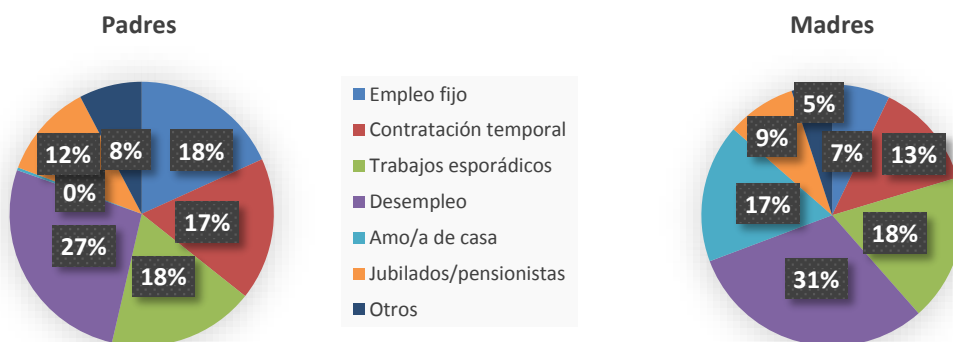


Figura 6.7. Situación laboral de las madres y los padres atendidos por los ETF.

Por otra parte, si analizamos los datos globalmente, es decir, de ambos progenitores sin diferenciación de género, nos encontramos que el 58% de los adultos atendidos por los ETF no tenían trabajo estable y un 30% presentaba una importante inestabilidad laboral, ya que sus trabajos eran temporales y en un 36% de los casos solo tenían trabajos esporádicos.

Finalmente, y en relación con las **condiciones de las viviendas**, las memorias solo recogen datos relativos a la propiedad de las mismas. En concreto, como puede observarse en la Figura 6.8, el 42% de las familias atendidas por los ETF durante el período analizado tenían casa propia frente a un 31% de familias que estaban viviendo de alquiler. Así mismo, un 11% de las familias vivían en casas cedidas y un 6% en casas ocupadas. Es llamativo destacar que el 10% de las familias tenían viviendas en situaciones no tipificadas, incluyéndose dentro de esta categoría situaciones de varias familias conviviendo juntas, familias en módulos familiares situadas en el Albergue Municipal, viviendo en caravanas y/o en chabolas.

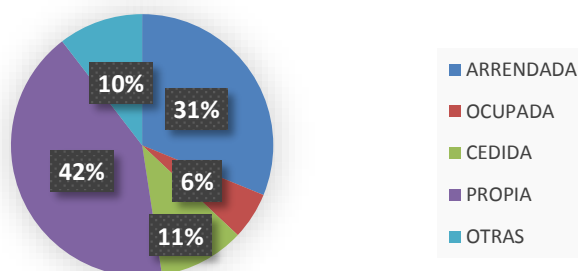


Figura 6.8. Situación de las viviendas de las familias atendidas por los ETF.

6.2. Perfil y grado de riesgo de las familias atendidas.

Una vez descritos las principales características sociodemográficas de las familias atendidas por los ETF, en este apartado se presentan los datos extraídos de las memorias que abordan todo lo relacionado con los factores y grado de riesgo de estas familias. En concreto, comenzaremos con la descripción que hacen los profesionales de los factores de riesgo asociados a las familias, tanto en la modalidad de familias en riesgo social como en la modalidad de reunificación familiar. A continuación, se presentarán los datos sobre la prevalencia de los diferentes tipos de situaciones de maltrato observadas en estas familias así como el miembro de la unidad familiar que ha provocado la situación de malos tratos y/o negligencia. Este apartado terminará con la descripción de la situación en la que se encuentran los menores de las familias que están siendo atendidas desde este servicio de preservación familiar.

6.2.1. Factores de riesgo observados en las familias.

Como puede observarse en el Anexo G, de la memoria que los profesionales de los ETF tienen que cumplimentar anualmente recoge 23 factores de riesgo más una última categoría de combinaciones. La explotación de estos datos nos arroja información de interés sobre cuáles son **los factores de riesgo presentes en las familias** atendidas durante todo el periodo analizado. En la Figura 6.9 se presentan los factores de riesgo que se observaron con mayor frecuencia en las familias atendidas en la modalidad de riesgo social. Así y como puede observarse en dicho gráfico, la categoría con un porcentaje mayor (19, 49%) es la de combinación de varios factores de riesgo, seguido por los conflictos familiares y de pareja (8, 92%), la situación de desempleo (7, 57%), ausencia de conciencia del problema (6, 70%), los problemas en el manejo de la economía (6, 55%), la falta de motivación para el cambio (5, 81%), factores psíquicos y comportamentales de los padres (5, 51%) y los problemas comportamentales en los niños/as (5, 42). El resto de factores de riesgo se observaron en un porcentaje inferior al 5%, siendo el menos habitual el relacionado con situaciones de inmigrantes ilegales.

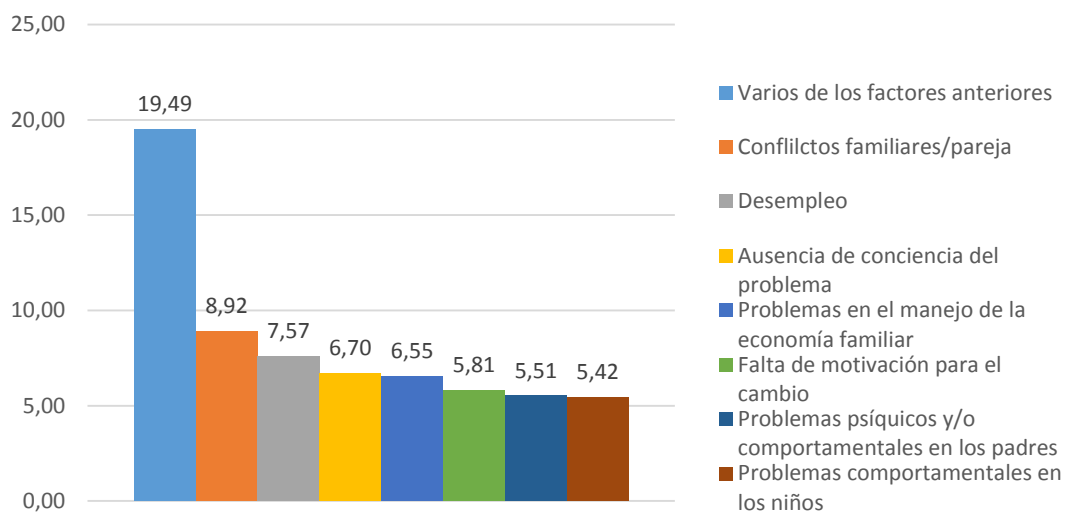


Figura 6.9. Factores de riesgo más frecuentes en la modalidad de Atención a familias en situación de riesgo social.

En relación con los factores de riesgo observados en las familias atendidas en la modalidad de reunificación familiar, presentados en el Figura 6.10, la categoría más frecuente vuelve a ser la de combinación de varios factores de riesgo (28, 22%), seguido de los conflictos familiares y de pareja (7, 48%), la ausencia de conciencia del problema (5, 80%), las adiciones del padre o la madre (5, 29%), los problemas de manejo de la economía y los problemas comportamentales en los niños, ambos con 4, 99%, los problemas en relación con la familia

extensa(4, 79%) y problemas psíquicos y/o comportamentales en los padres junto con las relaciones conflictivas padres/hijos con un 4, 73%.El resto de factores de riesgos asociado a las familias en el subprograma de reunificación familiar se correspondía con un porcentaje inferior al 4, 5%, siendo el menos relevante el relacionado con madres/padres delincuentes habituales.

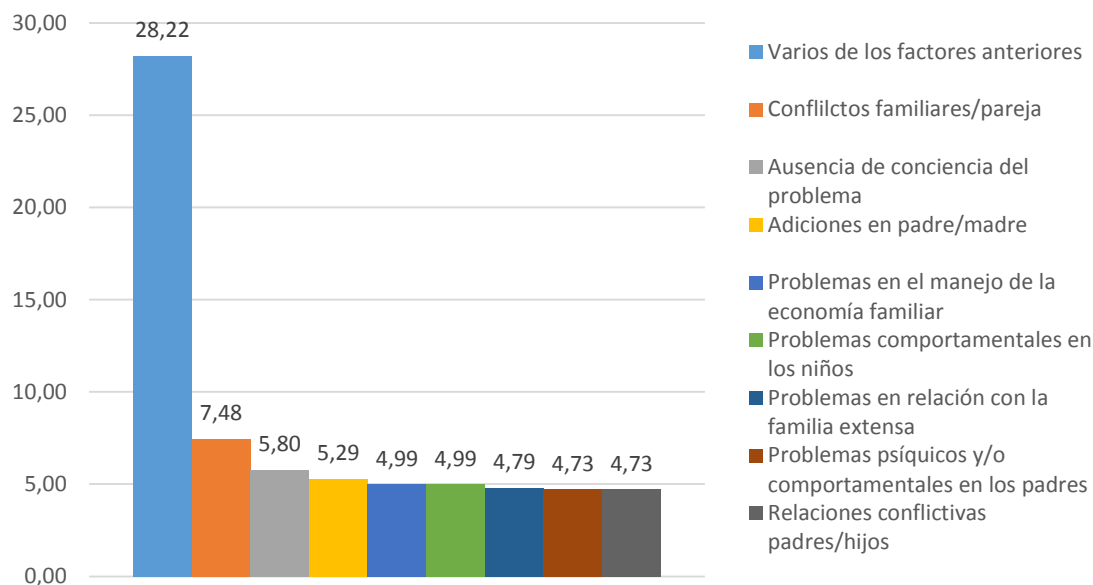


Figura 6.10. Factores de riesgo más frecuentes en la modalidad de Atención a familias en situación de reunificación familiar.

6.2.2. Prevalencia y tipología de situaciones de maltrato observadas

Otro de los datos que aparecen recogidos en las memorias anuales es si en las familias atendidas se observan situaciones de maltrato y cuál es la prevalencia de los distintos tipos de maltrato. Así, en la Figura 6.11 se presenta la **tipología de maltrato** observada en los menores que son tratados por los ETF en las dos modalidades de programa. Como puede observarse en las Figuras, en las dos modalidades, tanto en el tratamiento de familias que se encuentra en riesgo social como en los casos de reunificación familiar, los tipos de maltrato con mayor prevalencia son los mismos: negligencia/abandono, maltrato psicológico/emocional, abandono psicológico/emocional y maltrato físico. A pesar de esta importante similitud en los tipos de maltrato con mayor prevalencia, se observan algunas diferencias entre las dos modalidades del programa. En concreto, en los casos de riesgo social los porcentajes de negligencia/abandono y maltrato físico son superiores en porcentaje en relación a esta misma circunstancia en reunificación familiar. Y las situaciones en las que los porcentajes son mayores en reunificación

familiar en relación con los de riesgo son en las situaciones de maltrato psicológico/emocional y abandono psicológico/emocional. Entre los tipos de maltrato menos frecuente, se observa que en la modalidad de riesgo social fue el maltrato prenatal y en la modalidad de reunificación familiar la explotación laboral.

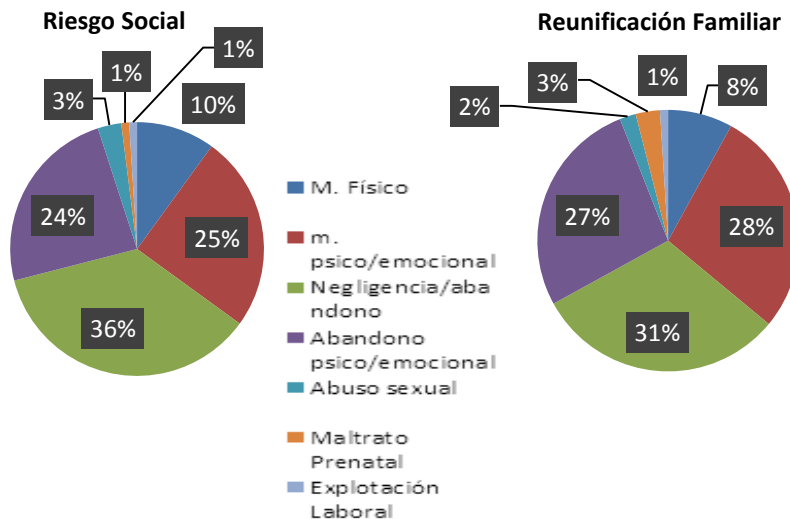


Figura 6.11. Tipología del Maltrato en las dos modalidades del programa.

En relación con la evolución de la tipología del maltrato observada a los largo del período analizado también se observaron algunas diferencias entre las dos modalidades del programa. En concreto, mientras que en las familias atendidas por encontrarse en situación de riesgo social son los casos de negligencia y abandono físico-cognitivo los más frecuentes durante todos los años objeto de estudio, en los casos de reunificación familiar la evolución es menos constante mostrándose en los años 2006, 2011 y 2012 un repunte de la tipología de abandono psicológico/emocional junto con el maltrato psicológico/emocional, siendo este último también uno de los de mayor prevalencia durante el año 2007 y 2013.

Finalmente, respecto al miembro de la unidad familiar que ha provocado la situación de malos tratos, en la Figura 6.12 vemos como en un 53% de los casos son tanto el padre como la madre, es decir, que son “ambos progenitores” los implicados en la situación de maltrato de sus hijos e hijas. Por otra parte, la madre de forma individual es señalada como responsable de la situación de maltrato en un 32% de los casos y el padre en un 13%. Finalmente, el maltrato entre hermanos es poco frecuente, alcanzando un porcentaje del 2%.

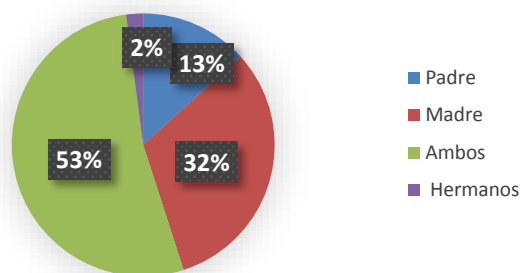


Figura 6.12. Miembro de la unidad familiar implicado en el maltrato.

Si analizamos la evolución de estos datos a lo largo de los años, la tendencia se mantiene prácticamente igual durante todo el periodo analizado. Únicamente se observa un aumento puntual del maltrato entre hermanos en los años 2011 y 2012, aunque sigue teniendo una prevalencia muy baja.

6.2.3. Situación de los menores atendidos

Para completar la descripción sobre el perfil y grado de riesgo de las familias atendidas por los ETF presentaremos los datos relativos a la **situación de los menores atendidos** al inicio y a la finalización de la intervención de los ETF en las dos modalidades del programa.

Por un lado, en la Figura 6.13 se presentan los datos relativos a la situación de los menores atendidos por el subprograma de familias en situación de riesgo social. Tal y como se desprende de los datos recogidos en dicha Figura, la gran mayoría de los menores conviven dentro del hogar al inicio de la intervención (90, 88%) y al final de la misma (84, 94%). Solo en un 11, 60% del total de los menores atendidos se tuvieron que tomar medidas de desamparo durante el proceso de intervención, siendo el acogimiento residencial la medida más predominante en estos casos (5, 19%).

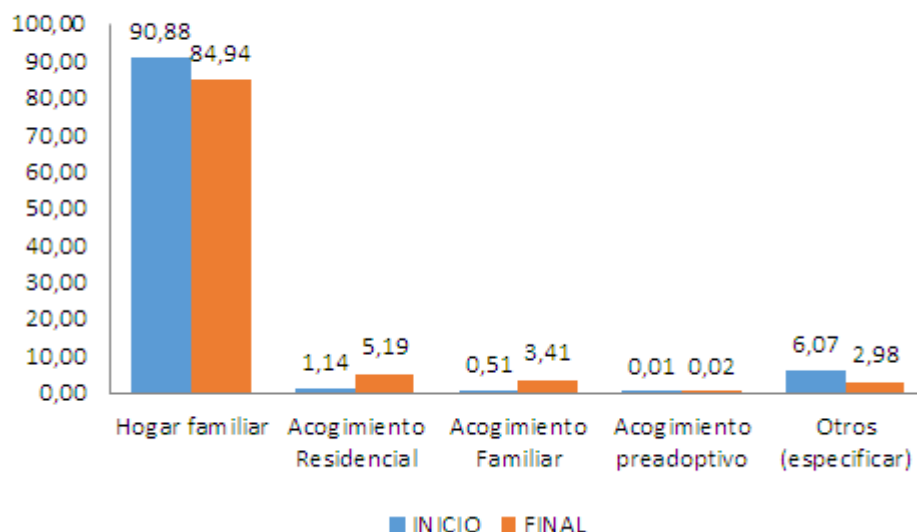


Figura 6.13. Situación de los Menores en el subprograma de riesgo social.

Por otro lado, en la Figura 6.14 se presentan los datos relativos a la situación de los menores atendidos por el subprograma de reunificación familiar. A diferencia de lo que ocurría en la otra modalidad de intervención, en este caso, solo el 2,68% de los menores están en el hogar familiar al inicio de la intervención, encontrándose la mayoría de los menores en acogimiento residencial (63,79%) o en acogimiento familiar (22,49%) fundamentalmente. Tras la realización de la intervención observamos que se incrementó de manera notable el porcentaje de los menores que vuelven a convivir en el hogar familiar (44,40%), consiguiendo el objetivo de reunificación familiar propio de este subprograma. No obstante, el 22,74% de los menores continuó en acogimiento residencial y el 12,17% en acogimiento familiar al finalizar la intervención. En el caso de reunificación familiar el porcentaje entre el inicio y el final del tratamiento los menores que han vuelto a su hogar familiar es de 41,72%.

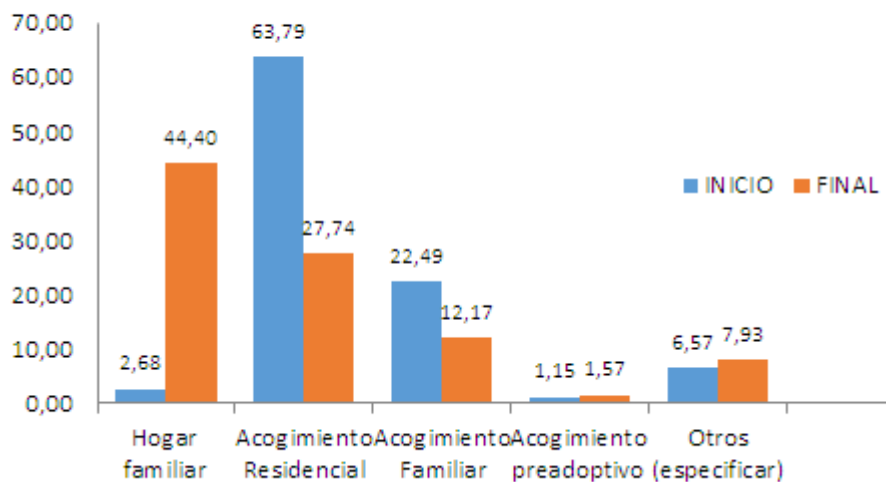


Figura 6.14. Situación de los Menores en el subprograma de reunificación familiar.

6.3. Características de la aplicación del programa en sus dos modalidades: familias en situación de riesgo social y reunificación familiar.

Tras haber presentado tanto las características sociodemográficas como el perfil de riesgo de las familias atendidas por los ETF durante toda la existencia de este programa, vamos a completar la exposición de los datos extraídos de las memorias con una descripción de las principales características de la aplicación del programa en sus dos modalidades. Para ello, a lo largo de este apartado se presentan: los criterios por los que las familias son incluidas en el programa, los datos relativos a la duración del proceso de intervención, los motivos de finalización, el grado de consecución de objetivos y las actividades y recursos utilizados por los profesionales de los equipos.

6.3.1. Criterios de inclusión en el programa

Tal y como se ha descrito en el capítulo 4 de esta Tesis doctoral, existen diferentes motivos por los que una familia puede ingresar en el Programa de Tratamiento de familiar con menores desarrollado desde los ETF. En la Figura 6.15 se muestra el porcentaje de los distintos **criterios de inclusión** utilizados durante todo el periodo evaluado.

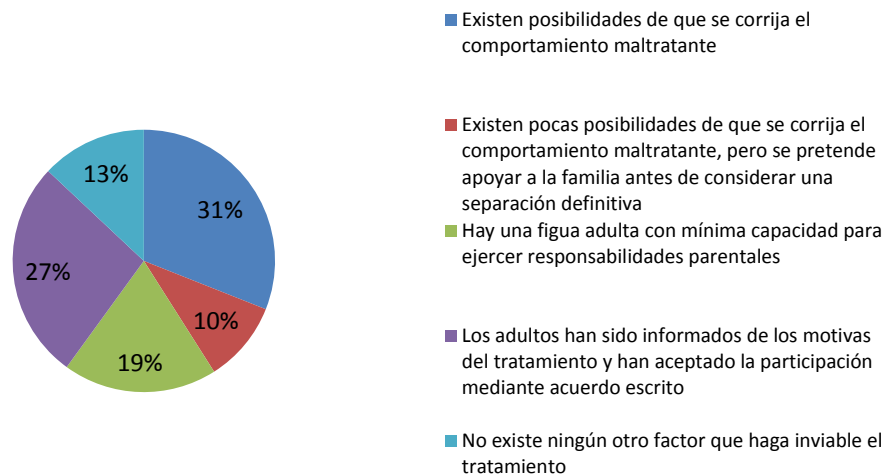


Figura 6.15. Criterios de inclusión en el programa.

Como podemos ver en dicho Figura, el 31% de las familias se incorporaron a este programa porque según la valoración de los profesionales existían posibilidades de corregir la situación de maltrato existente gracias a esta intervención. Asimismo, en el 29% de los casos los profesionales recogen en las memorias que han informado a los adultos de las familias usuarias de los motivos del tratamiento y que éstos han aceptado la participación mediante un acuerdo escrito, lo que se interpreta como que los progenitores se ven motivados para el cambio, una de las claves fundamentales para poder corregir una situación de riesgo social. Por otro lado, en el 19% de los casos los profesionales indican que hay una Figura adulta con capacidad de hacerse cargo de los menores, en un 13% se señala que no existe ningún factor que impida el tratamiento para finalizar y finalmente, en el 10% de los casos, se inicia el tratamiento con escasas expectativas de éxito pero como un recurso de apoyo familiar antes de considerar una situación de separación definitiva.

Por otro lado, en la Figura 6.16 se muestra la evolución de los criterios de inclusión en el programa utilizados a lo largo del período evaluado. Como puede observarse en dicha Figura, los porcentajes de los distintos criterios presentan tendencias similares a lo largo del tiempo si bien se observan algunas peculiaridades en algunos momentos temporales concretos. Así, cabe destacar como en los inicios del programa, en 2003, se observa una mayor consciencia por parte de los ETF de la necesidad de informar a las familias de los motivos del tratamiento y contar con su aceptación, aspecto señalado entre los motivos de inclusión que sin embargo disminuye en los años posteriores. Algo similar ocurre con otros indicadores (existen posibilidades de que se

corrija el comportamiento maltratante, hay una persona adulta, no existe otro factor que haga inviable el tratamiento) en el inicio. Destacar que en el indicador de que existen posibilidades de que se corrija el comportamiento maltratante hay un aumento significativo entre los años 2008 y 2010, disminuyendo posteriormente y manteniéndose estable hasta la actualidad.

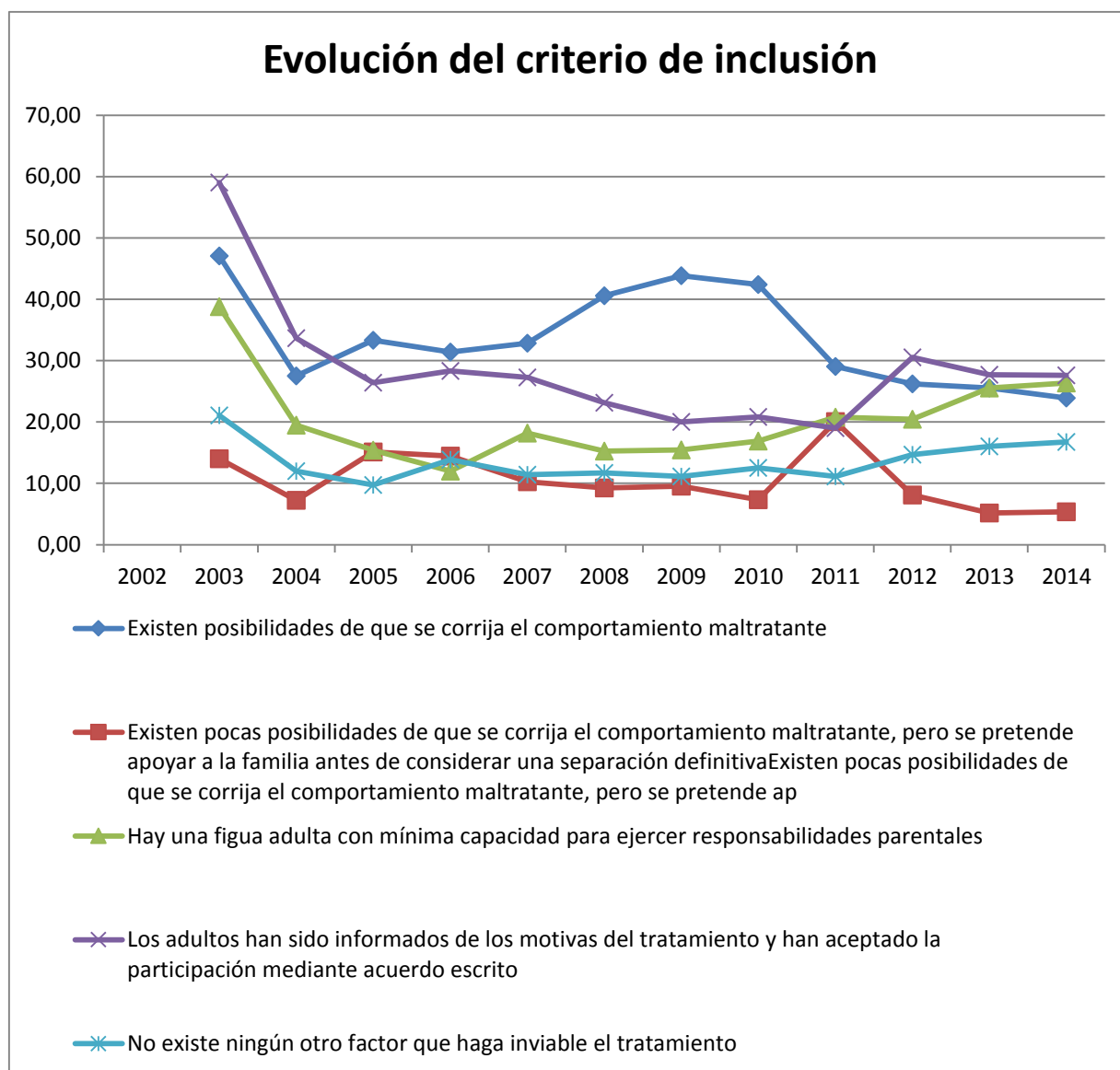


Figura 6.16. Evolución de los criterios de inclusión en el programa durante el período evaluado.

6.3.2. Duración del período de intervención y atención en los Servicios Sociales

Tras describir los criterios de inclusión de las familias en el programa, se presentan a continuación los datos extraídos de las memorias acerca de la **duración del proceso intervención** llevada a cabo. En relación a este aspecto, es necesario recordar que el periodo total de la intervención está determinado según el manual del Programa en un máximo de 25 meses para la modalidad de riesgo social, distribuidos en tres fases de la siguiente manera: un mes en la fase inicial o de evaluación, un año en la fase de tratamiento (pudiéndose solicitar una ampliación de seis meses más como máximo) y un periodo de seis meses de seguimiento. En la modalidad de reunificación familiar esta distribución se deberá ajustar a las características del caso y las necesidades de los menores, no obstante, el manual del Programa especifica que no se debe superar un periodo de tratamiento superior a los 12 meses. Aunque como vemos el Programa de Tratamiento de familiar con menores establece un período de intervención limitado y pautado temporalmente, en realidad se observa cierta variabilidad en este aspecto. En concreto, en la Figura 6.17 se muestra el tiempo medio empleado en cada una de las fases de la intervención en las dos modalidades del programa.

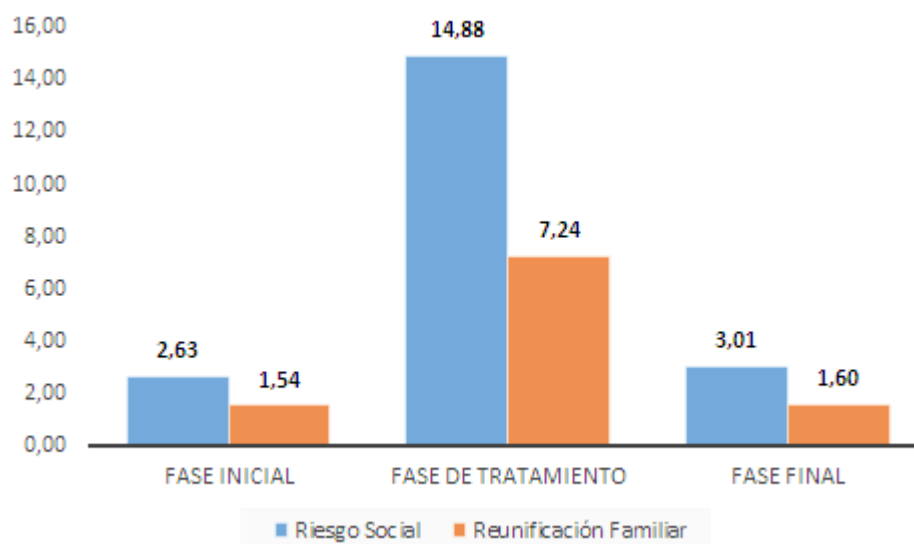


Figura 6.17. Duración de la intervención (en meses) en las dos modalidades del programa.

Como se desprende de los datos que se recogen en la Figura anterior, el programa en la modalidad de familias en riesgo social tiene una duración media de 20, 53 meses, mientras que la intervención en la modalidad de reunificación familiar se prolonga, como media, unos 10, 38

meses. En relación con lo previsto en el programa, se observa un mayor desajuste en la modalidad de familias en riesgo social, donde la fase inicial o de evaluación se prolonga una media de 2, 63 meses y la fase de tratamiento de 14, 68 meses. En la modalidad de reunificación familiar el período medio de intervención está en 10, 38 meses, por tanto, algo por debajo de los 12 meses que especifica el programa.

Además de la duración del proceso de intervención, los datos incluidos en las memorias anuales ofrecen información de interés sobre el **historial de atención** de las familias en los Servicios sociales. En concreto, como puede observarse en la Tabla 6.2, en la modalidad de riesgo social, el tiempo medio transcurrido desde la apertura del expediente en los Servicios sociales y la derivación al ETF es de 30, 26 meses. Así mismo, la media de tiempo transcurrido entre la apertura del expediente y la adopción de medidas es de 24, 56 meses. En el caso del subprograma de reunificación familiar, el tiempo medio entre la adopción de la medida y la derivación al ETF es de 20, 80 meses.

Tabla 6.2

Historial de atención en los Servicios sociales.

*Datos expresados en meses

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	MEDIA
Riesgo Social	Entre la apertura del Expediente en los SS y la canalización al ETF	4,6	3,83	43,16	35,39	30,18	27,24	30,9	29,17	33,13	33,7	29,36	36,8	30,26
	Entre la apertura del Expediente en los SS y la adopción de la medida	2,44	2,93	25,71	32,65	20,34	19,19	22,08	30,61	40,19	31,57	23,73	21,19	24,56
Reunificación Familiar	Entre la adopción de la medida y la derivación a los ETF	0,9	0,86	10	23,77	21,37	28,39	12,31	32,67	17,88	22	30,29	29,21	20,80

6.3.3. Motivos de la finalización

Tras exponer los datos relativos a la duración del tratamiento, se presentan en este apartado los resultados extraídos de las memorias en relación a los **motivos de la finalización**

del tratamiento en las dos modalidades del programa. Así, en primer lugar, se presentan los datos anuales referidos a los motivos de finalización aportados por los responsables del subprograma de atención a familias en situación de riesgo social (ver Figura 6.18).

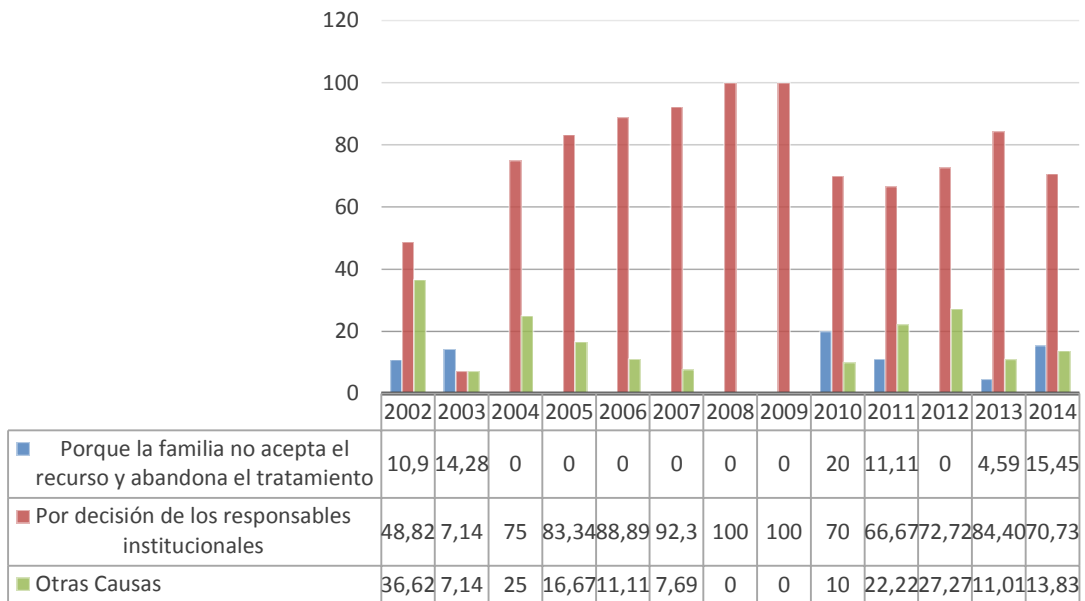


Figura. 6.18. Motivo de finalización en la modalidad de riesgo social.

Como podemos observar en la Figura 6.19, en la inmensa mayoría de los casos, el tratamiento finaliza por decisión de los profesionales de los ETF (73, 4%), por causa de que la familia no acepta el recurso y abandona el tratamiento (5, 87%) y por otras causas (14, 50%). En cuanto a los criterios argumentados por los profesionales para poner fin al tratamiento, como queda recogido en la Figura 6.19, en la mayoría de los casos (42, 42%) es debido a la consecución de los objetivos que se habían planificado en el proyecto de intervención del caso. De forma más minoritaria, un 13, 43% de las familias salen del programa por cumplimiento del tiempo máximo previsto y un 12, 36% de los casos atendidos se cierran por falta de resultados. Finalmente, un 6, 33% de los casos derivados a los ETF se cierran porque los profesionales consideran que no es necesaria la intervención por las características de la familia.

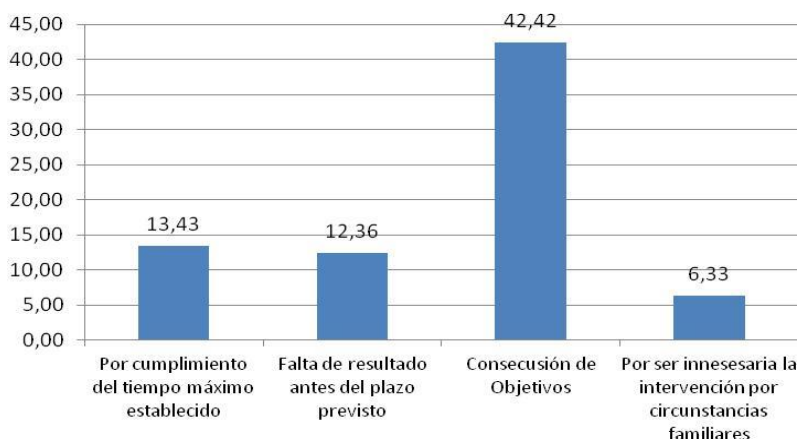


Figura. 6.19. Motivos de la finalización del tratamiento en la modalidad de riesgo social.

Por otro lado, en la Figura 6.20 se presentan los datos relativos a quién toma la decisión de finalización en los casos atendidos en la modalidad de reunificación familiar. Al igual que ocurría en el otro subprograma, la inmensa mayoría de las familias atendidas por motivos de reunificación familiar finaliza el tratamiento por decisión de los profesionales de los ETF (74, 08%). Sin embargo, en esta modalidad, es superior el número de familias que no aceptan el recurso y abandonan el tratamiento sin haber alcanzado los objetivos (el 12, 93%) y por otras causas es 12, 63%, algo menor en porcentaje que en la modalidad riesgo.

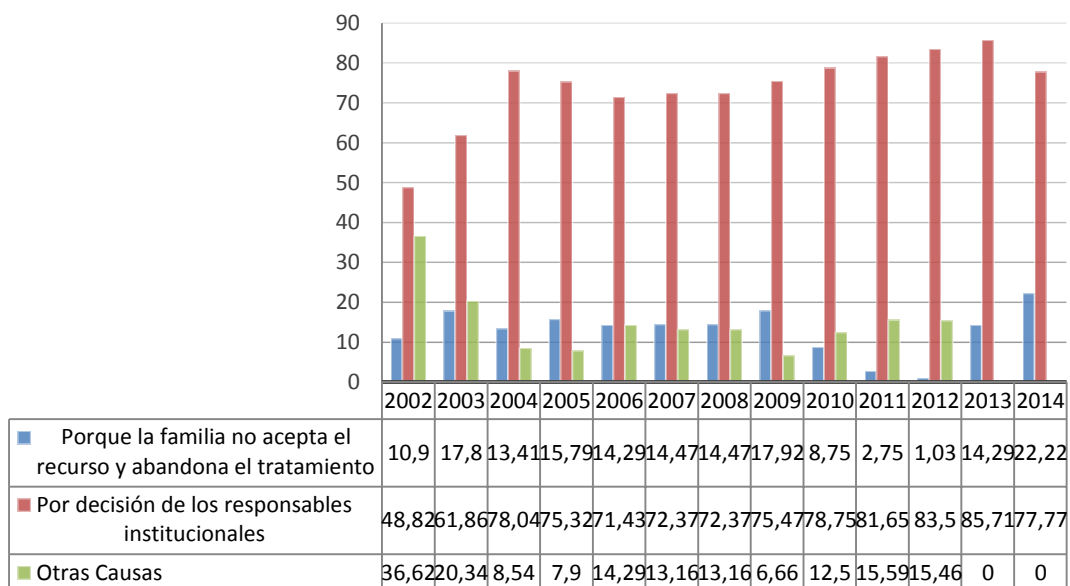


Figura 6.20. Motivo de finalización en la modalidad de reunificación familiar.

Finalmente, en la Figura 6.21 se presentan los motivos argumentados por los profesionales para la finalización del tratamiento en la modalidad de reunificación familiar. En

este caso, también la mayoría de los casos (42, 42%) finalizan por consecución de los objetivos previstos. De forma más minoritaria, el 17, 16% de las familias abandona el programa por falta de resultados, y un 12, 45% de los casos se cierran porque el profesional considera que la intervención no debe llevarse a cabo debido a las circunstancias familiares. La finalización por haberse superado el tiempo previsto alcanza en esta modalidad el porcentaje más bajo, el 4, 60%, bastante inferior al observado en la modalidad de riesgo social.

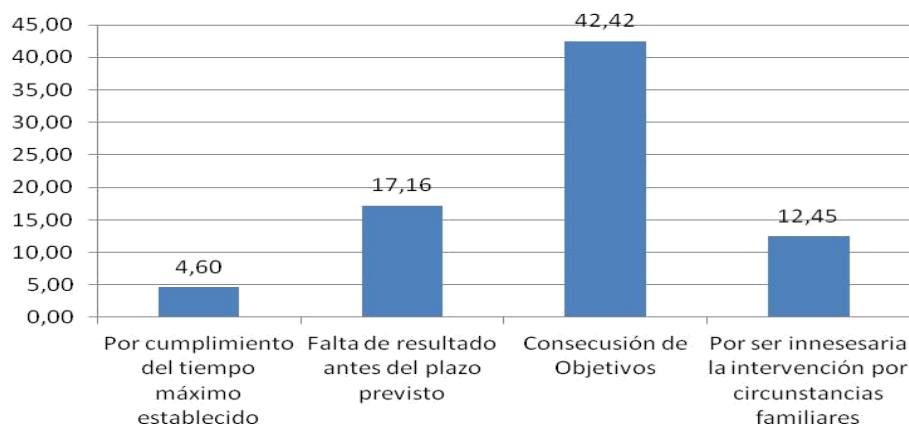


Figura. 6.21. Finalización Tratamiento Por decisión de los responsables Reunificación Social.

6.3.4. Grado de consecución de objetivos y derivaciones posteriores

Además de ofrecer datos sobre la consecución de objetivos como motivo de finalización del tratamiento, las memorias anuales elaboradas por el ETF recogen de forma detallada la situación de todas las familias atendidas en relación al **grado de consecución de los objetivos planteados en el plan de caso**. Como puede observarse en el Figura 6.22, el porcentaje de familias atendidas en las que se han alcanzado los objetivos asciende al 84, 29% en la modalidad de riesgo social y al 58, 48% en la modalidad de reunificación familiar. Por otro lado, en esta última modalidad de intervención no se alcanzaron los objetivos planteados en el 41, 52% de los casos, porcentaje bastante superior al observado en la modalidad de riesgo social (15, 71%).

Sin embargo en esta modalidad es superior el número de familias que no acepta el recurso y abandonan el tratamiento sin haber alcanzado los objetivos.

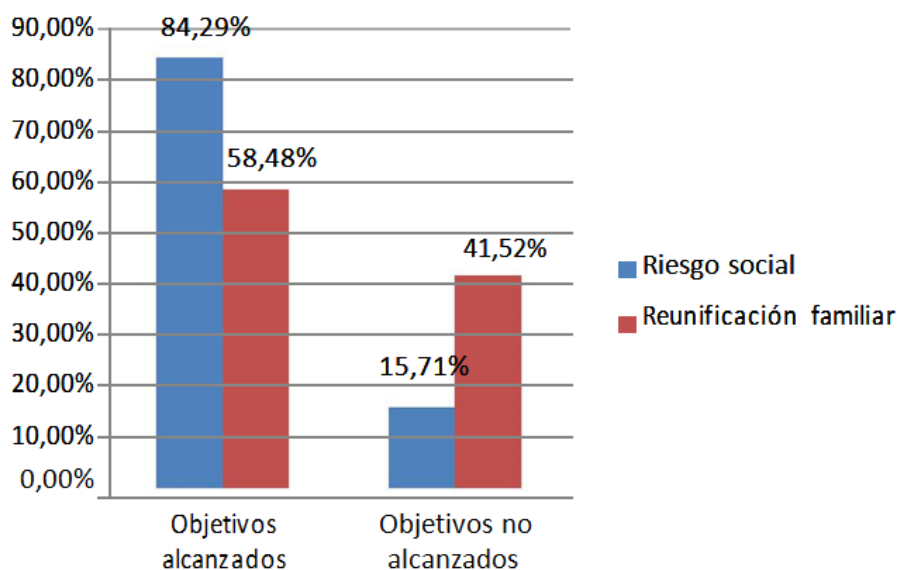


Figura 6.22. Consecución de objetivos finales en las dos modalidades del programa.

En la Figura 6.23 se presentan los datos anuales sobre la consecución de objetivos en la modalidad de atención a familias en situación de riesgo social durante todo el periodo evaluado. Como puede observarse la proporción de casos en los que se consiguen o no los objetivos previstos es bastante constante aunque se observa que los años con menos éxito fueron de 2004 a 2008, observándose a partir de entonces un incremento moderado del porcentaje de familias en las que se alcanzaban los objetivos previstos.

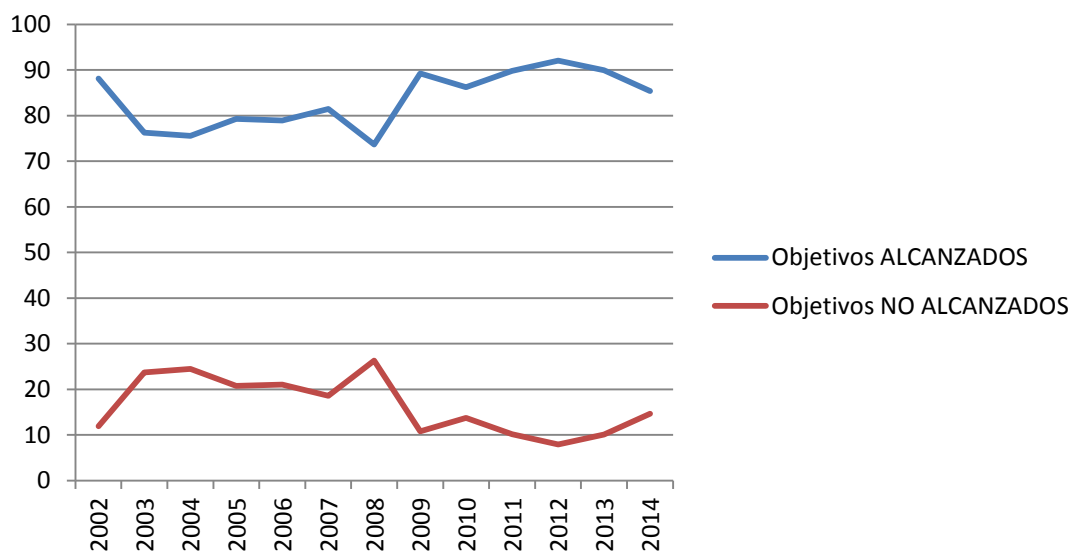


Figura 6.23. Datos anuales de consecución de objetivos en la modalidad de riesgo social.

En la modalidad de reunificación familiar, y como podemos observar en la Figura 6.24 que recoge el porcentaje anual de consecución de objetivos, no existe una tendencia uniforme en este caso, observándose bastantes altibajos en la consecución de los objetivos en este subprograma. Los años 2004, 2009, 2011 y 2013 destacan por tener porcentajes más elevados de casos en las que no se alcanzaron los objetivos propuestos.

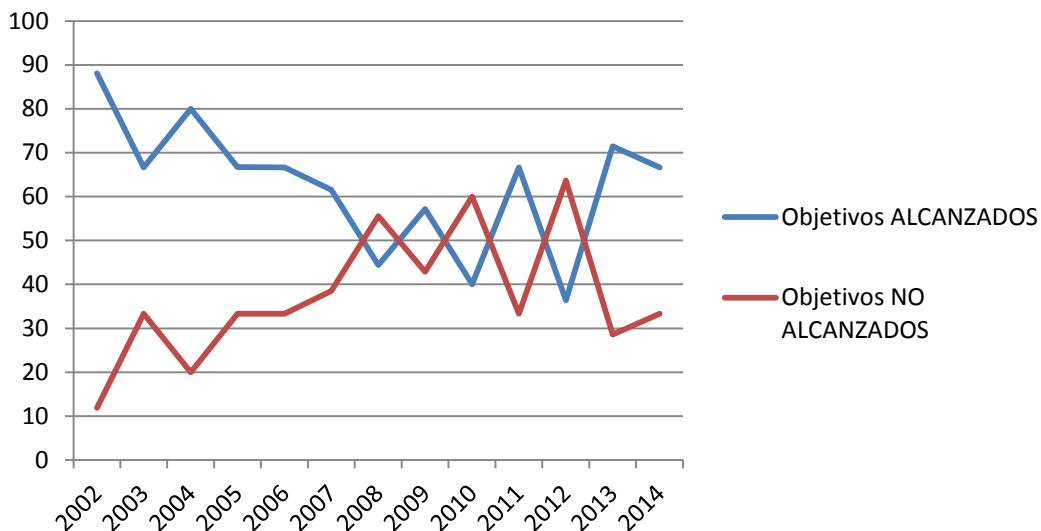


Figura 6.24. Datos anuales de consecución de objetivos en la modalidad de reunificación familiar.

Finalmente, para completar los datos relativos a la consecución de objetivos, debemos señalar que el número de **casos derivados al Servicio de Protección de Menores** de la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en Sevilla por parte de los ETF en estos 13 años evaluados ascendió a un total de 199 menores, para los que hubo que tomar una medida de protección. Aunque los ETF elevaron durante todo el período analizado 199 informes de solicitud de desprotección, esto no quiere decir que en todos los casos el SPM haya tomado dicha medida. El dato concreto sobre el número total de casos en los que finalmente se tomó una medida de protección en el período evaluado no está disponible.

6.3.5. Principales actividades desarrolladas por los profesionales y recursos utilizados

En este apartado describiremos los datos que recogen las memorias anuales en relación a las **actividades desarrolladas y recursos utilizados** por los técnicos y técnicas de los ETF durante todo el proceso de intervención. Así, en la Figura 6.25 se muestra el conjunto de actividades que realizan los profesionales de los ETF y, para cada actividad, tanto el tiempo que

le han dedicado al año como el porcentaje de familias con las que han llevado a cabo dichas actividades.

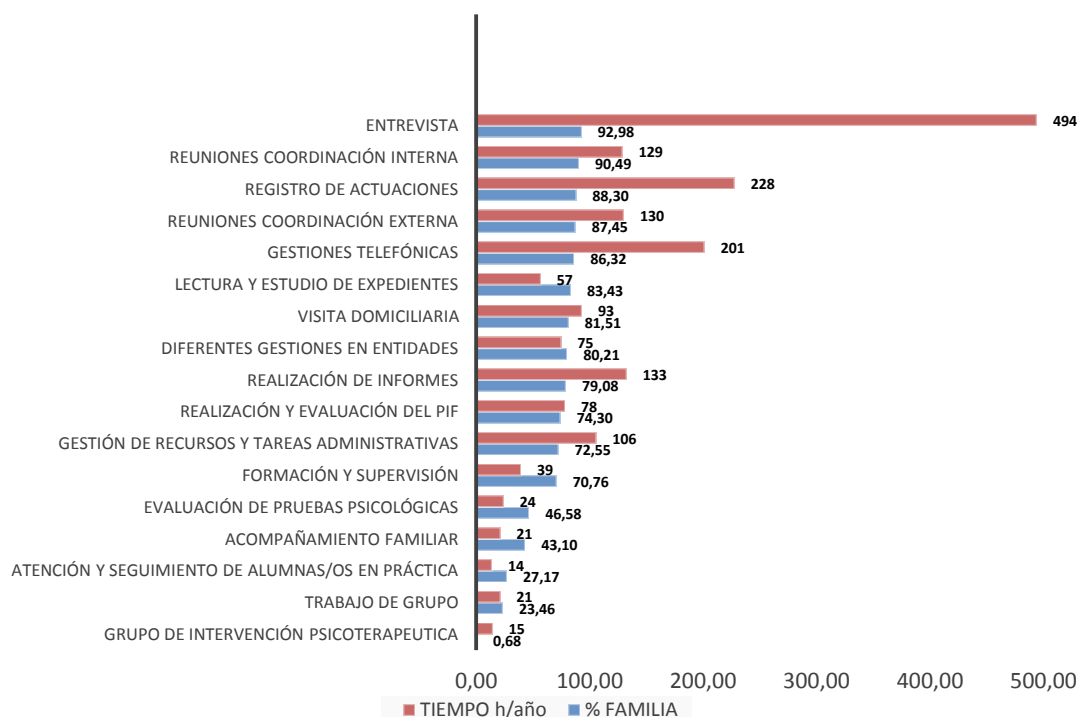


Figura 6.25. Actividades realizadas por los profesionales de los ETF.

Como se desprende de esta gráfica, los profesionales invierten su tiempo principalmente en entrevistas con las familias, así como el registro de las actuaciones, la gestión telefónica, las reuniones de coordinación externas o internas y la realización de informes.

Por otro lado, en la Figura 6.26 se presentan los datos de los recursos externos utilizados por los profesionales de los ETF durante el periodo evaluado. Como podemos observar, los principales recursos utilizados son los centros educativos (23%), seguido de la combinación de diferentes recursos, con un (17%), englobando a distintas entidades públicas y privadas como Comisionado Polígono Sur; Empresa pública de suelo Andaluza (EPSA); Servicio Andaluz de Empleo (SAE); Unidade de empleo para mujeres; Asociación andaluza para la defensa de la infancia y la prevención del maltrato (ADIMA); Fiscalía de menores; Andalucía orienta; Vivienda de protección pública (VPO); Empresa municipal de la vivienda, suelo y equipamiento de Sevilla (EMVISESA), Empresa de metropolitana de abastecimiento y saneamiento de agua (EMASESA); Alternativa Abierta; Puntos de información a la mujer (PIM) , Servicios sociales Hospitalarios, Servicio de protección de menores (SPM); Juzgados de Familias, Hermanas de la Cruz, Cáritas,

Economato Social; Colegio de Abogados; Equipos de orientación educativa (EOE); Empresa nacional de electricidad (ENDESA), entre otros. En tercer lugar aparecen los Centros de Salud con un (15%) de uso por parte de los profesionales, las ayudas económicas (11%), las derivaciones a Asociaciones de Vecinos/Asociaciones/ONG's (11%) y otros recursos de los Servicios Sociales (10%).

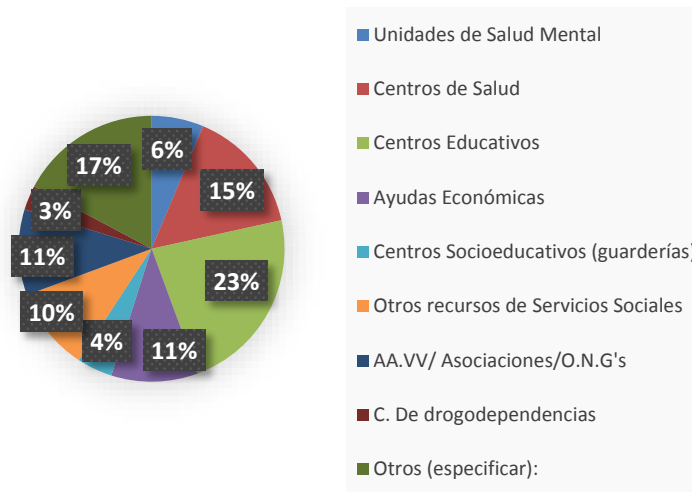


Figura 6.26. Conjunto de recursos externos utilizados por los profesionales de los ETF.

6.4. Valoraciones de los profesionales de los ETF sobre dificultades y propuestas de mejora

Para concluir con la explotación de los datos recogidos en las memorias anuales, se presenta en este apartado una síntesis de las valoraciones de los profesionales de los ETF sobre las **dificultades encontradas en la aplicación del programa y sus propuestas de mejora**. Se trata de valoraciones que los profesionales incluyen en formato abierto y sin una codificación previa, por lo que se ha procedido a clasificar el contenido para poder ofrecer una información útil. En concreto, se presenta a continuación una síntesis de las valoraciones recogidas a lo largo de los 13 años analizados sobre dificultades en la aplicación del programa, tanto de carácter intrínseco al propio programa, como dificultades externas. A continuación, se presentarán las principales propuestas de mejora realizadas por los profesionales a lo largo de todo el período analizado, tanto de carácter interno (en la aplicación del programa) como de carácter externo.

6.4.1 Dificultades encontradas por los profesionales en la aplicación del Programa en sí mismo

6.4.1.1 Referidas al Programa

➤ Falta de conocimiento del Programa

- El desconocimiento por parte de muchos organismos e instituciones sobre el Programa. Esto obliga a emplear bastante tiempo en tareas de difusión antes de poder establecer los canales de coordinación adecuados y necesarios.
- Percepción del equipo como el recurso encargado de “retirada de los menores”.
- Desconocimiento de las obligaciones de la Ley 1/98, de 20 de Abril de los Derechos y la Atención al Menor que establece las competencias de las Corporaciones Locales para actuaciones de protección con menores en situación de riesgo y la necesaria colaboración de todas las instituciones para su cumplimiento. En muchas ocasiones en el trabajo con menores en situación de riesgo, algunos organismos con los que se intenta trabajar en red entienden que no tienen responsabilidad para la información y denuncia, vertiendo sobre los profesionales de los ETF y SS.SS toda la responsabilidad.

➤ Perfil de familias:

- Derivaciones de familias que no cumplen los criterios de inclusión como algunos procedentes de la administración de Justicia con separaciones conflictivas en relación con la custodia de los hijos e hijas.
- Casos derivados con mal pronóstico y/o escasa colaboración.
- En los casos en que se interviene con familias crucificadas, no colaboradoras y/o con pronóstico negativo, así como en aquellos en los que se ha producido la toma de medidas de protección para los/as menores, es difícil ajustarse temporalmente a los plazos establecidos por el programa ya que se emplea gran parte del tiempo en intentar crear el vínculo mínimo necesario para poder intervenir.
- La mayoría de los casos que se derivan para la reunificación familiar son en realidad para valorar si la familia está preparada para ello, algunas de ellas con mal pronóstico y difícil de recuperar en los tiempos que establece el programa. En este caso, el programa se convierte en un mero trámite para consolidar la

situación que ya tienen los menores (por ejemplo, resolver el acogimiento simple en permanente).

- Dificultad de intervención con las familias con escasos recursos económicos.

➤ Relación con los Servicios Sociales Comunitarios

- En ocasiones no aportan en el proceso de derivación la información necesaria para comenzar la intervención.
- Ausencia de reuniones de presentación y traspaso de las familias que permita la toma de contacto y donde se expliciten los motivos de la derivación.
- Traspaso de familias no colaboradoras y con problemáticas muy cronificadas con pronóstico desfavorables, lo que trae como consecuencia una difícil intervención o a veces la imposibilidad de la misma.
- Canalizan al ETF desde los Servicios Sociales Comunitarios sin una actualización de la situación de la familia, lo que ha conlleva que el ETF tenga que volver a valorar la situación de riesgo.

➤ Coordinación con SPM, SPAF y otras instituciones u organismos.

Dificultades de coordinación con el SPM y SPAF.

- En muchos casos existen discrepancias en la toma de medidas y hay devolución del caso al medio por parte del SPM. Esta circunstancia dificulta el trabajo del ETF con esa familia, ya que éste piensa que ha agotado sus posibilidades de intervención.
- Enorme resistencia del SPM para tomar medidas de protección que los ETF creen más que justificadas.
- Derivación de casos de reunificación familiar desde el SPM sin una valoración positiva previa, lo que dificulta obtener resultados.
- Derivaciones en las que han querido paralizar el desamparo del menor con mal pronóstico, no ajustándose a los requisitos del programa y obligando a realizar una intervención puramente de contención.
- Cuando las valoraciones técnicas entre los Equipos técnicos (ETF y SPM) no coinciden en función de los objetivos establecidos por cada uno de ellos o éstos son divergentes, nos encontramos con serias dificultades para realizar un trabajo conjunto.
- Dificultades en el control y la supervisión con el SPAF, ya que en muchas ocasiones plantean el tema de los plazos con excesiva rigidez.

Dificultades de coordinación con otras instituciones

- Dificultad de coordinación con determinados recursos, sobre todo con el ámbito sanitario (Salud Mental y Centros de Salud) y el ámbito judicial.
- Ausencia de protocolos de coordinación perfectamente concretados y avalados política y técnicamente entre las instituciones implicadas en la protección de menores (SPM, SSC, ETF, Reforma, Fiscalía,...), dándose situaciones caóticas que victimizan al menor y al mismo tiempo exigen al ETF la elaboración de informes minuciosos que restan tiempo a la intervención y al tratamiento familiar.

➤ Dificultades técnicas

- Dificultades para realizar un tratamiento rehabilitador cuando la familia no tiene cubiertas las necesidades básicas mínimas (vivienda, alimentación,...). Esta dificultad se encuentra más agudizada a partir de los años 2007 en adelante, debido a la situación económica de la familia motivada por la crisis económica.
- Falta de supervisión periódica y de seguimiento técnico de los casos.
- Escasa sensibilización y falta de colaboración aún por parte de muchos profesionales de contextos sanitarios y educativos con la defensa de la infancia maltratada y la notificación reglamentaria en casos de detección.
- Vacío de alternativas de tratamiento para los adolescentes con dificultades comportamentales.
- Falta de recursos adecuados para menores entre 15 y 17 años en situación de desamparo. Actualmente además es muy difícil la toma de medidas con estas edades.
- Ausencia de un técnico en derecho en el equipo, o bien tener la posibilidad de tener esta Figura en los Servicios Sociales Municipales.
- Falta de respuestas tras la notificación de información por absentismo desde las instituciones competentes (Fiscalía y SPM).
- Dificultad de valorar la mejora/consecución de habilidades parentales en los casos de reunificación con menores fuera del domicilio.
- Dificultades para lograr la reincorporación a la educación formal obligatoria en adolescentes, aun activando el protocolo de absentismo reglamentario.
- Una vez realizada la retirada de menores, no existe un equipo terapéutico que trabaje la rehabilitación de la familia antes de valorar la posibilidad de que pase al Programa de Reunificación.

6.4.2 Dificultades relativas a circunstancias de carácter externo

6.4.2.1 Referidas al Programa

➤ Condiciones laborales

- Excesivo trabajo burocrático y de despacho. Escasa intervención en los contextos cotidianos donde se desenvuelve la familia. Rigidez para aceptar modelos complementarios de intervención.
- Falta de dotación presupuestaria propia que posibilite facilitar recursos a la familia de forma más ágil, sin tener que depender de las posibilidades presupuestarias de las zonas. Sería mucho más útil y eficiente disponer de autonomía económica para asignar (como estrategias de la intervención) ayudas económicas puntuales a las familias atendidas desde los ETF.
- Dificultad en los primeros años de una infraestructura adecuada para cumplir con todas las necesidades que se requiere la intervención con familias, ya que los 7 equipos se encontraban en un único edificio que no estaba adaptado.
- Insuficiente infraestructura y materiales básicos para el trabajo cotidiano de los ETF. Faltan espacios adecuados para atender a las familias, así mismo hay una escasez de recursos informáticos.
- Se mantiene la inestabilidad laboral de los técnicos/as, relacionada con el tipo de contratación segmentada a lo largo de cada año, ocasionando una sensación de inseguridad en los trabajadores que influye en una ralentización en la atención a las familias.
- Influencia que tiene en el trabajo de los ETF la inestabilidad y cambios de profesionales de los Equipos de Menores de la Delegación para la Igualdad y Bienestar Social.
- Hay situaciones sobrevenidas en el transcurso de la intervención que pueden ser objeto de conflicto y suscitar la agresividad de algunas personas, por lo que es necesaria la presencia de seguridad cualificada en el edificio.
- Ausencia de presupuesto para los desplazamientos.
- Los ETF no están totalmente integrados en los Servicios Sociales Comunitarios debido a la finalización anual del programa y a la incertidumbre que genera no solo a los profesionales que trabajan en el programa, sino a todo el Centro de Servicios Sociales, que ven que cada año pueden verse teniendo que atender a

las familias de un día para otro si los ETF no continúan. Esto está provocando el recelo a derivar casos al ETF por parte de los diferentes servicios de los comunitarios.

- La marginalidad del entorno donde viven las familias añade dificultad, ya no al trabajo con familias desfavorecidas y en riesgo social, sino a la amenaza y el peligro para la integridad física de los propios profesionales.

➤ Otras *circunstancias*

- El escaso reconocimiento técnico, por parte de otros organismos e instituciones sobre el Programa hace que debamos emplear bastante tiempo en tareas de difusión y solicitud de colaboración.
- El entorno de violencia y marginalidad donde conviven algunas de las familias atendidas, dificulta el trabajo con las mismas y especialmente en relación a ofrecer a sus menores contextos positivos de desarrollo.

6.4.3. Propuestas de mejora

6.4.3.1 Referidas al Programa

➤ A pesar de disponer de dípticos informativos de difusión, se ve conveniente incrementar y potenciar la difusión en todos los organismos relacionados con la intervención en protección de la infancia y apoyo a familias disfuncionales.

➤ Formación y supervisión externa, en base a la formación continua, reciclaje profesional y prevención del síndrome de "burn-out". Así mismo facilitar formación específica para cada profesional del ETF en función de su disciplina y con otros profesionales del Sistema de Protección de Menores (equipos del SPM, de Fiscalía, salud mental etc.).

➤ Clarificación de los conceptos y categorías a la hora de la realización de la Memoria anual. Se propone una revisión del modelo considerando que es antigua y obsoleta y que no recoge gran parte de la realidad del trabajo de los ETF. Se considera que no recoge los aspectos cualitativos y se centra excesivamente en aspectos cuantitativos que se consideran poco relevante.

➤ Devolución de información obtenida de las distintas Memorias mediante la celebración de algún encuentro entre los profesionales.

- Celebración de encuentros anuales entre profesionales a nivel local, provincial y autonómico con el fin de intercambiar metodologías, instrumentos, técnicas y cualquier cuestión que sea de interés.
- Que el número de casos en tratamiento se sitúe en 25 casos como máximo, siendo en la actualidad de hasta 35 casos por equipo.
 - Ampliar el periodo de tiempo de tratamiento establecido en el Programa.
 - Reforzar los canales de coordinación con el Servicio de Protección de menores y Fiscalía de Menores.
 - Recoger en las directrices del Programa de Tratamiento de familias con menores que aquellas familias no colaboradoras y que no permitan la intervención sean citadas por parte del SPM, o Fiscalía de Menores, para que sitúe con más claridad el contexto de control y protección, siendo un paso que podría aclarar la toma de decisiones con respecto a los mismos.
 - Para las familias no colaboradoras contar con un espacio de reflexión para abordar esta problemática y plantear alternativas, así como técnicas de tratamiento a estas familias.
 - Agilizar los trámites del proceso de desamparo en aquellos casos derivados por los ETF.
 - Dada la complejidad de algunas situaciones familiares, tener la posibilidad de contar con un asesoramiento jurídico.
 - Seguimiento del funcionamiento del ETF evaluando el desempeño profesional de cada Técnico.
 - Mejorar las coordinaciones con otros dispositivos, estableciendo procedimientos y protocolos que agilicen las intervenciones y refuercen la colaboración con todas las instituciones implicadas.
 - En los casos en los que se ha propuesta alguna medida, informar al ETF correspondiente, acerca de la fecha de la toma de medida de protección y, si es un Centro, especificar cuál, régimen de visitas si los hubiera etc.
 - Facilitar que la tipología de familias canalizadas y/o derivadas al ETF, se ajusten al perfil de familias que recoge el Manual del Programa de Tratamiento Familiar.
 - Cuidar al máximo los aspectos organizativos en las situaciones donde se produce una retirada de menores, para minimizar los efectos negativos que pudieran derivarse de la misma.
 - Mejorar las fichas de cierre del tratamiento, ya que presenta deficiencias.
 - Promover y fomentar los encuentros de las Comisiones Técnicas, que se valoran de forma muy positiva.

6.4.3.2 Referidas a circunstancias externas

- Proporcionar una mayor estabilidad laboral a los profesionales de los ETF.
- Adscripción de personal de administración a los ETF.
- Hasta el año 2008 que los ETF pasaron a los Centro de Servicios Sociales, en las memorias se recogía propuestas de mejora del equipamiento y la infraestructura donde se atendían a las familias.
 - Autonomía en las partidas presupuestarias destinadas al trabajo con las familias atendidas por los ETF, ya que estas están incorporadas en los servicios Sociales Comunitarios.
- Cubrir las bajas de los profesionales y establecer mecanismos adecuados para garantizar la seguridad de los técnicos.

6.5. Resumen de los resultados obtenidos

Para dar respuesta al primer objetivo de esta Tesis doctoral, a lo largo del presente capítulo se han presentado los resultados obtenidos del análisis, a través de las evaluaciones realizadas en las Memorias anuales, de la implementación del Programa de Tratamiento familiar con menores por parte de los Equipos de Tratamiento familiar de la ciudad de Sevilla durante los 13 años de existencia de este Programa.

En primer lugar, se han descrito los datos relativos a la cobertura de este Programa en sus dos modalidades: atención a familias en situación de riesgo social y la de reunificación familiar. Los datos muestran una cobertura de atención de 1.251 casos de familias atendidas en la modalidad de riesgo social, con un total de 2.675 menores atendidos, lo que equivale a una media de 2, 1 menores por familia. Asimismo, se han atendido 99 familias en la modalidad de reunificación familiar, con un total de menores de 172, o lo que es lo mismo, una media de 1, 7 hijos e hijas a cargo de cada familia.

La media de familias atendidas anual mente por los 7 equipos e la ciudad de Sevilla ha sido de 250 familias en la modalidad de riesgo social, lo que hace que la media por equipo de atención haya sido de 35, 71 casos anuales. En la modalidad de reunificación familiar, se han atendido 19 casos al año, lo que supone una media anual de 2, 71 casos por equipo.

En cuanto a los indicadores más generales del perfil sociodemográfico de los menores atendidos, los resultados han puesto de manifiesto que el tramo de edad más habitual en la modalidad de familias en riesgo es el que se corresponde con la etapa de primaria (6-12 años),

mientras que en la modalidad de reunificación, los menores atendidos suelen ser mayoritariamente preadolescentes y adolescentes. La distribución de estos menores en función del sexo fue bastante equitativa muy similar en las dos modalidades del programa.

Con respecto a las características sociodemográficas de los adultos y de las familias atendidas, los indicadores más individuales de los adultos mostraron que la edad media de los padres era de 41, 02 años y la de las madres de 37, 08 años, lo que corresponde a una edad adulta media. En cuanto al sexo, la mayoría de las personas atendidas por los ETF eran mujeres, manteniéndose bastante constante este indicador a lo largo de los años analizados. El nivel de estudio presentado tanto en los progenitores como en las progenitoras era bajo, ya que más de la mitad de los adultos participantes en el estudio no habían completado los estudios obligatorios según nuestro sistema educativo, y un mínimo de estos progenitores contaban con estudios universitarios.

En cuanto a los indicadores de corte familiar a nivel sociodemográfico, nos encontramos con un importante número de familias monoparentales, constituidas por una mujer sola con sus hijos. Los ingresos de estas familias son precarios, más del 53% de las mismas no llegan al salario mínimo interprofesional e incluso el 25% tenían ingresos inferiores a la mitad de este salario mínimo (665,20€ al mes según el decreto 1171/2015). Además, estos ingresos proceden de forma parcial o total de ayudas y prestaciones sociales, por tanto, facilitadas por el Sistema de Bienestar Social. Por último, son familias que menos del 50% tenían casa propia, lo que hace que sean familias con una vivienda alquilada, o en un porcentaje del 17% cedidas y/u ocupadas e incluso un 10% que han vivido en alberges, caravanas y/o chabolas.

La descripción del perfil sociodemográfico de las familias atendidas se ha completado con el análisis de los factores y grado de riesgo de estas familias. Por un lado, los factores asociados al riesgo que presentan estas familias muestran una prevalencia similar en ambas modalidades y el mayor porcentaje tiene que ver con una combinación de factores de riesgo, seguido de los conflictos familiares y de pareja. La mayor diferencia entre ambas modalidades en relación a los factores de riesgo tiene que ver con el desempleo, que no aparece en la lista de los indicadores más significativos asociados en el subprograma de reunificación familiar, mientras que en la modalidad de riesgo ocupa el tercer lugar.

Por otro lado, la situación de los menores atendidos antes y después de la intervención en ambas modalidades es claramente diferente. Mientras que en la modalidad de riesgo, se

parte de un alto porcentaje de menores que son atendidos en el medio al inicio de la intervención y al finalizar la misma, lo que significa que no ha sido necesario realizar un informe de desprotección, en el caso de la modalidad de reunificación familiar aunque hay un porcentaje importante de menores que vuelven sus hogares tras una situación previa de desamparo, los menores que siguen fuera de sus hogares es claramente mayor que en la modalidad de riesgo social.

Por otra parte la tipología de maltrato que más prevalencia muestra en ambas modalidades es la de negligencia y/o abandono físico/cognitivo, seguida por maltrato psicológico/emocional, abandono psicológico/emocional y maltrato físico, aunque se observan algunas diferencias entre las dos modalidades del programa. Con frecuencia ambos progenitores son causantes de la situación de maltrato, aunque la madre de forma individual es señalada con una mayor prevalencia como responsable de estas situaciones.

Tras presentar los datos relativos a las familias, se han presentado los resultados relativos a la descripción y el análisis de la aplicación del Programa en sus dos modalidades (criterios de inclusión, duración del periodo de intervención, causas de la finalización del tratamiento y consecución de los objetivos propuestos). En primer lugar, el criterio de inclusión más señalado por los profesionales es que existen posibilidades de que se corrija el comportamiento maltratante con la intervención, señalando solo en un 10% de los casos unas expectativas de éxito bajas con la intervención a desarrollar. Por otro lado, la duración de la intervención muestra con una cierta variabilidad con respecto a los criterios del Programa, mostrándose un mayor desajuste en la modalidad de las familias en riesgo, ya normalmente la intervención real se prolonga más tiempo del estipulado, especialmente durante las fases de evaluación y tratamiento.

En relación con el motivo de la finalización de Programa, en ambas modalidades predomina que el cierre del caso se produce por decisión de los profesionales del ETF y debido a la consecución de los objetivos propuestos, aunque en la modalidad de reunificación familiar aumentan los casos que se finalizan por la no aceptación del recurso por parte de las familias. Consecuentemente, en ambos subprogramas la prevalencia de la consecución de los objetivos una vez realizada la intervención es muy elevada, siendo solo 199 menores de los que se elevó una petición de toma de medida de desamparo en los 13 años evaluados, por una situación de riesgo grave en el ejercicio de la parentalidad de los adultos que estaban a cargo de estos menores.

En relación a las actuaciones realizadas por parte de los ETF para la consecución de los objetivos previstos en su intervención fueron muy variadas en ambas modalidades, centrándose fundamentalmente en la entrevista como estrategia y técnica de trabajo, siguiéndole la necesidad de la coordinación permanente con diversos y variados recursos externos. Hay que reseñar también el gran tiempo invertido en el registro de la información y la realización de informes, dejando un escaso tiempo en la realización de evaluaciones psicológicas e intervenciones terapéuticas.

Para finalizar este resumen, haremos referencia a la síntesis de las aportaciones de los profesionales respecto a las dificultades encontradas en la aplicación del Programa y sus propuestas de mejora. En primer lugar, las principales dificultades señaladas hacen referencia a la falta de conocimiento por parte de algunos organismos de las características del programa; al perfil de las familias derivadas por no ajustarse a los objetivos del mismo; a las deficiencias que existen en la relación y coordinación con los Servicios sociales Comunitarios, con el SPM, SPAF y otras instituciones y organismos (especialmente Salud Mental y Justicia); a dificultades relacionadas con los contextos de precariedad que muestran estas familias; a la falta de recursos específicos para algunas problemáticas que se les presentan (preadolescentes y adolescentes con problemas comportamentales); a la falta de supervisión técnica de los casos; y, por último, las deficiencias relacionadas con las condiciones laborales de estos equipos.

En segundo lugar y en relación con las propuestas de mejora del Programa, las más mencionadas hacen referencia a aumentar la visibilidad del Programa; disminuir las ratios de intervención por equipo; establecer de protocolos de coordinación; reforzar la formación y los encuentros profesionales; incorporar una supervisión externa; incorporar recursos para las nuevas necesidades encontradas en la intervención; y mejorar la estabilidad laboral de los profesionales de los ETF.

CAPÍTULO VII

PERFIL PSICOSOCIAL DE LAS FAMILIAS USUARIAS DE LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR: ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DIMENSIONES PSICOLÓGICAS

Con objeto de dar respuesta al segundo objetivo general de esta Tesis doctoral, a lo largo de este capítulo se describen los resultados relativos al perfil sociodemográfico y psicosocial de las familias usuarias de los Equipos de Tratamiento Familiar. En concreto, en el primer apartado se detallan los resultados descriptivos referidos al perfil individual, familiar y laboral de los participantes en el estudio, correspondientes al objetivo específico 2.1. Si bien es cierto que en el apartado de Participantes se ha descrito a las familias, se vuelven a ofrecer en este capítulo los resultados de aquellas dimensiones sociodemográficas que se han seleccionado para ser analizadas conjuntamente con las dimensiones psicológicas objeto de estudio. A continuación, en el segundo apartado, se ofrecen los resultados descriptivos relativos al historial de atención e intervención en los Servicios Sociales de las familias participantes en el estudio, que se corresponde con lo planteado en el objetivo 2.2. Posteriormente, en el tercer apartado y para

dar respuesta a los objetivos específicos 2.3 y 2.4, se describen los resultados descriptivos obtenidos en relación a las diferentes dimensiones psicológicas analizadas, tanto las de carácter individual (estrés parental, estrategias de afrontamiento, malestar psicológico), como las relativas al funcionamiento familiar (cohesión, adaptación y comunicación familiar). Para cada una de estas dimensiones se presentan, en primer lugar, los valores de tendencia central y dispersión de la dimensión en cuestión y, a continuación, las relaciones encontradas entre dicha dimensión y los distintos indicadores socioeconómicos y del historial de intervención. El capítulo concluye con un resumen de los resultados obtenidos que, en su conjunto, aportan una descripción en profundidad del perfil psicosocial de las familias estudiadas.

7.1. Descripción del perfil sociodemográfico de las familias.

Tal y como se ha descrito en apartado correspondiente del capítulo 5, la muestra objeto de estudio estuvo compuesta por 76 participantes de los cuales 48 fueron mujeres (63.20%) y 28 hombres (36.80%), con una edad comprendida entre los 18 y los 71 años ($M = 39.71$, $DT = 9.94$). En relación con el nivel de estudios, existía una significativa diversidad en el nivel que habían alcanzado los y las participantes hasta el momento de la realización del presente trabajo. Así, un 26.32% de las personas entrevistadas no habían finalizado los estudios primarios mientras que un 36.84% sí lo habían conseguido; además, un 30.34% habían logrado acabar los secundarios y un 6.50% tenía una titulación universitaria.

En cuanto a las características relacionadas con la composición de estas familias, los resultados obtenidos mostraron que en los hogares convivían entre 1 y 7 personas ($M = 3.93$, $DT = 1.53$), de las cuales en torno a 2 ($M = 2.45$, $DT = 1.17$) eran hijos e hijas. Estos niños (60.54% de la muestra) y niñas (39.46%) que crecían en las familias atendidas por los ETF se caracterizaron por tener una edad media de alrededor de los 9 años ($M = 9.42$, $DT = 4.19$). Por otro lado, respecto al tipo de estructura familiar, los resultados mostraron un reparto bastante igualado entre familias biparentales (53.94%) y monoparentales (46.06%). Concretamente, la estructura biparental fue representada tanto por un núcleo familiar intacto (51.29%) como por familias reconstituidas (48.71%). Además, las familias de las usuarias y usuarios de ETF tendían a caracterizarse por una estructura de tipo biparental nuclear (73.74%) frente a la biparental extensa (26.26%). El 61.3% de los participantes tenían una pareja sentimental en el momento de la recogida de datos.

Cabe señalar que el porcentaje de familias de la muestra que se encontraban hacinadas en su hogar alcanzó un 29.24%. En este sentido, la situación laboral y los ingresos de estas familias eran claramente precarios. Así, los ingresos familiares ascendían a los 697.04 euros mensuales de media ($DT = 524.96$), de los cuales los participantes en el estudio aportaban a la unidad familiar una media de 205.98 euros ($DT = 341.66$). Concretamente, las familias estudiadas tendían a tener dos fuentes de ingresos distintas ($M = 1.95$, $DT = 0.94$), siendo las más frecuente los ingresos provenientes de servicios de Bienestar Social. De los participantes en el estudio, aquellos que se encontraban en situación de desempleo (88.10% de los hombres y mujeres entrevistadas no disponían de un contrato laboral), llevaban en torno a 3 años en esta circunstancia ($M = 38.35$ meses, $DT = 39.42$).

7.2. Descripción del historial de atención e intervención en los Servicios Sociales.

Para completar esta primera visión de carácter sociodemográfico de las familias que son atendidas por los ETF, exploramos cuál era su historial de atención e intervención en los Servicios Sociales. En términos generales, los resultados obtenidos en relación a esta cuestión mostraron que, en el momento del estudio, las familias llevaban siendo atendidas por los ETF algo más de los 11 meses ($M = 11.76$, $DT = 7.67$). Además de que la totalidad de las familias participantes en el estudio eran usuarias de los ETF, el 28.95% de las mismas habían sido también atendidas por los equipos del servicio CORE. Como media, el número de menores señalizados por Servicios Sociales fue de 1.82 ($DT = 0.98$), y únicamente en el 9.20% de los casos se había retirado un menor del contexto familiar.

Al analizar la información aportada por los profesionales responsables de los ETF, en términos generales, los técnicos y técnicas indicaron que las familias evolucionaban positivamente a lo largo de su intervención ($M = 6.72$, $DT = 1.58$, en una escala de 1 a 10 donde 1 indica una *nula evolución* y 10 *evolución muy positiva*). También según la información de los técnicos, el nivel de riesgo de las familias atendidas presentaba una media de 4.58 ($DT = 2.58$, en una escala de 1 a 10 donde 1 indica un *muy bajo riesgo* y 10 *muy alto riesgo*). Además de la percepción de los técnicos en torno a la evolución y al riesgo de la familia, los profesionales evaluaron el nivel de reconocimiento de los problemas por parte de los padres y madres, su grado de motivación para la solución de problemas, así como su cooperación con el plan de intervención. Con respecto a la primera dimensión, el reconocimiento de problemas obtuvo una media ponderada de 70.51 (máximo 100) ($DT = 23.10$), mientras que la motivación para el

cambio presentó un valor promedio de 82.74 ($DT = 17.54$) y la cooperación con el plan de intervención obtuvo una puntuación media de 81.66 ($DT = 30.50$).

7.3. Resultados descriptivos de las dimensiones psicológicas analizadas.

7.3.1. Estrés parental

Para la evaluación del estrés parental se utilizó el Parenting Stress Index- Short Form (Abidín, 1995) que ofrece información de varias dimensiones: el malestar parental experimentado por los progenitores, la relación disfuncional entre padres/madres e hijos/as y el grado de dificultad del niño/a. La unión de estas tres dimensiones da lugar a una puntuación total de estrés parental. A continuación se ofrecen los resultados descriptivos obtenidos por la muestra estudiada en la puntuación total de estrés parental y, posteriormente, los resultados pormenorizados y diferenciados de las tres dimensiones que evalúa la escala utilizada.

Como puede observarse en la Figura 7.1, la media de la **puntuación total de estrés parental** alcanzó los 89.39 puntos ($DT = 24.68$), obteniéndose una puntuación mínima y máxima de 38 y 137 respectivamente. El análisis de los valores atípicos mostró ausencia de valores extremos influyentes y la distribución univariante de la dimensión siguió la curva normal.

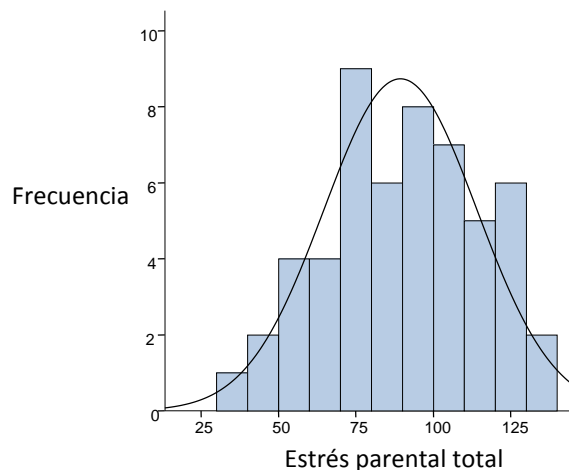


Figura 7.1. Distribución de las puntuaciones del estrés parental total.

Tras analizar los datos de tendencia central y dispersión de la puntuación de estrés parental total, se realizaron correlaciones y análisis de contrastes de medias para explorar, por un lado, la relación entre el estrés parental y los diversos indicadores individuales, familiares y socioeconómicos de estas familias (descritos en el apartado 7.1 de este mismo capítulo) y, por

otro, con el historial de intervención en los Servicios Sociales y el perfil de riesgo informado por los técnicos (descritos en el apartado 7.2). Los resultados de estos análisis se muestran en la Tabla 7.1. Como se puede observar en dicha Tabla, únicamente el contraste realizado tomando en consideración el sexo del menor obtuvo una diferencia significativa. De este modo, los progenitores con hijas se encontraban menos estresados con respecto a su rol ($M = 78.75$, $DT = 21.62$) en comparación con aquellos que tenían hijos varones ($M = 95.65$, $DT = 24.49$).

Tabla 7.1

Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con el Estrés parental total.

Perfil individual, familiar y socioeconómico			Perfil de riesgo e intervención		
Edad	$r(54) = .197$	Estructura nuclear/ext	$U(53) = 265$	Meses expediente SS	$r(54) = -.068$
Sexo	$t(52) = 0.25$	Personas que conviven	$r(54) = .234$	Número menores señalizados	$r(53) = .171$
Nivel educativo madre	$F(3, 50) = 0.20$	Número de hijos	$r(54) = .163$	Evolución positiva SS	$r(53) = -.001$
Edad menor	$r(54) = .085$	Hacinamiento	$U(50) = 226$	Nivel riesgo SS	$r(53) = .000$
Sexo menor	$t(52) = -2.55^*$	Meses en paro	$r(35) = .221$	Ha sido usuaria CORE	$U(51) = 282.50$
Pareja	$t(52) = -0.36$	Ingresos familiares totales	$r(54) = -.159$	Reconocimiento de problemas	$r(50) = -.088$
Estructura bip/mon.	$U(53) = 339.50$	Ingresos combinación	$r(54) = -.230$	Motivación solución problemas	$r(50) = .072$
Estructura intacta/recons.	$U(33) = 100$			Cooperación con el plan de intervención	$r(54) = .114$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En cuanto a las distintas dimensiones que componen el estrés parental, en primer lugar, ofreceremos los datos relativos al **malestar parental**. En cuanto a los valores de tendencia y central y tal y como se muestra en la Figura 8.2, los resultados obtenidos arrojaron un valor medio en malestar parental de 32.39 puntos ($DT = 24.68$), con una puntuación mínima de 13 y máxima de 50. El análisis de los valores atípicos mostró ausencia de valores extremos influyentes y la distribución univariante de la dimensión siguió la curva normal.

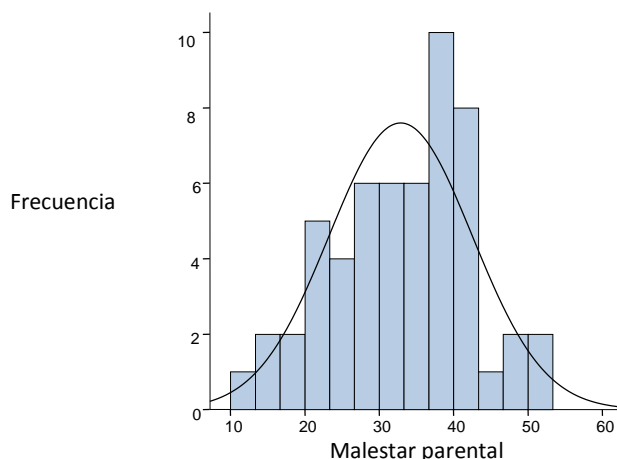


Figura 7.2. Distribución de las puntuaciones del Malestar parental.

Como en el caso anterior, se realizaron distintos análisis de correlación y contrastes de medias para explorar la relación entre el malestar parental y los distintos indicadores sociodemográficos y de intervención (ver Tabla 7.2). En este caso, se observó una correlación significativa de signo negativo entre este componente del estrés parental y la procedencia de los ingresos familiares. En concreto, las puntuaciones en la variable combinación de ingresos estuvieron asociadas a unos niveles más elevados de Malestar parental, así como unas puntuaciones altas en combinación de ingresos se relacionaron con bajas puntuaciones de malestar. Cabe señalar que las puntuaciones esta dimensión del estrés parental no guardaron relación con las demás variables analizadas.

Tabla 7.2

Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con el Malestar parental.

	Perfil individual, familiar y socioeconómico			Perfil de riesgo e intervención	
Edad	$r(55) = .100$	Estructura nuclear/ext	$U(54) = 281$	Meses expediente SS	$r(55) = -.006$
Sexo	$t(53) = 0.03$	Personas que conviven	$r(55) = .146$	Número menores señalizados	$r(54) = .228$
Nivel educativo madre	$F(3, 51) = 0.65$	Número de hijos	$r(55) = .211$	Evolución positiva SS	$r(54) = -.079$
Edad menor	$r(55) = .098$	Hacinamiento	$U(51) = 255.50$	Nivel riesgo SS	$r(54) = .206$
Sexo menor	$t(53) = -1.31$	Meses en paro	$r(36) = .097$	Ha sido usuaria CORE	$U(52) = 272$
Pareja	$t(53) = 0.30$	Ingresos familiares totales	$r(55) = -.219$	Reconocimiento de problemas	$r(51) = -.165$
Estructura bip/mon	$U(54) = 356$	Ingresos combinación	$r(55) = -.279^*$	Motivación solución problemas	$r(51) = -.164$
Estructura intacta/recons	$U(34) = 95.50$			Cooperación con el plan de intervención	$r(55) = .126$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A continuación, presentaremos los resultados obtenidos con respecto a dimensión de **relación disfuncional padre-hijo**. En este caso, los análisis de datos mostraron que los participantes en el estudio obtuvieron en relación disfuncional padre/hijo una puntuación media de 24.61 ($DT = 8.97$), así como unos valores mínimos y máximos de 12 y 50, alcanzando el mínimo de la escala pero no el máximo. El análisis de los valores atípicos mostró ausencia de valores extremos influyentes y la distribución univariante de la dimensión siguió parcialmente la curva normal (ver Figura 7.3).

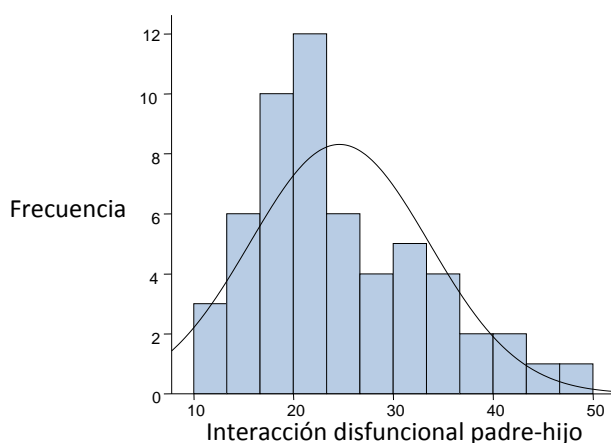


Figura 7.3. Distribución de las puntuaciones del Interacción disfuncional padre-hijo.

En la Tabla 7.3 se recogen los resultados referidos a los análisis para explorar las relaciones entre relación disfuncional padre/hijo y los distintos indicadores sociodemográficos y relativos al historial de intervención. En este caso, estos análisis arrojaron una diferencia estadísticamente significativa relacionada con el sexo de los menores. Concretamente, al igual que ocurría con la puntuación total de estrés parental, los progenitores con hijas se encontraban menos estresados con respecto a la interacción que mantenían con sus hijas ($M = 20.71$, $DT = 7.93$) en comparación con la relación que mantenían con sus hijos varones ($M = 26.94$, $DT = 8.82$).

Tabla 7.3

Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con la relación disfuncional padre-hijo.

Perfil individual, familiar y socioeconómico			Perfil de riesgo e intervención		
Edad	$r(56) = .158$	Estructura nuclear/ext	$U(55) = 271.50$	Meses expediente SS	$r(56) = -.064$
Sexo	$t(54) = -0.36$	Personas que conviven	$r(56) = .254$	Número menores señalizados	$r(55) = .172$
Nivel educativo madre	$F(3, 52) = 0.08$	Número de hijos	$r(56) = .173$	Evolución positiva SS	$r(55) = -.040$
Edad menor	$r(56) = .203$	Hacinamiento	$U(52) = 203.50$	Nivel riesgo SS	$r(55) = -.038$
Sexo menor	$t(54) = -2.65^{**}$	Meses en paro	$r(37) = .141$	Ha sido usuaria CORE	$U(52) = 292$
Pareja	$t(54) = -1.06$	Ingresos familiares totales	$r(56) = -.004$	Reconocimiento de problemas	$r(52) = -.108$
Estructura bip/mon	$U(55) = 360$	Ingresos combinación	$r(56) = -.015$	Motivación solución problemas	$r(52) = .104$
Estructura intacta/recons	$U(33) = 110.50$			Cooperación con el plan de intervención	$r(56) = .013$

** $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$*

Por último y para completar el análisis descriptivo del estrés parental, se ofrecen los resultados obtenidos con la subescala *niño difícil*. En este caso, los resultados relativos a las medidas de tendencia central mostraron que los padres y madres participantes en el estudio obtuvieron una media de 31.54 ($DT = 11.43$) en la dimensión niño difícil, con unos valores mínimos y máximos de 13 y 50 respectivamente. El análisis de los valores atípicos mostró ausencia de valores extremos influyentes y la distribución univariante de la dimensión siguió parcialmente la curva normal (ver Figura 7.4).

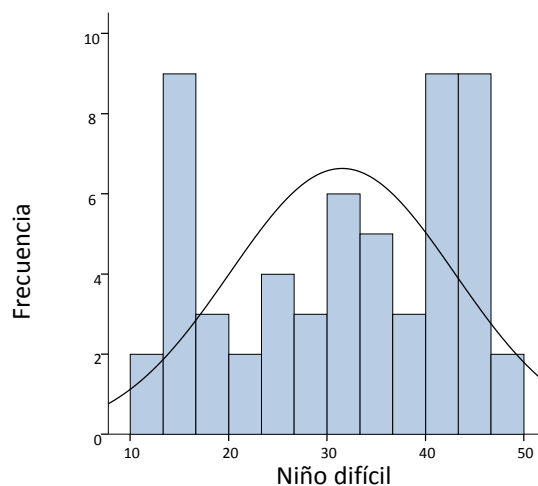


Figura 7.4. Distribución de las puntuaciones de Niño difícil.

Los resultados referidos a los contrastes de medias de esta dimensión con las distintas variables sociodemográficas analizadas indicaron una diferencia significativa con respecto al sexo del menor a cargo. De esta manera, y siguiendo la línea de los anteriores resultados, los progenitores con hijas percibían menor grado de dificultad en las niñas ($M = 26.43$, $DT = 11.29$) en comparación con la dificultad que percibían los participantes en el estudio en sus hijos varones de cara a su crianza ($M = 34.53$, $DT = 10.55$).

Tabla 7.4

Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con niño difícil.

Perfil individual, familiar y socioeconómico				Perfil de riesgo e intervención	
Edad	$r(57) = .168$	Estructura nuclear/ext	$U(56) = 326.50$	Meses expediente SS	$r(57) = -.140$
Sexo	$t(55) = 1.09$	Personas que conviven	$r(57) = .175$	Número menores señalizados	$r(56) = .088$
Nivel educativo madre	$F(3, 53) = 0.20$	Número de hijos	$r(57) = .097$	Evolución positiva SS	$r(54) = -.014$
Edad menor	$r(57) = .201$	Hacinamiento	$U(53) = 248$	Nivel riesgo SS	$r(56) = -.058$
Sexo menor	$t(55) = -2.72^{**}$	Meses en paro	$r(38) = .292$	Ha sido usuaria CORE	$U(54) = .314$
Pareja	$t(55) = -0.67$	Ingresos familiares totales	$r(57) = -.163$	Reconocimiento de problemas	$r(53) = .063$
Estructura bip/mon.	$U(56) = 377$	Ingresos combinación	$r(57) = -.245$	Motivación solución problemas	$r(53) = .133$
Estructura intacta/recons.	$U(34) = 134$			Cooperación con el plan de intervención	$r(57) = .107$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Para finalizar los análisis descriptivos relativos al estrés parental, se llevó a cabo un contraste de medias entre los tres componentes evaluados de esta dimensión (malestar parental, relación disfuncional padre-hijo y niño difícil). Esta comparación se llevó a cabo con las puntuaciones estandarizadas y los resultados encontrados mostraron que no existían diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por los participantes del estudio en estas tres dimensiones del estrés parental.

7.3.2. Estrategias de afrontamiento

Para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó la adaptación española de la Brief Coping with Stress Scale (Crespo y Cruzado, 1997). Esta escala toma en consideración para el estudio del afrontamiento tres tipos de estrategias: las centradas en el problema, las centradas en la emoción y las de evitación. A lo largo de este apartado se presentan los resultados

descriptivos relativos a estos tres tipos de estrategias de afrontamiento ofreciendo, para cada una de ellas, tanto los resultados de tendencias centrales como las posibles relaciones con los indicadores sociodemográficos y los relativos al perfil de riesgo e historial de intervención de las familias estudiadas.

En primer lugar y respecto a las estrategias de afrontamiento **centradas en el problema**, se observó que los padres y madres participantes obtuvieron una puntuación media de 26.28 ($DT = 4.37$) con un valor mínimo de 15 y máximo de 32. El análisis de los valores atípicos mostró ausencia de valores extremos influyentes y la distribución univariante de la dimensión siguió la curva normal (ver Figura 7.5).

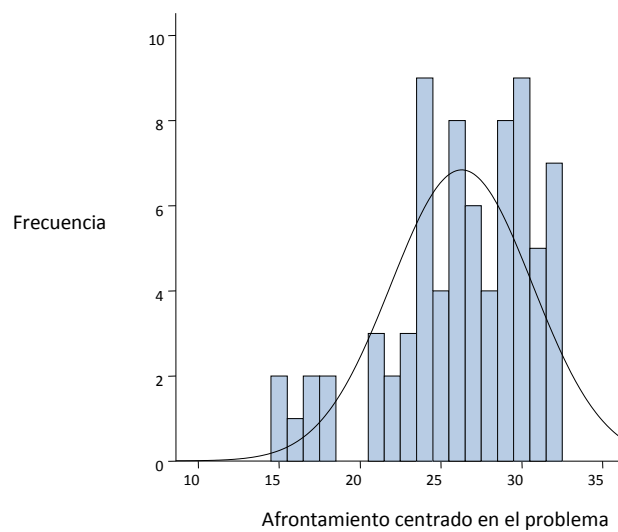


Figura 7.5. Distribución de las puntuaciones de Afrontamiento centrado en el problema.

Al igual que hicimos con la dimensión de estrés parental, tras obtener los estadísticos de tendencia central, realizamos análisis de correlación y contrastes de medias entre las estrategias de afrontamiento y los distintos indicadores sociodemográficos y de riesgo seleccionados para este estudio. En el caso concreto de las estrategias centradas en el problema, como puede observarse en la Tabla 7.5, no se observó ninguna relación significativa entre este tipo de afrontamiento y las distintas variables tomadas en consideración.

Tabla 7.5

Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con afrontamiento centrado en el problema.

Perfil individual, familiar y socioeconómico			Perfil de riesgo e intervención		
Edad	$r(75) = .023$	Estructura nuclear/ext	$U(74) = 415$	Meses expediente SS	$r(74) = .101$
Sexo	$t(73) = 1.65$	Personas que conviven	$r(75) = -.128$	Número menores señalizados	$r(73) = -.176$
Nivel educativo madre	$F(3, 71) = 0.40$	Número de hijos	$r(75) = -.133$	Evolución positiva SS	$r(73) = .082$
Edad menor	$r(75) = .070$	Hacinamiento	$U(70) = 383$	Nivel riesgo SS	$r(73) = .015$
Sexo menor	$t(73) = 1.50$	Meses en paro	$r(50) = -.299$	Ha sido usuaria CORE	$U(71) = 509$
Pareja	$t(73) = 0.55$	Ingresos familiares totales	$r(75) = .073$	Reconocimiento de problemas	$r(69) = .040$
Estructura bip/mon	$U(74) = 653.50$	Ingresos combinación	$r(75) = .124$	Motivación solución problemas	$r(69) = -.020$
Estructura intacta/recons	$U(42) = 220.50$			Cooperación con el plan de intervención	$r(75) = .074$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A continuación, se presentan los resultados descriptivos relativos a las estrategias de afrontamiento **centradas en las emociones**. En este caso, los estadísticos de medida central y de dispersión referidos a las estrategias centradas en las emociones alcanzaron los 20.40 puntos con una desviación típica de 4.39, y con unos valores mínimos y máximos de 11 y 30 respectivamente. El análisis de los valores atípicos mostró ausencia de valores extremos influyentes y la distribución univariante de la dimensión siguió la curva normal (ver Figura 7.6).

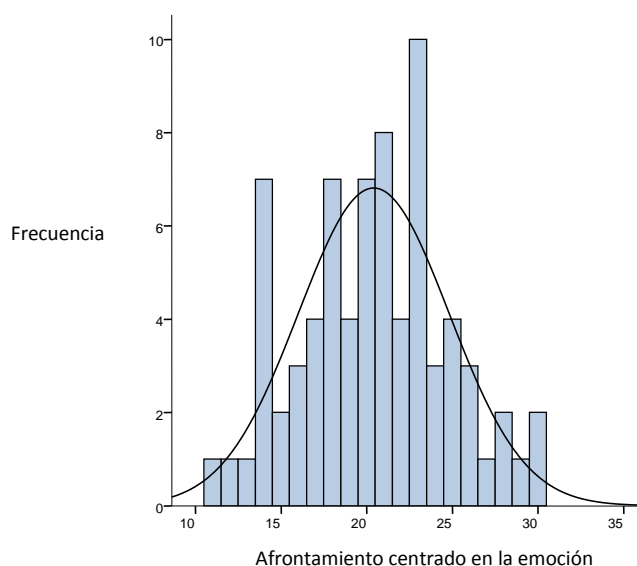


Figura 7.6. Distribución de las puntuaciones de Afrontamiento centrado en la emoción.

Por su parte, el estudio de las relaciones entre este tipo de estrategias de afrontamiento y los distintos indicadores sociodemográficos y de riesgo se presenta en la Tabla 7.6. Los resultados recogidos en esta tabla muestran que la puntuación referida a las estrategias centradas en la emoción varió significativamente de acuerdo tanto a la estructura familiar como a los ingresos percibidos en el hogar. Concretamente, los padres y las madres de familias que no habían variado en su estructura utilizaban de manera más frecuente las estrategias basadas en el manejo de la emoción (Rango promedio = 25.77) en comparación con las familias reconstituidas (Rango promedio = 18.05). Con respecto a los ingresos percibidos en el hogar, se observó que puntuaciones más elevadas de ingresos familiares totales se relacionaron con bajas puntuaciones en el uso del afrontamiento centrado en la emoción y viceversa.

Tabla 7.6

Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con afrontamiento centrado en la emoción.

Perfil individual, familiar y socioeconómico			Perfil de riesgo e intervención		
Edad	$r(75) = .084$	Estructura nuclear/ext.	$U(74) = 462.50$	Meses expediente SS	$r(74) = .017$
Sexo	$t(73) = -0.58$	Personas que conviven	$r(75) = -.017$	Número menores señalizados	$r(73) = -.209$
Nivel educativo madre	$F(3, 71) = 0.77$	Número de hijos	$r(75) = -.145$	Evolución positiva SS	$r(73) = -.101$
Edad menor	$r(75) = .043$	Hacinamiento	$U(70) = 489.50$	Nivel riesgo SS	$r(73) = .092$
Sexo menor	$t(73) = -1.35$	Meses en paro	$r(50) = .027$	Ha sido usuaria CORE	$U(71) = 460.50$
Pareja	$t(73) = 0.10$	Ingresos familiares totales	$r(75) = -.226^*$	Reconocimiento de problemas	$r(69) = .036$
Estructura bip/mon.	$U(74) = 649$	Ingresos combinación	$r(75) = -.049$	Motivación solución problemas	$r(69) = -.116$
Estructura intacta/recons.	$U(42) = 148^*$			Cooperación con el plan de intervención	$r(75) = .029$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En tercer lugar, se presentan los resultados relativos a la dimensión de afrontamiento **centrada en la evitación**. Los participantes en este estudio alcanzaron en esta subescala una puntuación media de 11.99 puntos ($DT = 3.37$), caracterizándose por un valor mínimo de 6 y máximo de 18. El análisis de los valores atípicos mostró ausencia de valores extremos influyentes y la distribución univariante de la dimensión siguió la curva normal (ver Figura 7.7).

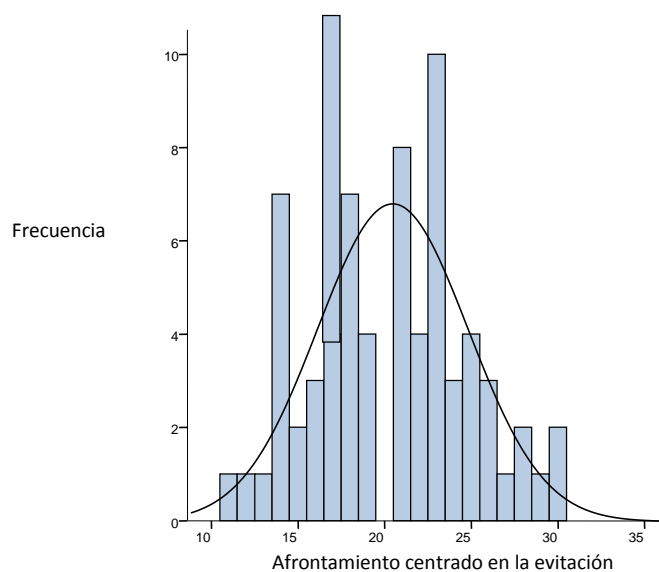


Figura 7.7. Distribución de las puntuaciones de Afrontamiento centrado en la evitación.

Los análisis de correlación y contrastes de medias realizados para explorar la relación de este tipo de estrategia de afrontamiento con los diversos indicadores sociodemográficos y del perfil de riesgo arrojaron varios resultados significativos a tener en cuenta (ver Tabla 7.8). Por un lado, tanto la estructura familiar como el número de meses en paro (indicadores familiares y socioeconómicos), influyeron en la distribución de las puntuaciones de la escala de evitación. Así, aquellos participantes que convivían con su familia extensa tendían a usar menos estrategias de evitación (Rango promedio = 25.29) en comparación con los usuarios cuya estructura familiar era nuclear (Rango promedio = 25.29). Además, las puntuaciones elevadas en evitación se relacionaron con menos meses en situación de desempleo. Por otro lado, la valoración realizada por los técnicos acerca de la evolución de la familia durante el proceso de intervención se relacionó de manera negativa con el uso de la evitación mostrada por los usuarios y usuarias de los ETF. De esta manera, un mayor uso de estrategias de evitación estuvo relacionado con una valoración de peor evolución por parte de los profesionales responsables del servicio.

Tabla 7.7

Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con afrontamiento centrado en la evitación.

Perfil individual, familiar y socioeconómico			Perfil de riesgo e intervención		
Edad	$r(72) = -.235$	Estructura nuclear/ext	$U(71) = 277^*$	Meses expediente SS	$r(71) = -.109$
Sexo	$t(70) = 0.76$	Personas que conviven	$r(72) = -.141$	Número menores señalizados	$r(70) = .078$
Nivel educativo madre	$F(3, 68) = 1.17$	Número de hijos	$r(72) = .026$	Evolución positiva SS	$r(70) = -.275^*$
Edad menor	$r(72) = -.196$	Hacinamiento	$U(67) = 361.50$	Nivel riesgo SS	$r(70) = .209$
Sexo menor	$t(70) = -1.49$	Meses en paro	$r(48) = -.287^*$	Ha sido usuaria CORE	$U(68) = 408$
Pareja	$t(70) = -1.56$	Ingresos familiares totales	$r(72) = -.226$	Reconocimiento de problemas	$r(66) = -.133$
Estructura bip/mon.	$U(71) = 477.50$	Ingresos combinación	$r(72) = -.023$	Motivación solución problemas	$r(66) = -.217$
Estructura intacta/recons.	$U(40) = 192.50$			Cooperación con el plan de intervención	$r(72) = .161$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Para finalizar los análisis descriptivos relativos a las estrategias de afrontamiento, cabe señalar que el análisis de comparación entre las medias ponderadas de las tres escalas que evalúan los distintos tipos de afrontamiento mostró diferencias entre los tres tipos de estrategias. Concretamente, el afrontamiento centrado en la emoción fue el tipo de estrategia más utilizada por los y las participantes en el estudio ($M = 51$, $DT = 10.98$) en comparación con el afrontamiento centrado en el problema ($M = 39.42$, $DT = 6.56$; $t(74) = -9.77$, $p < .001$) y con la evitación ($M = 17.98$, $DT = 5.06$; $t(71) = 24.44$, $p < .001$). En segundo lugar, el afrontamiento centrado en el problema se distinguió significativamente de la evitación ($t(71) = 22.93$, $p < .001$), siendo el segundo tipo de estrategia más utilizada por los padres y madres participantes.

7.3.3. Malestar psicológico

La medida del malestar psicológico se obtuvo mediante la utilización del Cuestionario de Salud General (GHQ -28), en su versión española (Lobo et al., 1985). Tal y como se ha descrito en el capítulo 5, este instrumento está compuesto por cuatro subescalas y también ofrece una puntuación total. Los resultados que se presentan a continuación se han realizado utilizando la puntuación total de la escala, que ofrece una visión general del malestar psicológico experimentado por las mujeres y hombres participantes en el estudio. Como con las dimensiones anteriores, se presentan en este apartado primero los resultados relativos a las tendencias centrales y de dispersión, y a continuación las relaciones encontradas entre esta

dimensión y los distintos indicadores sociodemográficos y relativos a la trayectoria de atención en los servicios sociales y el perfil de riesgo de las familias participantes en el estudio.

En primer lugar y respecto a las tendencias centrales de esta dimensión, hay que señalar que en la **puntuación total de malestar psicológico** los participantes obtuvieron un valor medio de 63.47 puntos ($DT = 17.65$), con una puntuación mínima y máxima de 34 y 105 respectivamente. El análisis de los valores atípicos mostró ausencia de valores extremos influyentes y la distribución univariante de la dimensión siguió la curva normal (ver Figura 7.8).

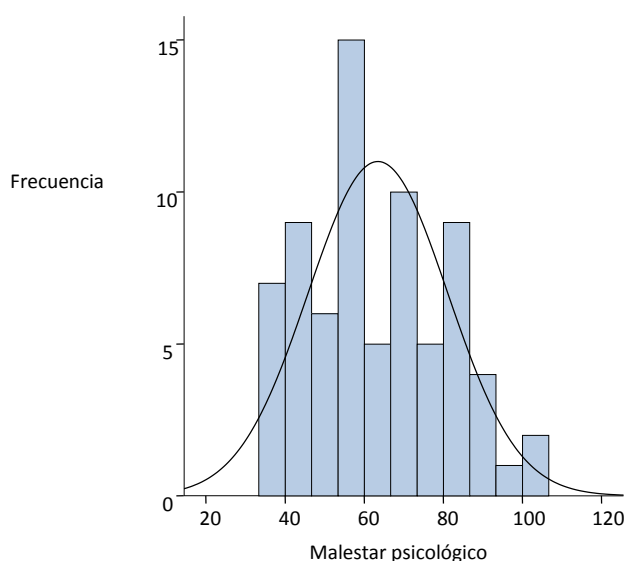


Figura 7.8. Distribución de las puntuaciones de Malestar psicológico.

En segundo lugar, los análisis para explorar la relación entre la puntuación total del malestar psicológico y los distintos indicadores del perfil sociodemográfico arrojaron varias diferencias relevantes (ver Tabla 7.8). Así, se observó que las mujeres presentaban una mayor presencia de sintomatología psicológica ($M = 66.40$, $DT = 18.73$) en comparación con los hombres participantes en el estudio ($M = 58.15$, $DT = 14.35$). Al mismo tiempo, unos mayores ingresos familiares totales se relacionaron con un menor número de indicadores de malestar psicológico.

Tabla 7.8

Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con el Malestar psicológico.

Perfil individual, familiar y socioeconómico			Perfil de riesgo e intervención		
Edad	$r(73) = -.050$	Estructura nuclear/ext $U(72) = 478$	Meses expediente SS	$r(71) = .093$	
Sexo	$t(63) = 2.10^*$	Personas que conviven $r(73) = .165$	Número menores señalizados	$r(71) = .092$	
Nivel educativo madre	$F(3, 69) = 0.13$	Número de hijos $r(73) = .151$	Evolución positiva SS	$r(71) = -.102$	
Edad menor	$r(73) = .133$	Hacinamiento $U(68) = 366.50$	Nivel riesgo SS	$r(71) = .209$	
Sexo menor	$t(71) = -0.28$	Meses en paro $r(49) = -.094$	Ha sido usuaria CORE	$U(69) = 520$	
Pareja	$t(71) = -0.72$	Ingresos familiares totales $r(73) = -.365^{***}$	Reconocimiento de problemas	$r(67) = -.040$	
Estructura bip/mon	$U(72) = 658$	Ingresos combinación $r(76) = -.215$	Motivación solución problemas	$r(67) = -.193$	
Estructura intacta/recons	$U(39) = 173$		Cooperación con el plan de intervención	$r(73) = .056$	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

7.3.4. Funcionamiento familiar

Para la evaluación del funcionamiento familiar se utilizaron las escalas FACES de Olson et al. (1985). En concreto, tal y como se ha descrito en el capítulo 5, se utilizó la versión adaptada por Polaino y Martínez (2003) del FACE-III. Este instrumento evalúa dos dimensiones del funcionamiento familiar descritas en el modelo circunplejo: la cohesión y la adaptabilidad. Asimismo, contempla la posibilidad de obtener una puntuación total del funcionamiento familiar a partir de la suma de las puntuaciones obtenidas en ambas subescalas. El otro componente del funcionamiento familiar contemplado desde este modelo teórico, la comunicación familiar, fue evaluado mediante la adaptación española de la Family Communication Scale (Sanz, 2003). A lo largo de este apartado se presentan los resultados relativos a estas distintas dimensiones de la dinámica familiar. En primer lugar, se describen los resultados obtenidos en cohesión familiar, posteriormente los relativos a la adaptabilidad y, en tercer lugar los referentes a la puntuación total del funcionamiento familiar que se obtiene a partir de esas dos dimensiones. Para completar la visión de la dinámica familiar se describen los resultados obtenidos en la escala de comunicación familiar. Siguiendo un esquema similar al utilizado en los apartados anteriores, para cada dimensión, se ofrecen primero los resultados de tendencias centrales y posteriormente los contrastes de medias y correlaciones con los distintos indicadores sociodemográficos y del perfil de riesgo de las familias participantes en el estudio.

Como hemos señalado, comenzaremos la descripción de los resultados relativos al funcionamiento familiar con las medidas de tendencia central de la escala de **cohesión familiar**. Así, los resultados obtenidos por los participantes en el estudio en cohesión familiar mostraron un valor medio de 37.08 ($DT = 7.48$), con unos valores mínimos y máximos de 12 y 50 respectivamente. El análisis de los valores atípicos mostró ausencia de valores extremos influyentes y la distribución univariante de la dimensión siguió la curva normal (ver Figura 7.9).

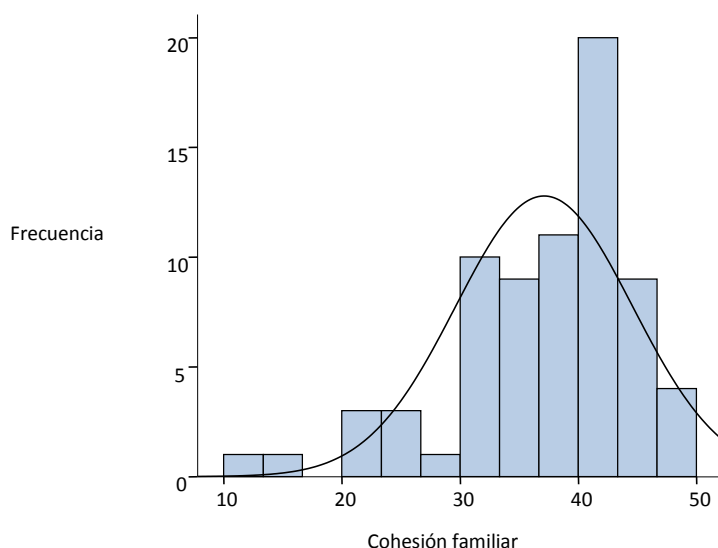


Figura 7.9. Distribución de las puntuaciones de Cohesión familiar.

Además de los análisis de tendencias centrales, se llevaron a cabo análisis de comparación de medias y correlacionales para explorar las relaciones existentes entre esta importante dimensión del funcionamiento familiar y los distintos indicadores sociodemográficos y del perfil de riesgo de las familias. Los resultados de estos análisis mostraron que las puntuaciones de cohesión familiar se relacionaron significativamente tanto con el sexo del menor como con la valoración del riesgo del caso realizada por los técnicos de los ETF. De esta manera, por un lado, las familias participantes en el estudio cuyo menor diana era una niña presentaron una mayor cohesión familiar ($M = 39.44$, $DT = 6.21$) en comparación con las familias con un niño varón ($M = 35.67$, $DT = 7.88$). Por otro lado, con respecto a la relación entre el nivel de riesgo según la valoración del técnico y la cohesión familiar, se obtuvo una correlación estadísticamente significativa de signo negativo, de forma que altas puntuaciones de cohesión familiar se relacionaron con una menor percepción de riesgo por parte de los técnicos y viceversa.

Tabla 7.9

Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con Cohesión familiar.

Perfil individual, familiar y socioeconómico			Perfil de riesgo e intervención		
Edad	$r(72) = .197$	Estructura nuclear/ext	$U(71) = 458.50$	Meses expediente SS	$r(71) = .125$
Sexo	$t(70) = 0.17$	Personas que conviven	$r(72) = -.012$	Número menores señalizados	$r(70) = -.041$
Nivel educativo madre	$F(3, 68) = 0.74$	Número de hijos	$r(72) = .015$	Evolución positiva SS	$r(70) = .163$
Edad menor	$r(72) = .121$	Hacinamiento	$U(67) = 384.50$	Nivel riesgo SS	$r(70) = -.243^*$
Sexo menor	$t(70) = 2.12^*$	Meses en paro	$r(48) = -.041$	Ha sido usuaria CORE	$U(68) = 440.50$
Pareja	$t(70) = -0.82$	Ingresos familiares totales	$r(72) = .043$	Reconocimiento de problemas	$r(66) = .114$
Estructura bip/mon	$U(71) = 624.50$	Ingresos combinación	$r(72) = .152$	Motivación solución problemas	$r(66) = .119$
Estructura intacta/recons	$U(41) = 214.50$			Cooperación con el plan de intervención	$r(72) = .132$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Junto a la cohesión familiar, el estudio de la dinámica familiar se completa con el análisis de la **adaptabilidad familiar**. Los resultados de tendencias centrales relativos a la adaptabilidad familiar arrojaron una puntuación media de 28.74 puntos ($DT = 5.08$). Esta dimensión se caracterizó por un valor mínimo de 16 y máximo de 40. Además, el análisis de los valores atípicos mostró ausencia de valores extremos influyentes y la distribución univariante de la dimensión siguió la curva normal (ver Figura 7.10).

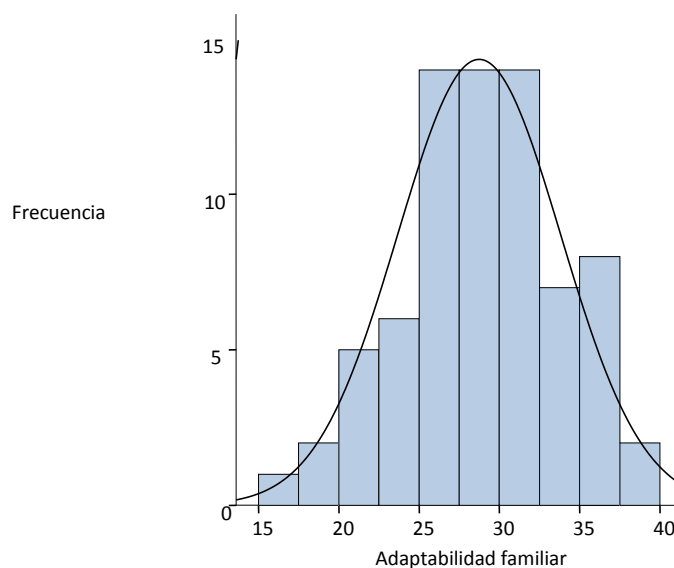


Figura 7.10. Distribución de las puntuaciones de Adaptabilidad familiar.

Los resultados de los análisis realizados para explorar las relaciones entre el grado de adaptabilidad familiar y los distintos indicadores sociodemográficos y relativos al perfil de riesgo se muestran en la Tabla 7.10. Como se desprende de los datos recogidos en dicha tabla, la adaptabilidad familiar se relacionó de manera estadísticamente significativa con la edad de los adultos participantes en el estudio, con la edad del hijo o hija diana, así como con el número de hijos. Todas las relaciones encontradas tenían un sentido positivo, de forma que las puntuaciones más elevadas de adaptación familiar se relacionaron con una mayor edad de los usuarios de los ETF, de los hijos diana estudiados y del número de hijos que convivían dentro de la familia.

Tabla 7.10

Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con Adaptabilidad familiar.

Perfil individual, familiar y socioeconómico			Perfil de riesgo e intervención		
Edad	$r(73) = .251^*$	Estructura nuclear/ext	$U(72) = 493$	Meses expediente SS	$r(72) = .190$
Sexo	$t(70) = -.612$	Personas que conviven	$r(73) = .137$	Número menores señalizados	$r(71) = .140$
Nivel educativo madre	$F(3, 69) = 1.24$	Número de hijos	$r(73) = .323^{**}$	Evolución positiva SS	$r(71) = .103$
Edad menor	$r(73) = .297^*$	Hacinamiento	$U(68) = 426$	Nivel riesgo SS	$r(71) = .172$
Sexo menor	$t(71) = 1.95$	Meses en paro	$r(50) = -.054$	Ha sido usuaria CORE	$U(69) = 426$
Pareja	$t(71) = -0.32$	Ingresos familiares totales	$r(73) = .123$	Reconocimiento de problemas	$r(67) = -.126$
Estructura bip/mon.	$U(72) = 650.50$	Ingresos combinación	$r(73) = .039$	Motivación solución problemas	$r(67) = -.123$
Estructura intacta/recons.	$U(40) = 172$			Cooperación con el plan de intervención	$r(73) = -.034$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tal y como se ha explicado previamente, de acuerdo con el modelo lineal de Olson et al. (1985) es posible obtener una **puntuación total de funcionamiento familiar** a partir de la suma de las puntuaciones en las subescalas cohesión y adaptabilidad, y su posterior división entre dos. Los análisis de tendencias centrales realizados con esta puntuación total mostraron que la media del funcionamiento familiar de los participantes en el estudio se situó en los 32.97 puntos ($DT=5.20$), con una puntuación mínima y máxima de 15.50 y 43.50. Con respecto a la distribución de datos univariante, los datos de asimetría y curtosis así como la observación del histograma (ver

Figura 7.11), confirmaron la distribución normal de las puntuaciones. En relación con esta dimensión, se detectaron tres datos extremos de los cuales ninguno fue influyente.

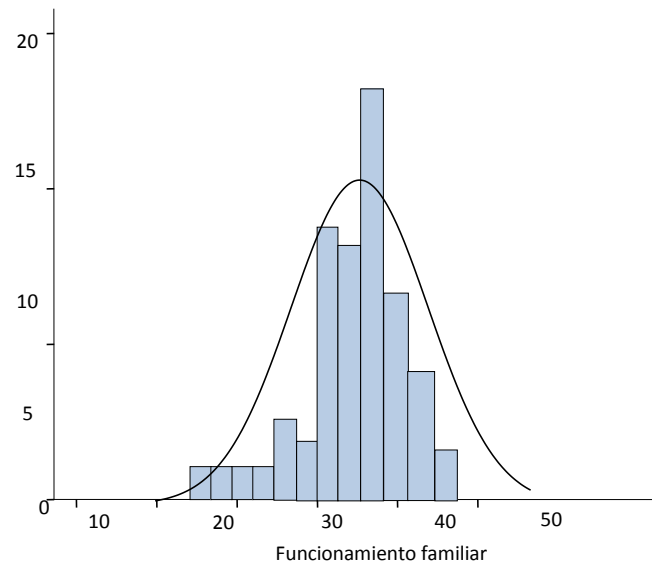


Figura 7.11. Distribución de las puntuaciones de Funcionamiento familiar.

Al igual que en los casos anteriores, se realizaron contrastes de medias y análisis de correlación para analizar las posibles relaciones entre la puntuación total de funcionamiento familiar y los distintos indicadores sociodemográficos y relacionados con perfil de riesgo de las familias. En este caso, se observó que tanto la edad de la madre como la edad del menor diana se relacionaron positivamente con la puntuación total de funcionamiento familiar. De esta manera, altas puntuaciones en edad (tanto en el caso de los progenitores como del menor diana) correlacionaron de manera significativa con un funcionamiento familiar positivo. Por otro lado, el funcionamiento familiar también se distribuyó de manera diferenciada de acuerdo al sexo del menor. Concretamente, las familias cuyo menor diana fue niña obtuvieron una puntuación superior en funcionamiento familiar ($M = 35$, $DT = 3.73$) en comparación con las familias con niños varones ($M = 31.77$, $DT = 5.59$).

Tabla 7.11

Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con el funcionamiento familiar.

Perfil individual, familiar y socioeconómico			Perfil de riesgo e intervención		
Edad	$r(70) = .236^*$	Estructura nuclear/ext	$U(69) = 418.50$	Meses expediente SS	$r(69) = .184$
Sexo	$t(68) = -.153$	Personas que conviven	$r(70) = .062$	Número menores señalizados	$r(68) = .034$
Nivel educativo madre	$F(3, 69) = 1.24$	Número de hijos	$r(70) = .169$	Evolución positiva SS	$r(68) = .178$
Edad menor	$r(70) = .238^*$	Hacinamiento	$U(67) = 438$	Nivel riesgo SS	$r(68) = -.097$
Sexo menor	$t(68) = 2.61^*$	Meses en paro	$r(48) = -.046$	Ha sido usuaria CORE	$U(66) = 410$
Pareja	$t(68) = -0.79$	Ingresos familiares totales	$r(70) = .086$	Reconocimiento de problemas	$r(64) = .011$
Estructura bip/mon.	$U(69) = 573.50$	Ingresos combinación	$r(70) = .138$	Motivación solución problemas	$r(64) = .022$
Estructura intacta/recons.	$U(39) = 176.50$			Cooperación con el plan de intervención	$r(70) = .082$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Por último, la descripción del funcionamiento familiar concluye con los resultados obtenidos en la dimensión de **comunicación familiar**. En primer lugar, los análisis de tendencias centrales mostraron que la media de esta subescala alcanzó los 37 puntos ($DT = 8$), caracterizándose por un valor mínimo de 10 y máximo de 50. El análisis de los valores atípicos mostró ausencia de valores extremos influyentes y la distribución univariante de la dimensión siguió la curva normal (ver Figura 7.12).

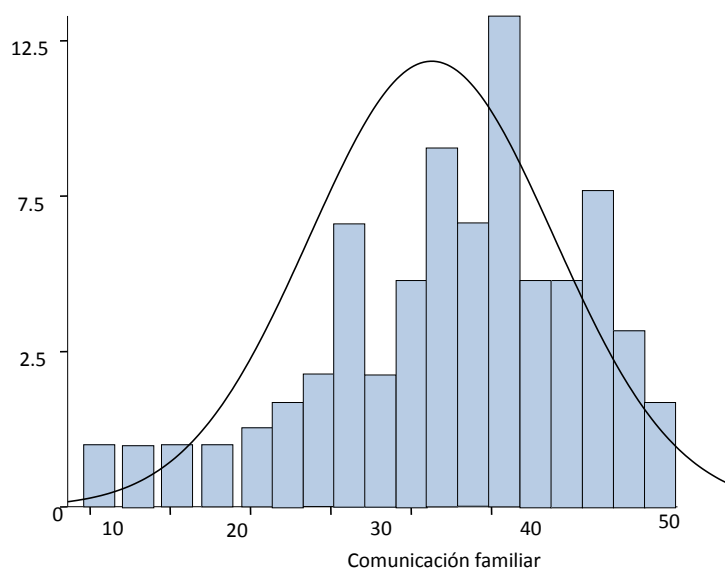


Figura 7.12. Distribución de las puntuaciones de Funcionamiento familiar.

Por otro lado, en cuanto al cruce de las puntuaciones de comunicación familiar con los distintos indicadores tenidos en cuenta, no se observó ninguna relación significativa con las diversas características de perfil individual, familiar y socioeconómico, así como tampoco se constató una variación significativa de las puntuaciones al realizar los análisis correspondientes con el perfil de riesgo y el historial de intervención de las familias (ver Figura 7.12).

Tabla 7.12

Relaciones y contrastes de medias entre variables sociodemográficas y de intervención con Comunicación familiar.

Perfil individual, familiar y socioeconómico			Perfil de riesgo e intervención		
Edad	$r(75) = .089$	Estructura nuclear/ext	$U(74) = 375$	Meses expediente SS	$r(74) = .144$
Sexo	$t(73) = 0.89$	Personas que conviven	$r(75) = -.033$	Número menores señalizados	$r(73) = -.026$
Nivel educativo madre	$F(3, 71) = 0.38$	Número de hijos	$r(75) = .085$	Evolución positiva SS	$r(73) = .065$
Edad menor	$r(75) = .154$	Hacinamiento	$U(72) = 646$	Nivel riesgo SS	$r(73) = -.113$
Sexo menor	$t(73) = 1.62$	Meses en paro	$r(50) = -.089$	Ha sido usuaria CORE	$U(71) = 586$
Pareja	$t(73) = -0.53$	Ingresos familiares totales	$r(75) = .015$	Reconocimiento de problemas	$r(69) = .146$
Estructura bip/mon	$U(74) = 693$	Ingresos combinación	$r(75) = .083$	Motivación solución problemas	$r(69) = .023$
Estructura intacta/recons	$U(42) = 249$			Cooperación con el plan de intervención	$r(75) = .285$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

7.4. Resumen de los resultados obtenidos.

Para dar respuesta al segundo objetivo de esta Tesis doctoral, a lo largo del presente capítulo se han presentado los resultados descriptivos de las dimensiones sociodemográficas y de corte psicológico implicadas en el estudio. En primer lugar, se han descrito los datos relativos al perfil individual de los participantes en el estudio, cuyos resultados han puesto de manifiesto que las mujeres tienden a representar mayoritariamente a las familias que son usuarias de los ETF, siendo las de mediana edad las que constituyen el tipo de participante más numeroso en la muestra del estudio.

En cuanto a los indicadores de corte familiar, nos encontramos con familias especialmente numerosas con un alto porcentaje de monoparentalidad. En relación con los datos económicos, la precariedad económica se encuentra patente en estas familias, ya que,

además del bajo nivel de ingresos que perciben las familias, la principal fuente de ingresos no era otra que lo proveniente por servicios de Bienestar Social.

La descripción del perfil sociodemográfico de las familias participantes en el estudio se ha completado con el análisis del historial de atención e intervención de estas familias en los Servicios Sociales. Los resultados ofrecidos en relación con esta cuestión pusieron de manifiesto que se trataba de familias con un expediente activo de casi un año de duración en los ETF, con un número elevado de menores en riesgo que no terminaban siendo retirados de su contexto familiar, dato que los y las profesionales relacionaban con una evolución positiva del trabajo con ellas.

Más allá de la descripción sociodemográfica de los participantes en el estudio, el objetivo principal de este capítulo era ofrecer una descripción de las diversas dimensiones psicológicas seleccionadas para explorar el perfil psicosocial y las necesidades de intervención de las familias atendidas por los ETF. Entre las dimensiones psicológicas, se han analizado aspectos tanto individuales (estrés parental, malestar psicológico y estrategias de afrontamiento) como los relativos al funcionamiento familiar (cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar). Con respecto al estrés parental, el rol de madre o padre se relaciona con un nivel elevado de tensión, así como con la precariedad económica. Por otra parte el malestar parental sobresalía en las familias con hijos varones, encontrando también un alto número de síntomas psicológico en las mujeres.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento que estas madres y padres ponían en práctica para afrontar las situaciones problemáticas, el estrés y el malestar, las más utilizadas fueron las centradas en las emociones, seguidas de las centradas en el problema y por último las centradas en la evitación, que por otra parte son las que se relacionan principalmente a criterio de los ETF como las utilizadas por las familias con peor evolución en el tratamiento.

En último lugar, esta visión del perfil psicosocial de las familias se completa con los resultados obtenidos en relación a la dinámica familiar. En este caso, los y las participantes en el estudio obtuvieron puntuaciones moderadas tanto en la puntuación total de funcionamiento familiar como en los tres componentes analizados: cohesión, adaptabilidad y comunicación. La cohesión y la adaptabilidad familiar guardaron relación con el sexo y la edad de los menores, así como con el número de hijos/as de la unidad familiar, y la adaptabilidad familiar también con la edad de los adultos. La comunicación familiar, sin embargo, no guardó relación significativa con

los distintos perfiles sociodemográficos y el historial de intervención de las familias, siendo más sensibles a dimensiones de tipo psicológico como veremos más adelante en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO VIII

VARIABILIDAD EN LOS PERFILES FAMILIARES DE LOS USUARIOS/AS DE LOS ETF: IDENTIFICACIÓN DE UNA TIPOLOGÍA Y SU RELACIÓN CON LAS DIMENSIONES PSICOLÓGICAS Y DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN.

Tras haber presentado en el capítulo anterior una descripción en profundidad del perfil psicosocial de las familias usuarias de los ETF, en este capítulo se presentan los resultados de los análisis realizados con el objetivo último de explorar la variabilidad existente entre estas familias. Es decir, mientras que los análisis de tendencias centrales del capítulo anterior ofrecen una visión general de las características que como totalidad mejor definen a las familias atendidas desde este recurso, los análisis cuyos resultados se presentan a continuación tratan de explorar las diferencias existentes entre las familias participantes, sobre todo, para intentar identificar aquellas características o perfiles familiares que se asocian con mejores resultados en la intervención desarrollada. En concreto, los resultados descritos en el presente capítulo tratan de dar respuesta a los objetivos generales 3 y 4 de esta Tesis doctoral y, para ello, el capítulo se estructura en dos apartados diferenciados que permiten abordar dichos objetivos.

En el primer apartado y para dar respuesta al objetivo general 3, se presentan las relaciones entre las dimensiones psicológicas analizadas y el análisis de su influencia en el desarrollo y evolución de la intervención desarrollada por los ETF. Este apartado comienza con los resultados del análisis correlacional de las dimensiones psicológicas estudiadas (correspondiente al objetivo específico 3.1) y continúa con el análisis de perfiles clínicos en estrés parental y malestar psicológico (objetivo 3.2). A continuación se presentan los resultados de los análisis de regresión que exploran el grado en que las distintas dimensiones psicológicas explican distintas cuestiones relacionadas con el proceso de intervención. Concretamente, en los apartados 8.3, 8.4 y 8.5, respectivamente, se presentan los resultados acerca de las dimensiones que explican el mayor o menor grado de cooperación de la familia con el plan de caso, el nivel de riesgo y la evolución tras la intervención, correspondientes con los objetivos específicos 3.3, 3.4 y 3.5. Este apartado termina con un breve resumen de los principales resultados presentados.

Continuando con el análisis de la variabilidad de las familias atendidas por los ETF, en el segundo apartado de este capítulo se describen los análisis realizados con el objetivo de obtener perfiles familiares entre los usuarios/as de este servicio, planteado en el objetivo general 4 de esta Tesis doctoral. En concreto, se presenta primero el análisis de conglomerados realizado para la identificación de una tipología de familias en función del estrés parental, las estrategias de afrontamiento y el malestar psicológico (correspondiente al objetivo específico 4.1.) para, a continuación, explorar las relaciones existentes entre los perfiles familiares obtenidos con los diversos indicadores sociodemográficos (objetivo 4.2.), con el historial de intervención de las familias (objetivo 4.3.) y con las dimensiones psicológicas contempladas en el presente trabajo (objetivo 4.4). Como en el caso anterior, el apartado concluye con un breve resumen de los principales obtenidos.

8.1. Relaciones entre las dimensiones psicológicas y análisis de su influencia en el desarrollo y evolución de la intervención desarrollada por los ETF.

Como acaba de explicarse, en este apartado se exponen los resultados referidos a los cruces entre las dimensiones psicológicas estudiadas, atendiendo especialmente a las puntuaciones clínicas de estrés parental y malestar psicológico. A continuación, se analiza la influencia de las dimensiones psicológicas estudiadas en algunas cuestiones relacionadas con el desarrollo y la evolución de las familias durante el proceso de la intervención.

8.1.1. Análisis correlacional de las diferentes dimensiones psicológicas analizadas.

Para explorar las relaciones existentes entre las distintas dimensiones de corte psicológico analizadas, esto es, entre el estrés parental, las estrategias de afrontamiento, el malestar psicológico y el funcionamiento familiar, se llevó a cabo un análisis correlacional utilizando el estadístico de Pearson. Los resultados de este análisis se presentan en la Tabla 8.1.

Por un lado, los resultados incluidos en dicha Tabla muestran las relaciones encontradas entre las distintas sub-escalas de cada instrumento. En esta línea, hay que señalar que las dimensiones de estrés parental correlacionaron entre sí hasta el punto de observarse estadísticos elevados, especialmente entre la puntuación total de este instrumento y la escala de niño difícil. Sin embargo, las diversas dimensiones evaluadas por la escala de estrategias de afrontamiento no siguieron tal patrón, y únicamente se asociaron entre sí, y con signo positivo, el afrontamiento centrado en el problema y las estrategias centradas en la emoción, sin relacionarse las estrategias de evitación con ninguna de las anteriores. Finalmente, las dimensiones relativas al funcionamiento familiar también correlacionaron entre sí de manera positiva, por lo que unas altas puntuaciones en la cohesión se relacionaron con elevadas puntuaciones en adaptabilidad.

Tabla 8.1 Relaciones entre las dimensiones psicológicas analizadas.

	Malestar parental	Interacción disfuncional	Niño difícil	Afrontamiento problema	Afrontamiento o emoción	Evitación	Malestar psicológico	Cohesión familiar	Adaptabilidad familiar	Funcionamiento familiar	Comunicación familiar
Estrés parental	.760***	.816***	.867***	-.305*	-.058	-.019	.212	-.321*	.014	-.235	-.285*
Malestar parental		.424***	.457***	-.199	.100	.200	.430***	-.357***	.041	-.239	-.331*
Interacción disfuncional			.621***	-.395***	-.194	-.076	.036	-.311*	-.095	-.285*	-.326*
Niño difícil				-.224	-.120	-.092	.134	-.168	-.002	-.120	-.109
Afrontamiento problema					.404***	.111	-.155	.429***	.210	.416***	.398***
Afrontamiento emoción						.167	-.159	.116	.025	.094	.155
Evitación							.137	-.008	-.039	-.017	-.029
Malestar psicológico								-.275*	.091	-.166	-.309**
Cohesión familiar									.303*	-	.831***
Adaptación familiar										-	.284*
Funcionamiento familiar											.754***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Por otro lado, respecto a las relaciones entre las distintas dimensiones, también se encontraron resultados significativos. Así, el estrés parental total se relacionó tanto con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema como con el grado de cohesión y comunicación familiar, ambas relaciones de signo negativo, lo que significa que altos niveles de estrés parental se relacionaron con un menor uso de estas estrategias de afrontamiento y con una baja cohesión y comunicación familiar. Entre las subescalas de estrés, únicamente el malestar parental se relacionó con el malestar psicológico, además de con la cohesión y la comunicación familiar; todas estas relaciones fueron en el mismo sentido que la puntuación total del estrés parental, es decir, que a mayores niveles de estrés parental menor uso de las estrategias de afrontamiento y peor funcionamiento familiar.

Por su parte, las estrategias de afrontamiento que únicamente correlacionaron con el resto de dimensiones fueron las centradas en el problema, que se asociaron tanto con la puntuación total del estrés parental, como con la interacción disfuncional entre padres e hijos y con el grado de cohesión y comunicación desarrollada en la familia. Con respecto a la relación problemática padre-hijo se observó una correlación de signo negativo, con lo que niveles bajos de estrés se relacionaron con una alta puntuación en la estrategia de afrontamiento centrada en el problema y viceversa. La cohesión y la comunicación familiar, sin embargo, se relacionaron de manera positiva con el afrontamiento centrado en el problema, puesto que altas puntuaciones en esta dimensión se asociaron con puntuaciones altas en el grado de cohesión (y funcionamiento familiar), y en la comunicación entre los miembros del contexto familiar. Para finalizar, hay que señalar que tanto la cohesión como la comunicación familiar se asociaron con el malestar psicológico, tratándose en este caso de una relación negativa, es decir, a puntuaciones más bajas en funcionamiento familiar mayores niveles de malestar psicológico.

8.1.2. Estrés parental y malestar psicológico: análisis de los perfiles clínicos.

Tal y como se ha explicado en el apartado correspondiente del capítulo de Método, los autores de los instrumentos elegidos para evaluar el grado sintomatología psicológica y de estrés parental proponen puntuaciones límite para establecer una diferenciación entre un malestar psicológico normalizado y clínico, así como entre un estrés parental normal y clínico. Así, a continuación (Figuras 8.1 y 8.2), se ofrecen los resultados del estudio de la distribución de

ambas puntuaciones que permiten analizar los perfiles clínicos de las familias usuarias de los ETF.

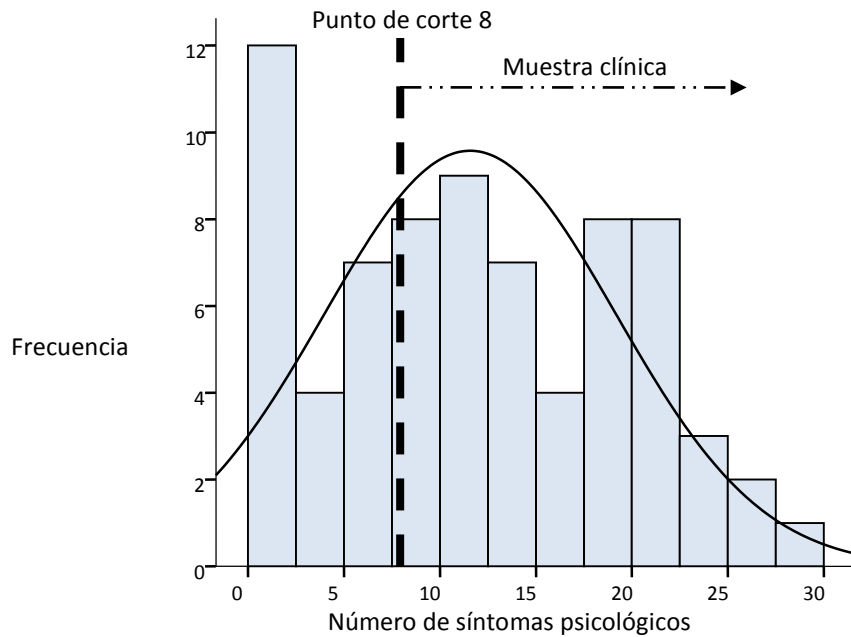


Figura 8.1. Distribución del número de síntomas psicológicos y punto de corte del GHQ-28.

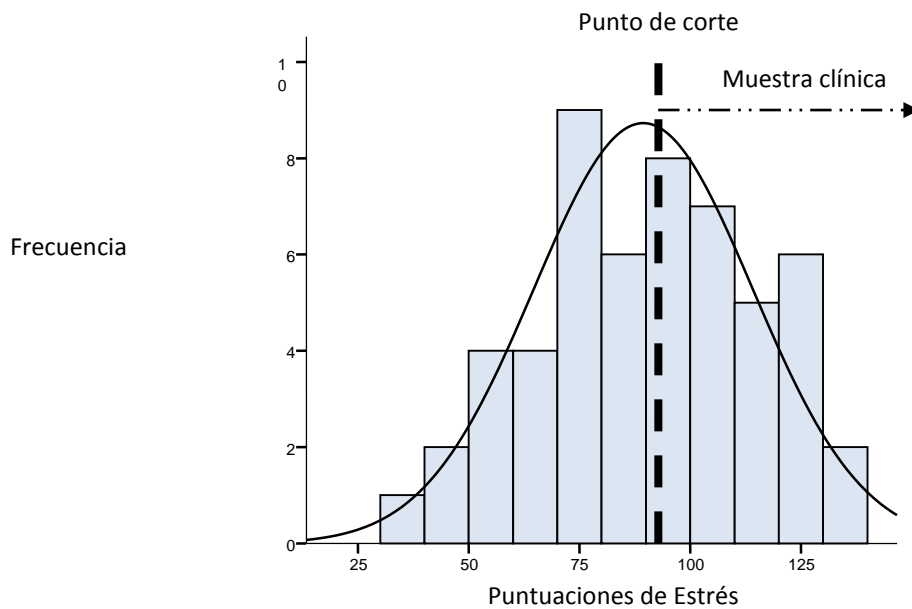


Figura 8.2. Distribución de las puntuaciones del estrés parental y punto de corte del PSI-SF.

Los resultados obtenidos en este análisis apuntaron a que, en torno a la mitad de los participantes en el estudio (52.05%), superaron el límite clínico a partir del cual la acumulación de síntomas psicológicos sobrepasa el límite normal. Concretamente, la media de síntomas fue de 11.57 ($DT = 7.60$), alcanzando la muestra tanto la puntuación mínima de la escala como la máxima. De manera similar, justo la mitad (50%) de las usuarias y usuarios de los ETF incluidos en el estudio obtuvieron una puntuación de estrés parental de tipo clínico, alejándose así de los niveles de estrés que se consideran normales.

A continuación, se analizó la relación entre los perfiles clínicos y las dimensiones psicológicas, encontrándose únicamente dos diferencias de medias significativas y una tendencia. Así, aquellas madres que presentaban una acumulación de sintomatología psicológica de carácter clínico tendían a presentar menores puntuaciones ($t(70) = 2.15, p = .035$) en la dimensión de comunicación familiar ($M = 35.67, DT = 8.43$) en comparación con aquellas madres con un número de síntomas menor al límite clínico ($M = 39.81, DT = 6.63$). Por otro lado, la cohesión familiar fue superior en los usuarios y usuarias que no se encontraban clínicamente estresados en función de su rol parental ($M = 38.76, DT = 7.30$) en comparación con aquellos que sí traspasaban el límite clínico ($M = 34.44, DT = 7.24$). En cuanto a la comunicación familiar, se observó una tendencia estadística ($p = .056$), de forma que las madres estresadas clínicamente por su rol parental presentaban un menor grado de comunicación ($M = 34.17, DT = 7.89$) en comparación con aquellas que presentaban un estrés moderado ($M = 38.56, DT = 8.51$). Por tanto, el perfil clínico referido a la acumulación de sintomatología psicológica guardó relación con las dimensiones pertenecientes a la dinámica familiar, aunque no con las puntuaciones de las estrategias de afrontamiento.

8.1.3. Dimensiones explicativas del grado de cooperación de la familia con el plan de caso.

Como se ha explicado anteriormente, se llevaron también a cabo análisis destinados a profundizar en la explicación de algunas cuestiones relacionadas con el desarrollo y la evolución de las familias durante el proceso de la intervención. En este sentido, se presentan en este apartado los resultados realizados para analizar qué dimensiones contribuyen a explicar el grado de cooperación de los progenitores con el plan de caso. Esta dimensión, que ha sido evaluada utilizando una de las escalas de las EBI (Magura y Moses, 1986), valora en qué medida los progenitores se muestran completa y activamente implicados en la planificación de la intervención, con los servicios y con el tratamiento que se les propone desde el ETF. Esta actitud

se debe mantener tanto respecto a los servicios dirigidos a los niños/as como los dirigidos a ellos mismos. Sin embargo, la escala contempla que los progenitores pueden no estar de acuerdo con todo lo que se les sugiere, pero intentan ser constructivos a la hora de proponer alternativas. En primer lugar, en la Figura 8.3, se presenta la distribución obtenida por la muestra de familias estudiadas en esta variable. Teniendo en cuenta que la máxima puntuación que puede obtenerse es de 100 puntos, hay que señalar que la media obtenida fue de 81.66 (DT = 30.50). En el caso de que se transformaran las puntuaciones de esta escala de cuantitativa a ordinal, se puede observar cómo el 68% de los casos alcanzan la puntuación 100, la máxima fijada por la escala.

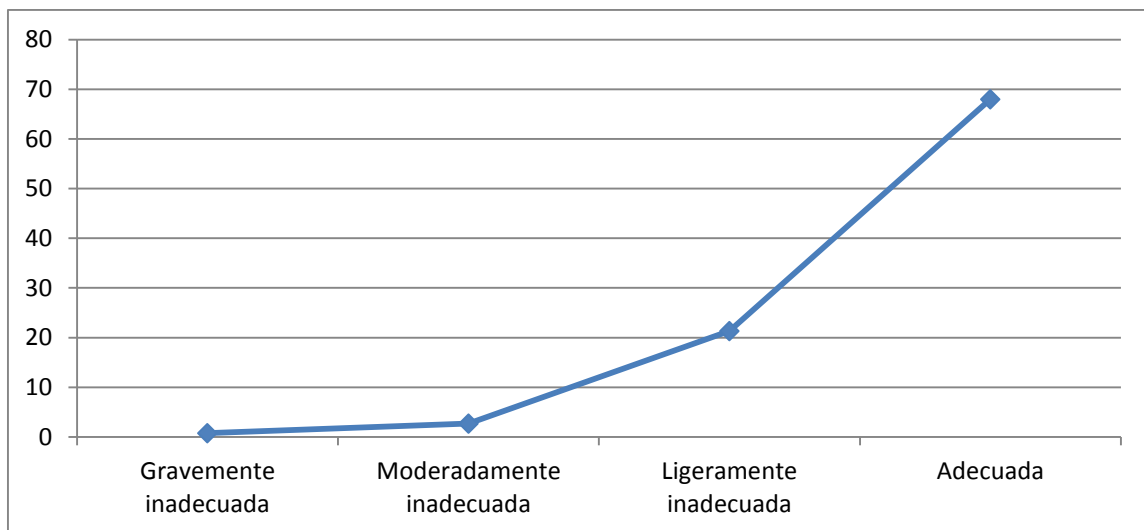


Figura 8.3. Niveles de cooperación con la intervención mostrado por las familias usuarias de los ETF.

Con el objetivo de analizar qué dimensiones pueden llegar a influir en que las familias muestren una mayor o menor cooperación con el plan de intervención que se les propone desde el servicio, se realizaron diferentes análisis de regresión lineal múltiple con las dimensiones psicológicas contempladas en este estudio. Concretamente, en el modelo en el que se introdujo como efectos principales las estrategias de afrontamiento y el estrés parental, aun sin resultar significativo de forma global (ver Tabla 8.2), sí se pudo observar cómo la estrategia de evitación explicaba esta dimensión (ver Tabla 8.3). Así, la utilización en mayor medida de una estrategia de afrontamiento centrada en la evitación reducía la colaboración de la familia, entendiendo esta escasa colaboración como no aceptación y actitud poco activa durante el proceso de

intervención. Así, aquellos usuarios y usuarias que hacían mayor uso de la estrategia de evitación para afrontar su estrés, no tendían a cumplir con las citas, o no se mostraban accesibles cuando se les necesitaba para abordar diferentes problemáticas.

Tabla 8.2

Resumen del modelo final del análisis de regresión lineal múltiple.

	R^2	Cambio en F	P
Colaboración con la intervención	.09	1.14	0.35

Tabla 8.3

Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple con la colaboración con la intervención como variable dependiente.

	Colaboración con la intervención			
	R^2	B	t	p
Efectos principales	.09			
Estrés parental		0.10	0.57	.573
Afrontamiento centrado problema		0.16	0.15	.884
Afrontamiento centrado emoción		-0.88	-0.83	.410
Afrontamiento evitación		-2.58	2.02	.049

8.1.4. Dimensiones explicativas del nivel de riesgo del caso.

Otra de las dimensiones con las que se llevaron estos análisis encaminados a explicar su variabilidad fue la valoración del nivel de riesgo familiar que hacían los profesionales. Cabe recordar que, en una escala de 0 a 10, la media de riesgo de las familias según la valoración de los profesionales fue de 4.58 ($DT = 2.58$), siendo 10 un riesgo muy alto. En la Figura 8.4 se presenta la distribución del nivel de riesgo de las familias según el profesional en tres categorías: bajo (1-3), moderado (4-6) y alto (7-10).

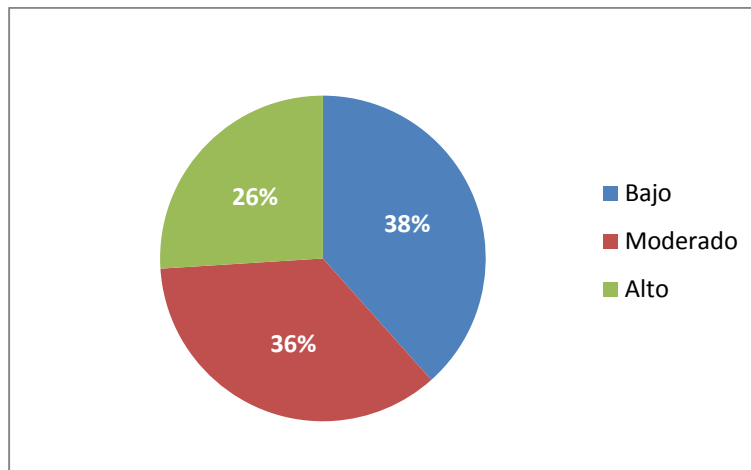


Figura 8.4. Distribución del nivel de riesgo según profesional distribuido en tres categorías: bajo, medio y alto.

Para analizar qué dimensiones psicológicas de las analizadas explicaban el nivel de riesgo familiar y por tanto, podrían llegar a influir en el mismo, se computaron varios análisis de regresión lineal múltiple, detectándose que tanto las dinámicas familiares como el malestar psicológico de las madres mostraban resultados relevantes. Así, y en primer lugar, tal como se puede observar en la Tabla 8.4, el modelo de regresión con las distintas dimensiones de funcionamiento familiar arrojó un cambio en R^2 significativo y alcanzó a explicar un 13% de la varianza de las puntuaciones. En concreto, como se desprende de la Tabla 8.5, se pudo observar que la cohesión familiar explicaba un menor nivel de riesgo del caso. Por tanto, esta dimensión, que tiene que ver con la existencia de buenos vínculos afectivos entre los miembros de la familia, se erige como la variable principal a la hora de explicar el nivel de riesgo familiar. Por otra parte, sin llegar a ser significativo, se observó que la adaptabilidad tendía a explicar también la percepción de los profesionales que atendían a estas familias, aunque en este caso se trataba de una relación de signo positivo, por tanto, una mayor adaptabilidad explicaba una mayor percepción de riesgo por parte de los profesionales.

Tabla 8.4

Resumen del modelo final del análisis de regresión lineal múltiple.

	R^2	Cambio en F	P
Riesgo según el profesional	.13	3.22	.028

Tabla 8.5

Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple con la valoración del profesional del nivel de riesgo familiar como variable dependiente.

	Nivel de riesgo según el profesional			
	R^2	B	t	P
Efectos principales	.13*			
Adaptabilidad		0.12	1.95	.056
Comunicación		0.07	1.05	.298
Cohesión		-0.17	-2.37	.021

Por otro lado, se computó otro análisis de regresión con el nivel de malestar psicológico de la madre con el objetivo de observar si éste influía en la valoración del riesgo familiar según los profesionales del ETF. Concretamente, y tal como se presenta en la Tabla 8.6, el modelo, con un único efecto principal, tendió a ser significativo explicando un 4% de la variabilidad de la dimensión. Concretamente, una mayor presencia de sintomatología psicológica explicaba la presencia de valoraciones más altas de riesgo. Sin embargo, hay que tener cautela ante este dato por su no significación.

Tabla 8.6

Resumen del modelo final del análisis de regresión lineal múltiple.

	R^2	Cambio en F	P
Riesgo según el profesional	.04	3.16	.080

Tabla 8.7

Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple con el nivel de riesgo según el profesional como variable dependiente.

	Nivel de riesgo según el profesional			
	R^2	B	t	p
Efectos principales	.04			
Malestar psicológico		0.30	1.78	.080

8.1.5. Dimensiones explicativas de la evolución del caso durante el proceso de intervención.

La última de las tres dimensiones analizadas con el objetivo de explicar su variabilidad fue la evolución presentada por las familias, entendida ésta como el progreso que han realizado a lo largo de los meses de la intervención. Esta variable estuvo basada en la evaluación realizada por los profesionales que llevaban el caso y que la calificaron en una escala de 0 a 10, donde 10 se refiere a una evolución muy positiva. Tal como se comentó anteriormente, la media de las puntuaciones en esta dimensión alcanzó un 6.72 ($DT = 1.58$), por lo que en términos generales los profesionales tendían a valorar el progreso y la evolución de las familias como positivo. Al distribuir las puntuaciones de la evolución de las familias en tres categorías: negativa (1-3), moderada (4-6) y positiva (7-10), se puede observar como únicamente el 1% de la muestra obtuvo por parte de los profesionales una valoración negativa de su evolución (ver Figura 8.5). Este dato concuerda con el hecho de que el 84.09% de las familias de este estudio consiguieran alcanzar los objetivos terapéuticos que el equipo de tratamiento familiar había establecido para promover la reducción del riesgo en la familia.

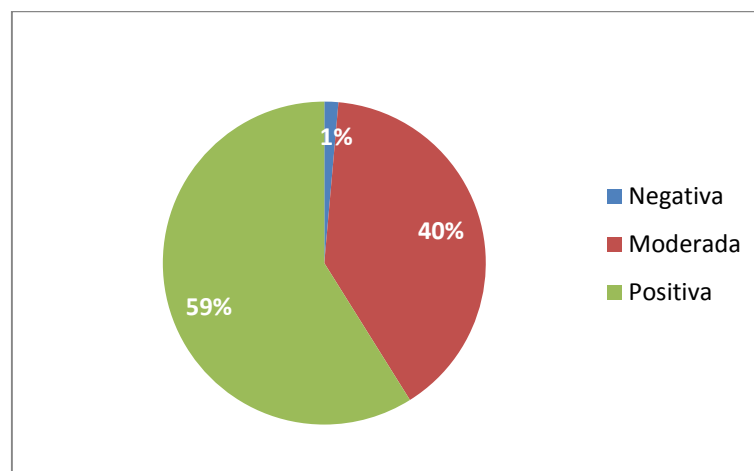


Figura 8.5. Distribución de la evolución del caso según el profesional.

Tras realizar varios análisis de regresión, se observó que la unión de los efectos principales referidos a las estrategias de afrontamiento y al estrés parental logró explicar el 25% de las puntuaciones de la evolución de las familias en el servicio, siendo este dato estadísticamente significativo. Concretamente, y de acuerdo a las puntuaciones betas y al nivel

de significación, una utilización poco frecuente de las estrategias de afrontamiento basadas en la evitación explicaba una mejor evolución de las familias, de acuerdo con la percepción de los profesionales.

Tabla 8.8

Resumen del modelo final del análisis de regresión lineal múltiple.

	R^2	Cambio en F	P
Evolución del caso según el profesional	.25	3.73	.011

Tabla 8.9

Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple con la evolución del caso según el profesional como variable dependiente.

	Evolución del caso según el profesional			
	R^2	B	t	p
Efectos principales	.25			
Estrés parental		-0.11	-1.50	.142
Afrontamiento centrado problema		0.00	0.09	.924
Afrontamiento centrado emoción		-0.06	-1.43	.160
Afrontamiento evitación		-0.13	-2.70	.010

8.1.6. Resumen de resultados.

Los análisis referidos en este apartado se han centrado en examinar las relaciones entre las distintas dimensiones psicológicas analizadas y en qué medida estas dimensiones explicaban algunas cuestiones relacionadas con el desarrollo y la evolución del proceso de intervención.

Por un lado, los análisis multivariantes realizados mostraron que el estrés parental, las estrategias de afrontamiento y el malestar psicológico estuvieron relacionados con el funcionamiento y la dinámica familiar. En concreto, los resultados más relevantes fueron los que mostraron que elevados niveles de estrés parental se asociaban con valores negativos de cohesión y comunicación familiar. Asimismo y con respecto a las estrategias de afrontamiento, fueron las estrategias centradas en el problema las que se asociaron a unas puntuaciones más

elevadas de cohesión, funcionamiento y comunicación familiar. Finalmente, aquellos progenitores que sentían una elevada acumulación de sintomatología psicológica fueron los que obtuvieron puntuaciones más bajas tanto en cohesión como en comunicación familiar.

De enorme interés fueron los resultados arrojados por el estudio de perfiles clínico en la acumulación de síntomas psicológicos y el estrés parental experimentado por los y las participantes del estudio. En el caso del malestar psicológico, los resultados arrojaron que más de la mitad de la muestra superaba el límite más conservador de la prueba para señalar la presencia de sintomatología clínica. En cuanto al nivel de estrés parental, también se observó que una parte importante de la muestra superó los niveles clínicos establecidos por la escala. En ambos casos, los usuarios y usuarias de los ETF que mostraron niveles clínicos en estas dimensiones se caracterizaron por mostrar niveles bajos de cohesión y comunicación familiar.

Finalmente, se han presentado los análisis de regresión que permiten explorar en qué medida las variables psicológicas contempladas explican la colaboración con el plan de caso, el riesgo familiar y la evolución durante el proceso de intervención. En el primer caso, fue un estilo de afrontamiento basado en la evitación el que tuvo un mayor poder predictivo en el grado de colaboración, siendo los progenitores que más usaban la evitación los menos colaborativos. En el caso de la valoración del riesgo familiar según los profesionales, eran las usuarias y usuarios de los ETF con mayor sintomatología y peor cohesión familiar los que mostraban mayores niveles de riesgo. Finalmente, de nuevo el uso de las estrategias de evitación contribuyó a explicar la evolución y el progreso del caso, de forma que una menor utilización de estrategias evitativas favorecía un mejor progreso de las familias durante el proceso de intervención.

8.2. Análisis de la variabilidad de perfiles familiares entre los usuarios/as de los ETF.

En esta segunda parte del capítulo se describen los análisis realizados con el objetivo de explorar la variabilidad y obtener perfiles familiares en función de las distintas variables psicológicas contempladas. En concreto, se utilizó un análisis de conglomerados para la obtención de una tipología de los casos en función del estrés parental, el estilo de afrontamiento y el malestar psicológico. Esta técnica estadística consiste en un análisis multivariante que, atendiendo a cómo se agrupan las puntuaciones de las dimensiones y se relacionan entre sí, permite formar grupos que integran a todos los participantes en el estudio. Así, una madre se podrá identificar con un grupo y otro en función de si sus puntuaciones en las dimensiones

consideradas se parecen más a uno u a otro grupo. Tras un primer apartado en el que se describe y explica la obtención de la tipología, se analiza a continuación la relación de los grupos resultantes con indicadores relacionados con el proceso de intervención (evolución, menores señalizados, menores retirados...) y con la calidad de la dinámica familiar, para observar si cada grupo se distingue de los demás en estas dimensiones. Para finalizar, se presentan los análisis realizados para intentar explicar la formación de los grupos en base a dos variables claves en el trabajo con las familias: el reconocimiento de los problemas y la motivación para solucionarlos que muestran los progenitores. Este bloque termina con un resumen de los principales resultados obtenidos.

8.2.1. Identificación de una tipología entre los usuarios/as de los ETF atendiendo al estrés parental, las estrategias de afrontamiento y el malestar psicológico.

Como ya se ha explicado, con el objetivo de identificar perfiles familiares diferenciados entre los usuarios y usuarias de los ETF se realizó un análisis de conglomerados utilizando las puntuaciones estandarizadas de las variables estrés parental, estrategias de afrontamiento y malestar psicológico. Se eligió el Método Jerárquico (método aglomerativo de Ward) y la distancia euclídea al cuadrado como medida de distancia y similaridad. Asimismo, la decisión de obtención de grupos, en ausencia de una hipótesis inicial, se realizó en función de la observación del gráfico de distancias de aglomeración y Dendograma (ver Figura 8.6). En función de estas decisiones se reveló la existencia de tres agrupaciones diferenciadas, que cumplieron los requisitos de interpretación de los grupos, adecuación de tamaño y capacidad de diferenciarse entre sí. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de conglomerados de k-medias solicitando la definición de tres grupos. El historial de iteraciones mostró que la convergencia y, por tanto, la ausencia de cambios en los centros de cada conglomerado, se alcanzó en la cuarta iteración (ver Tabla 8.10).

Tabla 8.10

Historial de iteraciones del análisis de conglomerados confirmatorio.

Iteración	Cambio en los centros iniciales		
	1	2	3
1	1.86	1.82	1.76
2	0.06	0.41	0.32
3	0.09	0.28	0.16
4	0.00	0.00	0.00

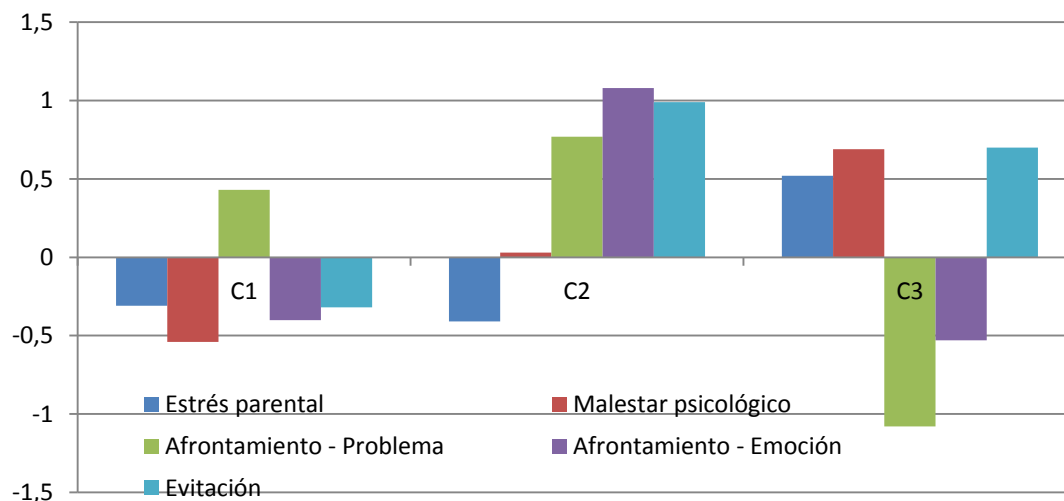


Figura 8.7. Gráfico de barras de los centros de los conglomerados finales.

Tal como se puede observar en la Figura 8.7, los tres conglomerados obtenidos se caracterizaron de manera diferencial por sus niveles de estrés, afrontamiento y malestar psicológico. Debido a las características concretas que definen a cada uno de los grupos identificados, se ha decidido etiquetar a cada uno de los mismos con diferentes nombres para facilitar su descripción:

➤ **Progenitores eficaces y ajustados** (n = 22, 44.90%): El primero de los grupos identificados, y siempre en comparación con los demás, integró a progenitores que, en su conjunto, mostraron niveles bajos de estrés parental y de malestar psicológico. Además, los

hombres y las mujeres atendidas por los ETF que conformaron este grupo utilizaban preferentemente estrategias de afrontamiento centradas en el problema, mientras que hacían poco uso de las estrategias centradas en la emoción y en la evitación.

➤ **Progenitores activos y límites** (n = 12, 24.49%): Con respecto al segundo conglomerado, se definió por integrar principalmente a un conjunto de progenitores especialmente activos a la hora de afrontar sus problemas, ya que utilizaban de forma frecuente las tres estrategias consideradas. El grado de estrés parental que presentaban los padres y madres de este grupo fue el más bajo del observado en los tres grupos, mientras que el malestar psicológico mostró valores promedio (a pesar de ser elevado en la muestra en su totalidad, cercano al límite clínico).

➤ **Progenitores evitativas y clínicos** (n = 25, 30.61%): Para finalizar, el tercer conglomerado se diferenciaba de los primeros por integrar a progenitores con altos niveles tanto de estrés parental como de malestar psicológico, y por utilizar preferentemente la evitación como estrategia de afrontamiento, mostrando un uso muy bajo de las estrategias las centradas en la emoción y, especialmente, en el problema.

8.2.2. Relación de la tipología identificada con indicadores relativos al proceso de intervención y con la calidad de la dinámica familiar.

Como se ha descrito anteriormente, una vez llevado a cabo el análisis de conglomerados, los perfiles familiares identificados entre los usuarios y usuarias de los ETF se cruzaron con diferentes indicadores asociados a la trayectoria en los Servicios Sociales y con la calidad del funcionamiento familiar. Concretamente, en primer lugar se relacionaron los perfiles identificados con diversos indicadores del riesgo familiar y del proceso de intervención desarrollado. A continuación y dada su importancia, se analizó de forma específica si la retirada de menores se asociaba diferencialmente a alguno de los perfiles familiares descritos. Para finalizar este apartado, se presentan los análisis que permitieron explorar la relación entre las distintas dimensiones contempladas de la dinámica familiar y la tipología identificada.

8.2.2.1. Perfiles familiares identificados y su relación con indicadores de riesgo y del proceso de intervención.

En primer lugar, se examinaron las posibles relaciones existentes entre la tipología familiar encontrada y las siguientes variables: meses que el expediente se mantenía abierto en

SS.SS., número de menores señalizados, valoración del riesgo según los profesionales, evolución del caso, reconocimiento de problemas, motivación para solucionar los problemas y cooperación con el plan de intervención. De todas estas variables, tres de ellas mostraron guardar relación con los perfiles familiares identificados. En primer lugar, el número de menores señalizados ($F(2, 45) = 2.79, p = .07$) mostró una distribución diferenciada de acuerdo a los conglomerados. Concretamente, las familias con progenitores **evitativos y clínicos** tenían un mayor número de menores señalizados en comparación con los otros dos tipos de familias. En segundo lugar, los resultados obtenidos mostraron que la evolución del caso era más positiva ($F(2, 45) = 2.80, p = .07$) en familias con progenitores **eficaces y ajustados**, tal como se puede observar en la Figura 8.8. Finalmente, también se observó una valoración de los técnicos más positiva de la evolución de las familias ($p = .02$) en aquellas con progenitores **eficaces y ajustados** ($M = 6.95, DT = 1.50$), frente a las familias cuyos padres y madres se caracterizaban por ser **activos y límite** ($M = 5.83, DT = 1.11$).

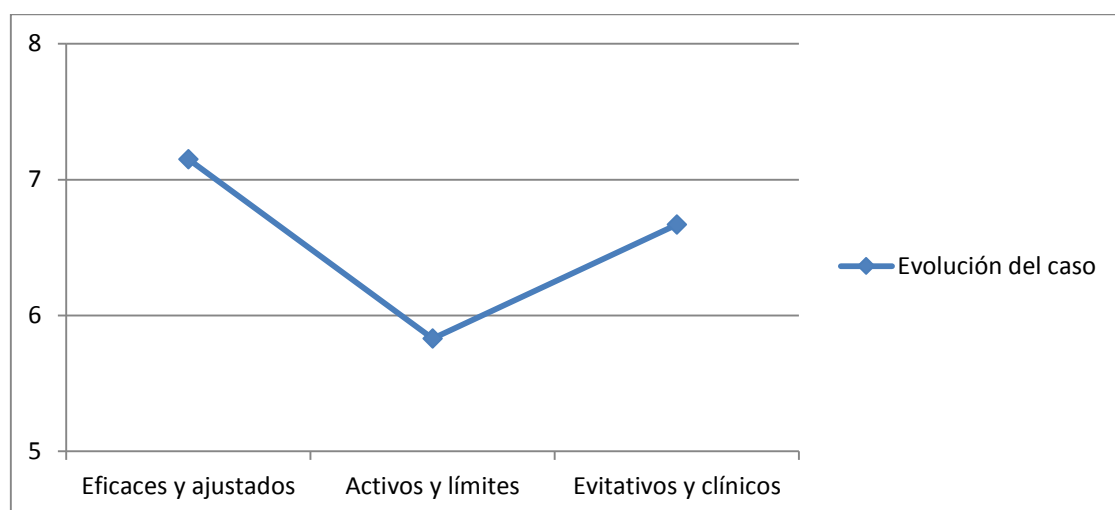


Figura 8.8. Distribución de puntuaciones de la evolución del caso atendiendo a los tres grupos de progenitores identificados.

8.2.2.2. Perfiles familiares identificados y su relación con el número de menores retirados.

Dada la importancia del hecho de que algunos de los menores de las familias atendidas por los ETF tengan que ser retirados de sus hogares, se procedió a analizar de forma específica la relación entre esta variable y los perfiles familiares identificados. Los análisis realizados con tal fin pusieron de manifiesto que, atendiendo al valor de los residuos estandarizados corregidos, las familias con progenitores **evitativos y clínicos** se distinguían de las demás por

presentar un mayor número de menores retirados (ver Tabla 8.11), mientras las familias con progenitores **eficaces y ajustados** se caracterizaron por no presentar ninguna retirada (ver Figura 8.9). En la misma línea, las familias con progenitores **evitativos y clínicos** ($M = 2.33$, $DT = 0.98$) tenían un mayor número ($p = .02$) de menores señalizados comparado con las familias cuyos progenitores eran **activos y límites** ($M = 1.42$, $DT = 1.16$).

Tabla 8.11

Tabla de contingencia que muestra la distribución de puntuaciones entre los conglomerados y la retirada o no del menor.

		Se ha retirado un menor	
		No	Sí
Eficaces y ajustados	Frecuencia	21	0
	Residuos corregidos	2.3	-2.3
Activos y límites	Frecuencia	11	1
	Residuos corregidos	0.5	-0.5
Evitativos y desajustados	Frecuencia	10	5
	Residuos corregidos	-2.9	2.9

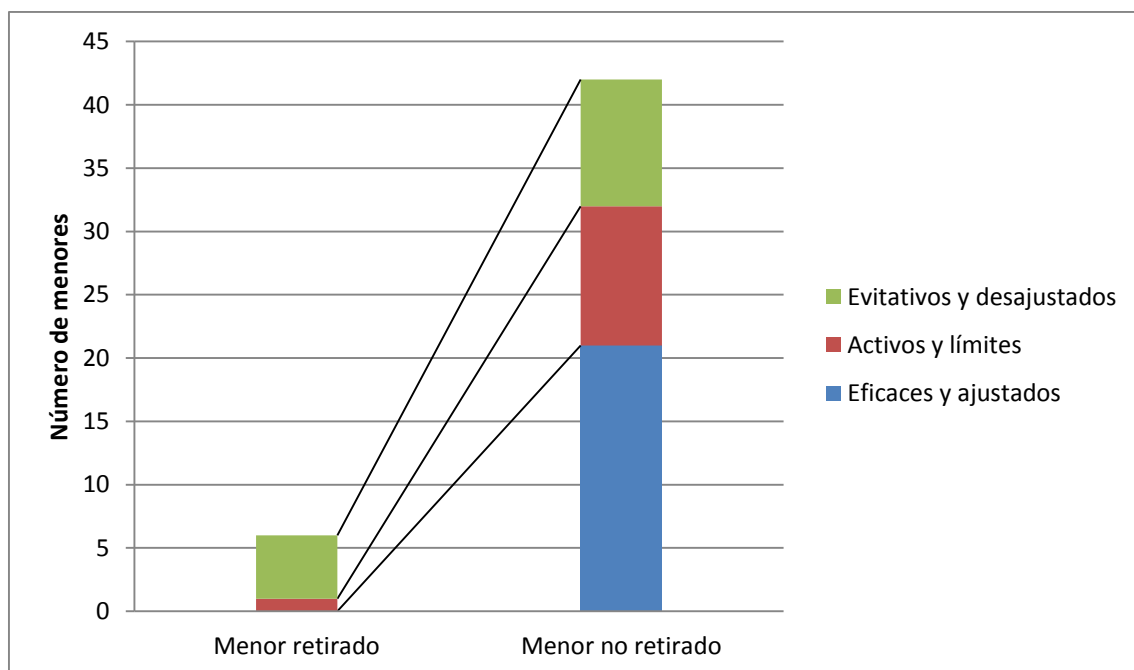


Figura 8.9. Menores retirados en relación a los perfiles familiares identificados.

8.2.2.3. Perfiles familiares identificados y su relación con la dinámica familiar.

Finalmente, se llevaron a cabo los análisis que permitieron analizar las relaciones existentes entre la tipología identificada y las dimensiones relativas al funcionamiento familiar. En este caso, los resultados encontrados mostraron que los tres grupos identificados se diferenciaban según su nivel de cohesión familiar ($F(2, 44) = 2.51, p = .09$). Así, las familias del primer conglomerado, es decir, las familias formadas por progenitores **eficaces y ajustados** ($M = 39.67, DT = 4.05$) obtuvieron una puntuación en cohesión familiar significativamente más alta ($p = .03$) que las familias **evitativas y clínicas** ($M = 34.27, DT = 7.43$). En la misma línea, y en forma de tendencia, las familias **eficaces y ajustadas** ($M = 39.09, DT = 4.81$) presentaron una mayor puntuación ($p = .074$) en comunicación familiar en comparación con el grupo de progenitores **evitativos y clínicos**, ($M = 32.80, DT = 9.47$). Por tanto, las familias compuestas por madres y padres **eficaces y ajustados** se caracterizaban especialmente por mejores vínculos emocionales y por una comunicación más productiva y de calidad (ver Figura 8.10).

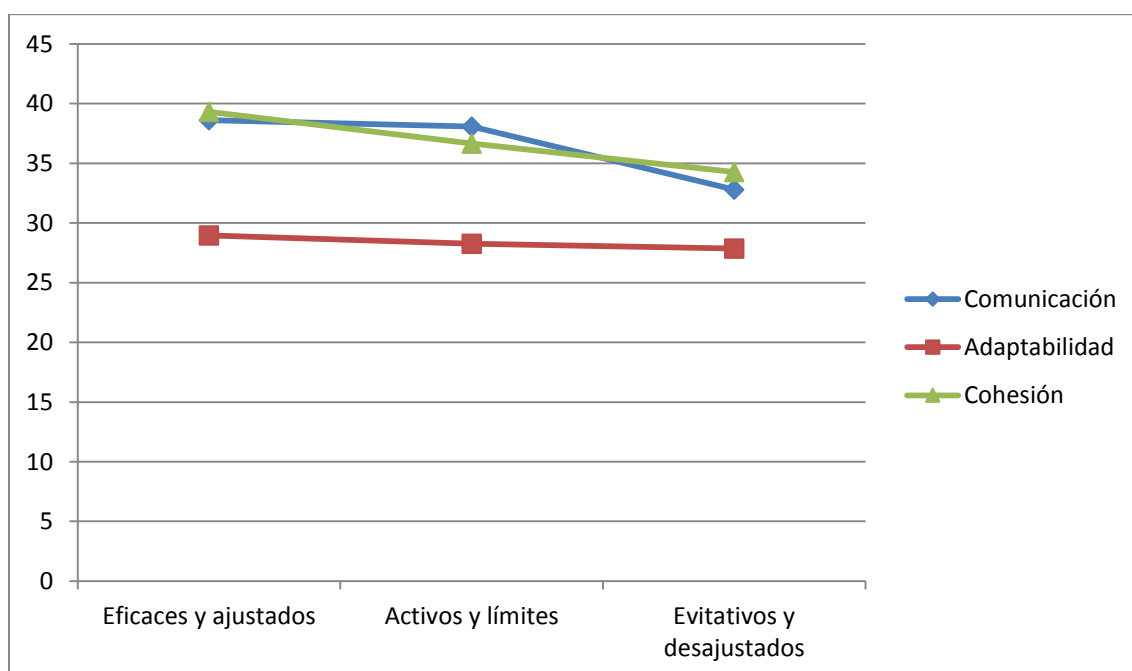


Figura 8.10. Dimensiones de la dinámica familiar en relación a los perfiles familiares identificados.

8.2.3. Influencia de las variables reconocimiento de los problemas y motivación para solucionarlos en la configuración de la tipología.

Para finalizar este apartado, se llevó a cabo un análisis de regresión logística multinomial tomando como referencia el grupo de progenitores eficaces y ajustados con el objetivo de conocer el grado de influencia de algunas variables en la configuración de las tipologías. En concreto, se realizó un modelo introduciendo las variables “reconocimiento de los problemas por parte de la familia” y “motivación de la familia para solucionar los problemas” que arrojó puntuaciones significativas. Por un lado, como puede observarse en la Tabla 8.12, se debe comentar que el modelo en su conjunto tendía a ser significativo ($\chi^2(4) = 8.77, p = .06$) y mostraba buenas puntuaciones de bondad de ajuste ($\chi^2(14) = 11.36, p = .65$). Además, el porcentaje de la varianza explicada de los tres grupos fue del 20% (Pseudo R^2 de Nagelkerke = .20).

Tabla 8.12.

Estimaciones de los parámetros para el modelo de regresión logística multinomial con el reconocimiento y motivación para solucionar problemas tomando como referencia al grupo de madres eficaces y ajustadas.

	R^2 Nagelkerke	B	\div^2 Wald	p	OR	OR inf. 95%	OR sup. 95%
Modelo	0.20						
Activas y límites							
Intersección		3.09	3.09	.08			
Reconocimiento de los problemas		0.60	3.90	.04	1.06	1	1.13
Motivación para resolver los problemas		-0.10	6.14	.01	0.91	0.84	0.98
Evitativas y clínicas							
Intersección		-0.62	0.13	.71			
Reconocimiento de los problemas		0.01	0.26	.61	1	0.97	1.05
Motivación para resolver los problemas		-0.01	0.03	.87	0.99	0.95	1.05

Por otro lado, tal y como se puede observar en la Tabla 8.12, el modelo únicamente alcanzaba a explicar por qué una madre o un padre se situaba en el grupo de los progenitores **eficaces y ajustados** o en el de los progenitores **activos y límites**. Concretamente, tanto el reconocimiento de los problemas de la familia por parte de los progenitores como la motivación para resolverlos influían de forma significativa en esta cuestión. Por un lado y en relación al reconocimiento de los problemas, una madre que alcanzara una mayor puntuación en la toma de conciencia de las dificultades familiares, pasaría de ser una progenitora **activa y límite** a una madre **eficaz y ajustada** con una probabilidad del 6% por cada punto más conseguido en esta variable. Por otro lado, una madre que alcanzara un punto menos en la motivación por resolver estas dificultades, pasaría de ser una progenitora **activa y límite** a una madre **eficaz y ajustada** con una probabilidad del 9% por cada punto menos. No obstante, el modelo realizado no logró explicar cómo influyen las variables contempladas (reconocimiento de los problemas y motivación para solucionarlos) en que las madres pasen de ser categorizadas dentro del grupo de **evitativas y clínicas** al grupo de **eficaces y ajustadas**, observándose un alto porcentaje de aciertos en este primer grupo (ver Tabla 8.13).

Tabla 8.13

Tasa de clasificaciones correctas con los grupos de progenitores activos y límites y evitativos y clínicos tomando como referencia el grupo de ajustados y eficaces.

		n sujetos pronosticado			% correcto
		Ajustados y eficaces	Activos y límites	Evitativos y clínicos	
n sujetos observado	Ajustados y eficaces	17	2	0	89.50%
	Activos y límites	7	5	0	41.07%
	Evitativos y clínicos	13	1	0	0%

8.3. Resumen de resultados.

Esta sección ha estado centrada en ofrecer análisis multivariantes partiendo de las dimensiones individuales y familiares de las y los participantes en el estudio. De esta manera, y a través del análisis de conglomerados realizado con las puntuaciones en estrés parental, estrategias de afrontamiento y malestar psicológico, se detectaron tres perfiles bien

diferenciados: progenitores eficaces y ajustados, progenitores activos y límites, y progenitores evitativos y desajustados. Estos perfiles familiares mostraron guardar relación tanto con indicadores asociados a la evolución del caso como con las dimensiones referidas a la dinámica familiar. En concreto, por un lado, fueron los integrantes del grupo de progenitores eficaces y ajustados los que presentaban mejor evolución y los que en ningún caso tuvieron que experimentar una retirada de menores. Por otro, las familias compuestas por madres y padres eficaces y ajustados se caracterizaron por mostrar mejores puntuaciones en cohesión y en comunicación familiar.

Asimismo, los análisis realizados han permitido detectar el papel clave de dos variables en el hecho de formar parte de uno u otro grupo de la tipología: el reconocimiento de los problemas por parte de los progenitores así como una alta motivación para resolverlos. En concreto, estas variables podrían ser determinantes para que los progenitores pasaran del grupo denominado activos y límites a otro de perfil más positivo como es el de madres y padres eficaces y ajustados. Como comentaremos en el capítulo de Discusión, estos resultados son de enorme interés dadas sus implicaciones prácticas, ya que se trata de variables que pueden ser objetivo de la intervención desarrollada por los profesionales.

IV DISCUSIÓN

Capítulo IX

Discusión y conclusiones

A lo largo de esta Tesis doctoral se ha abordado el marco legislativo, conceptual, organizativo y programático que sustenta la intervención de los Equipos de Tratamiento Familiar con las familias en riesgo psicosocial para adentrarnos en la finalidad fundamental de este trabajo: profundizar en el conocimiento del perfil psicosocial y necesidades de intervención que presentan las familias que son atendidas por este recurso de preservación familiar.

Esta finalidad general se ha abordado empíricamente por dos vías. En primer lugar, se plantearon objetivos encaminados a conocer las características comunes que presentan estas familias, es decir, cual es el perfil psicosocial que es común para todas ellas. En segundo lugar y de forma complementaria, se plantearon objetivos encaminados a explorar la variabilidad en el perfil de estas familias que atienden los ETF. El interés de identificar perfiles diferenciados dentro de las familias atendidas por este recurso se relaciona con la posibilidad de conocer las variables personales y familiares que explican mejor el éxito de la intervención.

Para dar respuesta a estos objetivos se ha llevado a cabo, por una parte, un análisis pormenorizado de los datos recogidos en las evaluaciones realizadas anualmente por los ETF

desde su inicio hasta el 2015 en la ciudad de Sevilla, y por otra, se han entrevistado a un conjunto de familias atendidas por estos equipos para obtener información directa sobre aspectos sociodemográficos y de intervención, así como de cuatro dimensiones psicológicas que hemos seleccionado por su importancia en estas familias: estrés parental, malestar psicológico, estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar.

Los resultados obtenidos a través de las dos estrategias utilizadas en este trabajo nos han proporcionado información relevante para ofrecer pautas y propuestas para la intervención que pueden contribuir a la mejora, dentro de las limitaciones de este trabajo, de la efectividad y la eficacia de intervención que estos equipos realizan con estas familias. A su vez, esperamos que la mejora de la intervención desarrollada contribuya a aumentar las posibilidades de que estas familias ejerzan más adecuadamente el ejercicio de la parentalidad con sus hijos e hijas, cubriendo las diversas necesidades básicas que estos y estas requieren para un desarrollo óptimo en cada una de las fases evolutivas que van atravesando en su camino para una vida adulta saludable.

Este capítulo de discusión y conclusiones se estructura en torno a las dos grandes finalidades anteriormente reseñadas. En primer lugar, abordaremos en un primer apartado la discusión de los resultados relativos a los objetivos generales uno y dos de este trabajo. En este sentido, se discutirán los resultados obtenidos acerca de la implementación del Programa de Tratamiento Familiar con menores por parte de los ETF de la ciudad de Sevilla durante los trece años de existencia del mismo, así como se describirá en profundidad el perfil sociodemográfico y psicosocial de las familias usuarias de este recurso.

En segundo lugar, se discutirán en un segundo apartado los resultados obtenidos para dar respuesta al objetivo tres y cuatro de esta Tesis Doctoral. En este sentido, se discutirán los resultados relativos a las distintas dimensiones psicológicas estudiadas y su influencia en la evolución y desarrollo de la intervención de los ETF, así como las diferencias existentes entre las familias participantes, es decir, la variabilidad de perfiles familiares que existen entre los usuarios/as de los ETF en función de las dimensiones psicológicas estudiadas. Poder identificar aquellas características perfiles familiares que se relacionan con variables del proceso y resultados de la intervención sin duda nos ayudará a intervenir más eficazmente.

A continuación, y a la luz de las conclusiones discutidas en esos apartados, se presentan algunas orientaciones y directrices prácticas con la finalidad de contribuir a la mejora del ejercicio profesional de los ETF y de la propia organización de los servicios donde estos

profesionales trabajan, dando respuesta al quinto y último objetivo de esta Tesis Doctoral. El capítulo concluye con la descripción de las limitaciones de este trabajo a la hora de aplicar y difundir sus resultados, así como con algunas propuestas de líneas futuras de investigación que son necesarias para seguir profundizando en el estudio de las familias en situación de riesgo psicosocial.

En suma, a continuación se discuten los principales resultados de este trabajo organizados en los bloques descritos, en consonancia con los objetivos de investigación, a la luz de las reflexiones teóricas realizadas en la introducción y con la finalidad última de incorporar mejoras en la intervención con las familias en situación de riesgo que son atendidas por los Equipos de Tratamiento Familiar.

9.1. Los Equipos de Tratamiento Familiar: Perfil de las familias atendidas y características del proceso de intervención.

Como se ha señalado en la introducción teórica de este trabajo de Tesis doctoral, la familia constituye el primer y principal contexto de desarrollo para los niños, niñas y adolescentes, es decir, la familia tiene que dar respuesta y satisfacer las necesidades fundamentales que se requieran en cada una de las etapas evolutivas del ciclo vital. En este sentido, hemos señalado como hay contextos familiares, como los que este trabajo analiza, que tienen dificultades para funcionar como entornos adecuados para el buen desarrollo de los menores, generando con ello contextos familiares de riesgo. Por ello, es importante profundizar en el conocimiento de las características de los entornos familiares de riesgo donde muchos menores crecen y se desarrollan. Aunque gran parte del interés de la literatura existente se ha centrado en estudiar la situación de los menores que conviven en estas familias, tampoco podemos olvidar, porque no es menos importante, prestar especial atención a los progenitores que encabezan estas familias, y cómo sus propias trayectorias influyen también en el desarrollo de sus hijos e hijas.

Desde esta perspectiva, y con la finalidad de sintetizar los aspectos comunes que caracterizan el perfil de las familias atendidas por los ETF así como el proceso de intervención en sí mismo, se discuten en este apartado, en primer lugar, los resultados relativos al perfil sociodemográfico, tanto individual como familiar. A continuación, en segundo lugar, se discutirán los resultados que nos muestran la trayectoria de riesgo de los usuarios de los ETF. En tercer lugar, se discutirá el proceso de intervención realizada por parte de los ETF en los dos

subprogramas. Y, finalmente, se discutirán los resultados relacionados con las dimensiones psicológicas estudiadas en esta tesis y que nos permitirán describir de forma más completa el perfil psicosocial de las familias.

9.1.1. Características del perfil sociodemográfico de las familias atendidas por los ETF.

Los resultados obtenidos en este trabajo, tanto mediante el análisis de las memorias de los ETF como a través de las entrevistas realizadas, arrojan una imagen general de los usuarios/as de los ETF como familias con una importante precariedad económica, educativa y laboral, con una estructura familiar en muchos casos monoparental, compuesta mayoritariamente por madres de mediana edad que conviven solas con sus hijos e hijas, y con una trayectoria en los Servicios Sociales prolongada y en muchos casos cronicada. Lo que hace que la mayoría de estas familias se encuentren en una situación de pobreza y exclusión social. Esta imagen general vamos a ir analizándola de forma más detallada a lo largo de este primer apartado de la discusión.

En concreto y respecto a las **características individuales de los adultos de las familias** atendidas por los ETF, los resultados obtenidos nos muestran que la edad media de los padres es de 41, 02 años y de las madres de 37, 08 años, lo que corresponde a una edad adulta media. Este dato es similar a los resultados de otras investigaciones (Pérez et al, 2014). Es llamativo encontrarnos con este tramo de edad, puesto que cabría pensar que mientras más jóvenes más inexpertos son los progenitores en relación al ejercicio de la parentalidad. Sin embargo, los datos nos muestran que la edad no es un indicador de riesgo por sí mismo, sino que son otros indicadores como veremos de carácter más contextual los que favorecen estas situaciones. Por otro lado, la mayoría de las personas atendidas son de sexo femenino, manteniéndose bastante constante este indicador a lo largo de los años analizados, aunque se observa este aumento de la femineidad de manera más significativa a partir de 2011 y como está sigue en aumento hasta la actualidad.

En relación con las **características individuales de los menores** atendidos en la intervención desarrolladas por los ETF a lo largo de todo el periodo analizado, los resultados nos muestran que la inmensa mayoría de los casos atendidos en la modalidad de atención a familias en situación de riesgo social corresponden a la franja de edad de 6 a 12 años, siguiéndole los casos de preadolescencia y adolescencia, y en mucha menor proporción se atienden casos con

menores de edad inferior a los 6 años. Este resultado nos muestra que este Programa dista mucho de ser preventivo como indica su finalidad, ya que este carácter preventivo cobraría su mayor sentido cuando se interviene en edades lo más tempranas posible, que permita a los menores crecer en un entorno positivo, estable y estructurado que les propicie un desarrollo equilibrado. Así mismo, sería interesante conocer dentro de esta franja de edad tan amplia cuál es la media de edad más frecuente, ya que las necesidades son muy diferentes si el menor tiene 6 años o si tiene 12 años, lo que nos permitiría conocer con más certeza si este programa más que ser un programa preventivo se ha convertido en un programa de contención del riesgo que contribuye a aminorar los daños que ya presentan los menores de estas familias. No obstante, los resultados obtenidos en la muestra objeto de estudio directo pusieron de manifiesto que la edad media de los menores atendidos estaba alrededor de los 9 años, dato que confirmaría la idea de que quizás la intervención llega para algunas familias bastante tarde y, en todo caso, cumple una función más de contención que de prevención.

Por otra parte, la explicación de que estos equipos trabajen con bastantes familias que ya tienen sus hijos e hijas una edad elevada puede ser debido a varias cuestiones. En primer lugar, a que otros servicios han estado interviniendo con ellas con poco éxito y el historial de riesgo no solo no ha disminuido sino que ha aumentado y a veces se ha dilatado el tiempo de derivación a estos equipos, esto puede ocurrir sobre todo en las canalizaciones de los Servicios Sociales Comunitarios a los ETF, como muestran los datos de que transcurren 30, 2 meses en la canalización a estos equipos. Sin embargo, por otra parte, aún después de 13 años de existencia, estos equipos destacan dentro de sus dificultades para el desarrollo del Programa de Tratamiento Familiar, que existen todavía muchos organismos e instituciones que no conocen bien el Programa y este puede ser otro hándicap para que cuando se deriva una familia al mismo, haya ya una historia de riesgo prolongada y la edad de los menores sea elevada. Sin embargo, a pesar de lo anterior y a la vista de que la mayoría de los casos que se atienden son de riesgo social, evidencia el papel esencial tanto de los Servicios Sociales Comunitarios como el de los agentes sociales que están involucrados en la detección de estos casos de riesgo (colegios, centros de salud etc.). En definitiva, esta franja de edad tan elevada nos hace pensar que ha podido existir una detección tardía de las situaciones de riesgo y/o de malos tratos y una prolongación de los períodos de diagnóstico que realizan los distintos agentes que intervienen.

En la modalidad de reunificación familiar la franja de edad de los menores atendidos por estos equipos es a partir de 12 años, es decir, se trata de casos con preadolescentes y adolescentes fundamentalmente. Esta circunstancia tiene la explicación de que tras la retirada

de sus hogares de origen han pasado un tiempo más o menos largo en situación de desamparo y acogidos por la Administración pública competente, y lógicamente los menores que están con esa medida van creciendo.

El **perfil socioeconómico** de estas familias muestra que la situación en la que viven es de precariedad en los tres aspectos básicos y necesarios para poder cubrir las necesidades mínimas de sus familias: nivel económico, nivel educativo y laboral. En primer lugar, no tienen los recursos económicos suficientes, siendo éstos claramente precarios. Según los datos obtenidos, más de la mitad de la muestra estudiada (58%) no alcanza el salario base interprofesional que en España es actualmente de 655, 20 € al mes (Real decreto 1171/2015 de 29 de diciembre donde se fija el salario mínimo interprofesional para el año 2016). Es más, de las familias atendidas un 25% presentaban unos ingresos inferiores a la mitad de este salario mínimo estipulado, es decir, que tenían ingresos medios inferiores a 327, 60€ al mes y el resto no llegaba a ese mínimo. Realmente estamos ante una evolución muy negativa con respecto a los ingresos mínimos de estas familias y, como señala el modelo del estrés familiar descrito en la introducción (Conger et al., 2000; Conger, Wallace, Sun, Simons, McLoyd y Brody, 2002), la precariedad económica ejerce una importante presión en los progenitores (aunque esta influencia es variable) que conduce y promueve la experimentación de estrés y problemas emocionales en los adultos de estas familias.

La precariedad económica de las familias atendidas por los ETF, como se ha constatado, es evidente y hace que para subsistir soliciten ayudas diversas, tanto en el sistema público de Servicios Sociales, como en otros sistemas incorporados al ámbito del Bienestar Social. Esta importante dependencia económica de apoyos formales coincide con los resultados que se han encontrado en otros estudios con familias en situación riesgo psicosocial realizados en nuestro país (Arruabarrena y De Paúl, 2002; Menéndez, Arenas, Pérez y Lorence 2012; Rodrigo y Byrne, 2011; Pérez, 2014), oscilando este indicador entre el 49, 4% hasta el 70% de las familias estudiadas. Esta situación hace que la dependencia de estas familias de los Servicios sea máxima, y esta proximidad casi permanente permite constatar a estos sistemas públicos otras cuestiones de dificultad social que presentan estas familias. Así mismo, es importante señalar que si analizamos la evolución que han tenido los ingresos de estas familias, los resultados nos muestran que a partir del 2010 va aumentando el número de familias que subsisten con menos de la mitad del salario mínimo interprofesional culminando en el porcentaje más alto en el 2014, donde se mostraba en estas familias atendidas el máximo nivel de precariedad económica. Esta circunstancia puede ser debida a la crisis económica que asola a nuestro país más claramente a

partir del 2008 y que por tanto ha afectado a todas las capas sociales, también a estas familias que ya mostraban carencias económicas para la subsistencia de sus familias (Informe FOESSA, 2016).

Por otra parte, **el nivel de estudios** de estos adultos es básicamente primario en ambos progenitores, pero si le unimos que muchos de ellos son analfabetos, la mediase nos dispara a 64, 5% de los progenitores presentando un nivel educativo muy bajo, sin existir diferencias significativas entre los padres y las madres, poniendo de relieve que estos adultos presentan una gran precariedad formativa. Investigaciones anteriores también encontraron datos similares, sin embargo, se destacaba este bajo nivel formativo sobre todo en las madres (Hidalgo et al., 2009; Rodrigo et al., 2008; Rodrigo y Byrne, 2011), no encontrándose esta diferencia ligada al sexo de los progenitores en este trabajo. Estos datos son muy relevantes ya que varias investigaciones recientes ponen de manifiesto la importancia de los aspectos educativos como factores directamente vinculados con los niveles de pobreza y los procesos de exclusión social (López, 2008; Solano, 2008). Así mismo, esta escasez de formación, tiene influencia en los progenitores de estas familias, pudiendo llegar a producir una cierta indiferencia, falta de motivación e interés por los aspectos educacionales de la vida de sus hijos e hijas (Crittenden, 1988). En este sentido, en otras investigaciones sobre el nivel de estudios de los progenitores y las situaciones de riesgo realizadas por este mismo autor (Crittenden, 1988) con familias maltratantes, sus resultados mostraban que tres cuartas partes de las familias negligentes o eran analfabetos o solo tenían estudios primarios, lo que evidencia la fuerte prevalencia del bajo nivel educativo entre las familias en situación de riesgo psicosocial. En definitiva, la falta de un mínimo nivel educativo es otro factor decisivo y característico de las trayectorias vitales de estos adultos. No podemos obviar que es con la educación como se adquiere la cualificación necesaria para incorporarse al mercado laboral y para desarrollarse en otras esferas vitales para la persona.

En relación con la **situación laboral** de los adultos de las familias atendidas por los ETF, los resultados obtenidos muestran una alta tasa de desempleo (58%), y en la mayoría de los casos durante un periodo de tiempo muy prolongado. Así mismo, los datos muestran que si tienen trabajo, éste presenta una importante inestabilidad laboral debido a que es de carácter temporal e incluso en muchos casos muy esporádico. En este caso sí hay claras diferencias de género, observándose esta precariedad laboral especialmente en el caso de las madres. Como en los casos anteriores, estos datos también son coincidentes con los encontrados por otros estudios con poblaciones similares (Arruabarrena y De Paúl, 2002; Cánto y Mercader, 2000; Martín et al, 2004; Menéndez et al., 2010; Rodríguez et al., 2006; Trigo 1998) y con fuentes de

datos que manejan a nivel nacional los profesionales de los Servicios Sociales, como es el *Sistema de Información sobre Usuarios de los Servicios Sociales (SIUSS)*. Es interesante reseñar que la situación de inestabilidad laboral que caracteriza a estas familias puede ser incluso más negativa para el bienestar infantil que el propio desempleo, ya que parece que las situaciones que conllevan cambios e inestabilidad en la familia afectan negativamente a la homeostasis familiar y en consecuencia al bienestar infantil (Garrido y Grimaldi, 2009).

Es evidente que la precariedad económica que antes mencionábamos está relacionada con la situación laboral que presentan estas familias, puesto que los ingresos familiares están condicionados al empleo, y vemos la gran precariedad laboral de este colectivo. Que los progenitores tengan una situación laboral estable y digna es fundamental para el desarrollo de los niños y niñas que tienen a su cargo, ya que de ello depende su subsistencia. Sin embargo, los resultados encontrados muestran un perfil de familias con rentas muy bajas, especialmente vulnerables al desempleo y la precarización. Esta circunstancia va generando progresivamente una desigualdad social cada vez más evidente en nuestro entorno (Save The Children, 2015), además de que esta relación de desempleo y de apuros económicos también está relacionada con la pérdida de autoestima en los progenitores y estos son factores comunes en las situaciones de maltrato de los menores que puedan tener a su cargo (Belsky, 1993).

En conjunto, esta situación de precariedad económica, educativa y laboral que hemos encontrado entre las familias atendidas por los ETF nos muestra una imagen muy similar a lo encontrado en otros estudios (González, 2006; Martín et al., 2004., Menéndez et al., 2010; Rodríguez et al., 2006; Trigo, 1998., Pérez, 2014). Está claro que gran parte de estas familias se encuentran en una situación de pobreza, y por tanto de una vulnerabilidad social importante, lo que sin duda guarda relación con los resultados más negativos que presentan estas familias cuando se valora el bienestar infantil de los niños y niñas que conviven en estos hogares (Garrido y Grimaldi, 2009). Pero además podemos decir que es una población que se encuentra próxima a la situación de exclusión social, entendida ésta no solo como un único indicador de precariedad socioeconómica, sino como una suma de indicadores de precariedad como hemos relatado anteriormente, incluyendo el bajo nivel educativo y laboral que dificulta o impide el acceso a los recursos y derechos sociales. Un acceso a los recursos comunitarios que es lo que garantiza una plena incorporación de las familias a la sociedad y que les permite por ello tener una participación plena en la misma (Subirats, Riba, Giménez, Obradors, Giménez, Queralt, Bottos, y Rapoport, 2004; Raya, 2004; Tezanos, 2001). Estas situaciones que hemos encontrado como características del perfil individual de los progenitores de estas familias (bajo nivel de estudio,

situaciones laborales y económicas precarias) contribuyen por otra parte a que la pobreza se herede de padres a hijos e hijas (Informe FOESSA, 2014;2016).

Además de las características individuales de los progenitores que acabamos de describir, los resultados obtenidos mostraron un **perfil familiar** característico entre las y los usuarios de los ETF. En cuanto a **la estructura familiar**, aproximadamente, más de la tercera parte de las familias participantes en el estudio son hogares sostenidos por parte de un único progenitor. Este dato también coincide con lo se pone de manifiesto en otros estudios sobre las familias usuarias de los Servicios Sociales con diversos niveles de riesgo (Arruabarrena y De Paúl 2002; Cantó y Mercader, 2000; Martín, et al., 2004; Rodrigo et al., 2006), donde el porcentaje de monoparentalidad oscila entre el 30-40%. Según la literatura disponible, la monoparentalidad es un factor de vulnerabilidad, que unido a otros aumenta la probabilidad de riesgo en el desarrollo del menor o los menores (Ackerman, Kogos, Yougstrom, Schoff y Izard, 1999). Además, hay que señalar que, habitualmente, el progenitor que encabeza los hogares monoparentales es mayoritariamente femenino, y por ello se está hablando, de composición de familias monomarentales (Save The Children, 2015). A la precariedad anteriormente reseñada (económica, educativa y laboral) se le une también que los hogares encabezados por madres solas tienen el doble de incidencia que los encabezados por hombres cuando analizamos la pobreza severa (Subirats, et al., 2004; Save The Children, 2015). Este indicador junto con el resto analizado nos lleva a concluir que sin duda las familias monomarentales (encabezadas por mujeres) presentan unas necesidades que tenemos que tener muy en cuenta en la intervención desarrollada por los ETF, ya que esta tendencia va cada vez a más, mostrando un perfil de familias muy habitual que consiste en mujeres solas con déficits en lo económico, educativo y laboral al cuidado de sus hijos e hijas. Así mismo, se da también una peculiaridad añadida y es la necesidad de estas madres solas de poder conciliar su vida laboral con su vida familiar, que con frecuencia conlleva la búsqueda de empleos de baja cualificación que aunque les puedan aportar menos ingresos, son menos restrictivos y exigentes sobre todo en los horarios (Fernández y Toribio, 1999; Hidalgo et al., 2009).

Finalmente, para terminar de ilustrar cómo es el perfil sociodemográfico de estas familias, vamos a referirnos a las **condiciones de la vivienda** de las familias atendidas por los ETF. En general, los resultados pusieron de manifiesto altos niveles de hacinamiento y el hecho de que menos del 50% tenían casa propia, viviendo el resto de estas familias de alquiler en el mejor de los casos, cuando no en viviendas cedidas o compartidas, siendo muy significativo que un 10% de estas familias vivieran en chabolas, caravanas o incluso en los módulo familiares del

Alberge municipal. Como han puesto de manifiesto diversos estudios, tanto las altas tasas de hacinamiento observadas como la inestabilidad residencial de estas familias pueden guardar una relación significativa con las situaciones de riesgo y de maltrato infantil (Coulton, Korbin, Su y Chow, 1995). Sin duda, hubiese sido muy interesante también conocer otras cuestiones en relación con la vivienda, como cuestiones que tienen que ver con la habitabilidad (enseres, salubridad, disponibilidad de suministros básicos, etc.), así como las características de la organización del hogar (orden, higiene, organización del espacio etc.), pero estos aspectos no quedan recogidos en las Memorias elaboradas por los ETF. Tal y como queda claro en la literatura, la organización del hogar nos hubiese aportado mucha información sobre la calidad educativa de estas familias de cara a la atención y estimulación de los menores que conviven en estos hogares (Bradley, Mundfrom y Whiteside, 1994; Caldwell y Bradley, 1984).

En definitiva, los resultados sobre el perfil sociodemográfico de estas familias nos indican, desde una perspectiva contextual, una gran acumulación de situaciones adversas y de mucha dificultad en la trayectoria personal y familiar, que hacen que se favorezca la incidencia de múltiples problemas psicosociales (Revilla et al., 2007; Menéndez, 2012) que inciden especialmente en las figuras parentales y por ende en los menores que están a su cuidado (Cowan et al.; 1996; Masten y Wright, 1998), requiriendo por ello por parte de los Servicios Sociales actuaciones encaminadas a proporcionarles orientación y apoyo psicológico, educativo y social.

Los modelos que hemos analizado en el capítulo dos y cuatro, tales como el modelo procesual de Belsky (1980), el modelo de familias en riesgo de Repetti et al. (2002), el modelo de estrés familiar de Conger, et al. (2000), el modelo de Pinderhughes, et al. (2000) o más recientemente el modelo parental ante el estrés de Rodrigo et al.(2008), sirven para ilustrar la importancia de estas condiciones. Así, desde todos estos modelos teóricos se destaca las influencias y repercusiones adversas que pueden tener unos contextos familiares caracterizados por tanta precariedad y riesgo como en los que viven estas familias y sus menores.

En estos contextos de adversidad anteriormente referidos son donde se desarrollan los menores de las familias en situación de riesgo psicosocial y esto ha supuesto una remodelación en la configuración de los Servicios Sociales como hemos analizado en capítulos anteriores apostando por la mejora de las situaciones de estas familias y de sus menores, y así evitar situaciones de desprotección infantil. Por ello, los Servicios Sociales se han estructurado en relación con la atención a la infancia con servicios que están diferenciados por la gravedad del

riesgo (leve, moderado, grave), atendidos por profesionales diferenciados en su nivel de especialización y atención a estas familias. Esta configuración ha sido referenciada y constatada por investigaciones que se han realizado en nuestro país por autores como Rodrigo et al.(2008) en el estudio realizado en la Comunidad de Canarias, o como los realizados en nuestra propia Comunidad Autónoma (Casares, 2014; Garrido y Grimaldi, 2009; Jiménez, et al.2012). En todos estos estudios se ha encontrado que existe una importante variabilidad en los niveles de riesgo psicosocial de las familias usuarias de los Servicios Sociales, observándose que en nuestra Comunidad Autónoma los niveles de más alto riesgo son abordados por los ETF como equipos especializados para trabajar con familias de riesgo moderado y/o grave, tal y como ya analizamos en el capítulo cuatro.

9.1.2. Elementos de riesgo en las trayectorias vitales de las familias atendidas por los ETF.

Una vez discutidos los resultados que nos permiten ofrecer una imagen del perfil sociodemográfico general de las familias atendidas por los ETF, abordaremos en este apartado la discusión de diferentes resultados que nos permiten extraer información de interés sobre el perfil y grado de riesgo que presentan estas familias.

Los primeros resultados que aportan información relevante sobre el riesgo de estas familias son los relativos a la **trayectoria previa en los Servicios Sociales**. En concreto, los resultados obtenidos muestran que estas familias tienen una trayectoria previa de dos años y seis meses en otros servicios antes de ser atendidas por los ETF. Este dato es algo constatado en los pocos estudios existentes sobre esta población en nuestro país (Rodrigo et al., 2008; Pérez, 2014) y específicamente en nuestra propia Comunidad Autónoma(Garrido y Grimaldi 2009). Estos estudios evidencian que de las familias que están siendo atendidas por los SS.SS en Andalucía, sólo un 13, 7% de ellas mantienen un expediente activo de menos de un año de antigüedad. Esta cuestión nos indica claramente el importante grado de riesgo y la necesidad de apoyo prolongado en el tiempo que muestran estas familias, lo que supone una gran dependencia de los servicios y un tiempo demasiado largo en diversos servicios de atención a la familia sin conseguir resultados positivos, e incluso empeorando el pronóstico en algunos casos.

Por otra parte, este dato se confirma además porque el total de casos canalizados desde los Servicios Sociales Comunitarios a los ETF es del 90, 88%, lo cual redundo en que estas familias han mantenido contacto previo con los Servicios Sociales Comunitarios. En este sentido tenemos

que decir que la experiencia nos indica que en la mayoría de las ocasiones este primer contacto ha estado marcado por la petición de ayudas sociales, más que por solicitar apoyo para el mejor ejercicio de la parentalidad. Esta relación que muestran estas familias con los Servicios Sociales ha sido analizada en el marco de un perfil de usuarios de los Servicios Sociales que se caracteriza porque requieren de una reformulación de la demanda por parte de los profesionales que los atienden; en concreto, es muy habitual que lleguen con una demanda de carácter económico, laboral o social que termina derivándose hacia el plano relacional, lo que permite abordar a los profesionales, además de las carencias materiales, las dificultades que puedan presentar en sus dinámicas familiares (De Pablo, 1998). Por otro lado, la trayectoria de intervención tan prolongada también nos indica que estas familias están encadenando diversas circunstancias precarias, lo que conlleva una acumulación de situaciones y sucesos estresantes que les impide dar una respuesta eficaz y exitosa a sus propias dificultades (Rutter 1987, citado en Menéndez, 2003). Esta situación hace que se mantenga una circularidad de una relación de demanda-respuesta, ya que siguen acumulando dificultades y por tanto provocando la aparición de nuevos estresores en sus vidas lo que hace que se cronifique la relación de permanencia con estos servicios y, con ello, generando mucha dependencia de estos dispositivos (De Pablo, 1998). Esta relación tan cronificada puede generar según algunos autores dificultades en los adultos, ya que los hace menos resolutivos en la búsqueda de apoyos informales para la resolución de sus dificultades y promueve un locus de control interno muy bajo (Rodríguez et al., 2006), lo que hace que el control de sus vidas dependa más del apoyo que reciben en los dispositivos sociales quede ellos/as mismos (De Pablo, 1998; Rodríguez et al., 2006).

En definitiva, los Servicios Sociales Comunitarios han intervenido con estas familias hasta que han estimado que existen indicadores de riesgo que hacen necesario un tratamiento más específico porque no se han conseguido los objetivos previstos de eliminación de la situación de riesgo, que se han mantenido o incluso han empeorado, y en todos estos casos se hace aconsejable su derivación al ETF como último eslabón en la organización de los servicios para la atención a las familias en riesgo psicosocial. Sin embargo, es de vital importancia saber que el tiempo transcurrido entre la detección y el tratamiento por parte de los ETF debe ser lo más corto posible, ya que la detección y las intervenciones tempranas y precoces aumentan las posibilidades de éxito del tratamiento (Arruabarrena y De Paúl, 2002). Asimismo, existen datos de que estas intervenciones más tempranas no solo pueden ser más eficaces, sino incluso más económicas sobre todo con las familias más problemáticas y crónicas (Cohn y Daro, 1987; Wolfe y Wekerle, 1993). La cronicidad además en las familias en situación de riesgo psicosocial conlleva

un menor nivel de colaboración y una menor consciencia de que sus dificultades pueden ser atenuadas si se implican en su resolución y no dejan toda la responsabilidad en manos de los diferentes servicios que las atienden, mostrando un locus de control externo. Esta característica también ha sido muy destacada en la literatura revisada (Crnic y Low 2002; Deater- Deckaard; 1998; De Pablo, 1998). Ni que decir tiene que si los adultos de estas familias mantienen un locus de control externo en relación a sus dificultades, también pueden percibir una influencia limitada en todo lo relacionado con la educación de sus hijos e hijas, y esto pueda llevar a prácticas inadecuadas e inconsistentes, una insatisfacción mayor en el ejercicio de su rol parental, una mayor dureza en los castigos, e incluso a situaciones de negligencia y abandono (Arruabarrena y De Paúl, 2002; Rodrigo et al, 2008). Así mismo, también se ha resaltado justamente lo contrario, como un locus de control interno y una alta satisfacción suele llevar aparejado unos resultados más positivos en relación al bienestar psicológico que pueden presentar las familias en situaciones de dificultad y adversidad (Coney y Thompson, 2011; Lloyd y Hasting, 2009).

La dilatada trayectoria de intervención en los Servicios Sociales que hemos visto es característica de estas familias sin duda guarda una estrecha relación con el hecho de que estas familias suelen presentar unas trayectorias vitales caracterizadas por la **acumulación de circunstancias estresantes y problemáticas tanto individuales, familiares como sociales**. En este sentido, los factores de riesgo asociados a estas familias que los ETF refieren como de mayor prevalencia en el subprograma de riesgo social es una combinación de varios factores de riesgo (de una lista de 21 ítems), evidenciando una vez más que estas familias se caracterizan efectivamente por una importante acumulación de factores de riesgo asociados a su trayectoria vital. Sin embargo, y debido al tratarse de un ítem global con la etiqueta “*varios de los factores anteriores*”, desconocemos cuales son los factores de riesgo con más prevalencia de los 21 ítems que incluye la Memoria evaluativa de los ETF y qué características tienen. Por ello, desconocemos tanto el número de factores al que se referían (si la combinación era de dos, tres o más indicadores) como cuáles de ellos eran los fundamentales (problemas de salud mental de los padres, drogodependencia, conflictos familiares, conflictos de pareja, prisión del padre o la madre, escasez de medios para vivir, etc.). A pesar de esta circunstancia, sí sabemos que estas familias incorporan una acumulación de factores de riesgo, siendo esta cuestión muy relevante para conocer en profundidad el perfil de estas familias, como lo corroboran también otros estudios (Arruabarrena y De Paúl, 2002; Moreno, 2001; Rodríguez et al., 2006). Por otra parte, en el capítulo dos de este trabajo ya analizamos los modelos que mostraban como la

acumulación de factores de riesgo se relaciona con la aparición de una amplia gama de problemas en el desarrollo infantil (Cicchette y Rizley, 1981, Rutter y Quintón, 1984b; Trigo, 1998), lo que justifica la necesidad de la intervención con estas familias.

El segundo factor en relevancia asociado al riesgo en estas familias son los conflictos familiares y de pareja, siguiéndole el desempleo y el manejo de la economía familiar, la ausencia de conciencia del problema, la falta de motivación para el cambio y los problemas psíquicos y comportamentales tanto de los padres como de los menores. Esta prevalencia de los factores asociados a las familias de riesgo valorados por los ETF nos hacen de nuevo constatar la importancia y el peso que siguen teniendo los aspectos contextuales para estas familias, y la necesidad de atender y proveer a las mismas de los mínimos vitales para subsistir si queremos abordar simultáneamente otras cuestiones de tipo más psicosocial. Además, estos equipos señalan también entre los primeros motivos de riesgo la falta de motivación para el cambio, una cuestión que hay que tener muy en cuenta e incorporarlo como uno de los primeros objetivos del tratamiento.

En el caso del subprograma de reunificación familiar, los factores de riesgo asociados a estas familias según la valoración de los profesionales de los ETF son, en primer lugar, la combinación de varios factores (al igual que en el subprograma de riesgo social), y en segundo lugar los conflictos familiares y de pareja, continuando por la ausencia de conciencia del problema, las adicciones del padre o la madre y los problemas comportamentales de los niños junto con los problemas del manejo de la economía del hogar. Para finalizar en esta lista de los más importantes, también aparecen los problemas en relación con la familia extensa, los problemas psíquicos y/o comportamentales de los padres y las relaciones conflictivas con sus hijos/as. En este subprograma no aparecen entre los principales los problemas el desempleo. Esto último puede ser debido a que previamente a la reunificación familiar no está en incorporados tan significativamente los factores asociados con la precariedad económica, que son en definitiva aspectos contextuales que desde luego influyen en el riesgo como ya hemos visto, pero hoy por hoy a ninguna familia se le realiza un informe de desprotección por motivos exclusivamente económicos o materiales, sino que se valoran aspectos relativos a las posibilidades de que los adultos de estas familias puedan ejercer su parentalidad de forma adecuada, esto es, que permita la satisfacción de las necesidades básicas de los menores. Es interesante también comprobar cómo en este subprograma se destaca también la dificultad que tienen estas familias con su familia extensa, quizás un dato clave para que el menor hubiese sido enviado a un centro residencial, que es la medida más frecuente en estos casos, según los

resultados obtenidos. Es pues evidente que son familias que en su mayoría tienen rotas sus relaciones con su familia de origen y por tanto no pueden contar con su apoyo en situaciones en la que lo puedan necesitar. Así mismo, parece que en la mayoría de los casos estas familias extensas no son idóneas para que se hagan cargo de estos menores una vez se ha producido el desamparo, cuestión esta interesante ya que nuestra legislación establece que cuando un menor o menores hay que alejarlos de su familia y proceder a establecer un desamparo, la alternativa prioritaria debe ser otra familia, o la adopción, según el caso. Por ello, siempre y en primer lugar, se valora la posibilidad de la idoneidad de un adulto que pueda ejercer la tutela en la familia extensa o en una familia de acogida antes que enviar al menor o a los menores a un Centro Residencial, ya que esa medida sigue dejando al menor en el medio y con un menor desarraigo familiar. De acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de menores, las alternativas familiares deben ser siempre privilegiadas sobre las institucionales, como ya abordamos en el capítulo primero, constituyendo una respuesta que respeta mejor el supremo interés del menor. De hecho, existe una dilatada evidencia científica que muestra las graves desventajas de la institucionalización (Bowlby 1986). A pesar de que estos centros han experimentado grandes cambios (reducción del tamaño de los centros, profesionalización de sus servicios etc.), el contexto familiar sigue siendo la mejor medida para estos menores. Como señala Palacios (2010): "*Los humanos estamos hechos de un material que en la infancia necesita dedicación individualizada, compromiso personal, presencia y disponibilidad habitual de buenas figuras de apego*" (p. 1), y eso en el mejor lugar que se consigue es en la familia.

Por último y en relación a los factores asociados al riesgo que se presentan en estas familias estudiadas, hay que destacar que en los casos de reunificación familiar la combinación de varios factores tiene mayor prevalencia que en los casos del subprograma de riesgo social, quizás porque estas familias han experimentado más factores de riesgo graves que le han llevado justamente a que se produzca el desamparo de sus menores.

Por otro lado, hay que señalar que no hemos conseguido información en relación con los factores de riesgo asociados a las características de los menores, dado que aunque en la Memoria del año 2002 existía una pregunta relacionada con este tema, sin embargo, a partir del año siguiente desaparece de las evaluaciones posteriores hasta que se ha vuelto a incorporar actualmente (evaluación solicitada del 2016). Estos factores incluyen 9 situaciones de riesgo: exposición a violencia de género, adicciones, problemas comportamentales, absentismo escolar, violencia filioparental, asunción de roles parentales, menores infractores, problemas psicológicos y discapacidad igual o superior al 33%. Hubiese sido interesante haber tenido esta

información para conocer mejor el perfil de indicadores de riesgo asociados a los menores. Como señalamos en el capítulo cuatro, las características de los menores pueden suponer un sobreesfuerzo en la tarea de crianza y educación para los adultos que tienen que ejercer su tutela generando en ocasiones esta circunstancia un incremento del estrés en estas figuras, y si éstas además viven en un contexto de precariedad como el que hemos relatado anteriormente, los efectos negativos son aun más frecuente (Gwynne, et al., 2009; Vallotton et al., 2012).

Por otra parte, la tipología de maltrato que más prevalencia muestran las familias en ambas modalidades son las mismas y en el mismo nivel de prioridad aunque los porcentajes varíen. Estas son: negligencia y/o abandono físico/cognitivo, maltrato psicológico/emocional, abandono psicológico/emocional y maltrato físico; siendo las menos frecuentes el abuso sexual y el maltrato prenatal, y muy escaso actualmente la explotación laboral. Sin embargo, como decíamos anteriormente, en el subprograma de riesgo la presencia de la tipología de negligencia y/o abandono físico/cognitivo y el maltrato físico es superior que en el programa de reunificación familiar.

Existen datos que muestran que la negligencia es el tipo de maltrato más frecuente en las familias en situación de riesgo psicosocial (Junta de Andalucía, 2007), siendo situaciones que pueden provocarse de forma consciente o por ignorancia y/o incapacidad parental. En esta línea hablaríamos de que las necesidades básicas del menor o los menores bien físicas, psicológicas y/o sociales no son atendidas por algún miembro de la unidad de convivencia, bien de manera temporal o permanente. El abandono sería el extremo más lesivo de la negligencia (Martínez y De Paúl, 1993).

Es interesante contrastar estos resultados con otras investigaciones anteriores realizadas en nuestra Comunidad Autónoma (Jiménez, Moreno, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995; Moreno, et al., 1995), donde los datos mostraron también que la primera tipología de maltrato fue el abandono físico, seguido del maltrato emocional y en tercer lugar el maltrato físico. Sin embargo, lo llamativo es que en el estudio de estos autores también aparecían otras tipologías de maltrato que actualmente son casi inexistentes tales como la mendicidad y la explotación laboral. Como vemos estos datos son muy similares a los resultados encontrados en este trabajo a pesar de haberse realizado muchos años después. Por tanto, la negligencia y/o abandono físico infantil sigue destacando respecto del resto de tipologías de maltrato, confirmando no sólo los resultados encontrados en investigaciones efectuadas anteriormente

en Andalucía, sino también los de otros estudios epidemiológicos realizados en nuestro país tales como los que se hicieron en Cataluña (Inglés, 1991), en el País Vasco (Arruabarrena, 1998; De Paúl, Arruabarrena, Torres y Muñoz, 1995), en la Comunidad de Madrid y la Diputación de Aragón (De Torres y Espada, 1996) y en Extremadura (Moreno, 2001). Debemos mencionar además que siendo esta tipología de maltrato la más frecuente es contradictorio que sea de las menos estudiadas, ya que, en general, se han centrado las investigaciones mucho más en el maltrato físico que ha sido el más estudiado seguido del abuso sexual (Moreno, 2001). Es más, esta tipología según algunos autores es de las que presenta un pronóstico más desfavorable (Daro, 1998).

Así mismo, que el maltrato con más prevalencia sean las situaciones de negligencia y/o abandono físico/cognitivo, no quiere decir que esta situación se presente en solitario, sino que comprobamos que a esta situación le suelen acompañar otras como son el maltrato psicológico/emocional y/o el abandono psicológico/emocional. En general, este resultado también ha sido constatado por múltiples investigaciones (Arruabarrena y de Paúl, 1994; Clausen y Crittenden 1991; Jiménez et al., 1995; Moreno, 2001).

Por otro lado y tras conocer cuáles son los factores asociados al riesgo en estas familias y cual es la tipología de maltrato más frecuente, también es interesante resaltar que al analizar la información aportada por los profesionales sobre su percepción del riesgo que tenían las familias, lo valoraron con una media de 4,58 sobre 10, lo que supone una percepción de riesgo moderado. Esta cuestión nos puede indicar o bien que la percepción que estos ETF con respecto a las familias con las que estaban interviniendo era realmente coincidente con el riesgo que presentaban las familias y éstas eran en general de un nivel de riesgo moderado, o bien que el umbral que muestran estos equipos con la percepción del riesgo es muy alto, debido a que se han habituado a trabajar solo con situaciones de riesgo y esa es su referencia. En este sentido Garrido y Grimaldi (2009) aportaban que a menos años de experiencia profesional más exigente resulta la valoración del bienestar infantil y a más años esta exigencia disminuye. Esta cuestión es muy importante como ya abordamos en el capítulo cuarto en relación a la toma de decisiones de los profesionales en materia de protección de menores. Esta homogeneidad en la toma de decisiones no solo es importante a la hora de realizar un informe de desamparo, sino también a la hora de determinar las canalizaciones y/o derivaciones de casos a estos equipos, con el fin de minimizar las discrepancias entre los diversos profesionales que abordaban la evaluación de estas familias en cuanto a su percepción del riesgo y/o maltrato. En este sentido, el instrumento "Valórame" debe ser totalmente incorporado en todo el proceso de atención a

estas familias y utilizado como bien especifica el instrumento por todos los profesionales del Sistema de protección de menores, dándole especial relevancia a los profesionales que trabajan en los Servicios Sociales Comunitarios. Una buena evaluación del riesgo psicosocial es crucial ya que si no se hace rigurosamente puede conllevar decisiones erróneas e incorrectas respecto al tratamiento con las familias y sus menores.

A pesar de todas las matizaciones anteriores, podemos concluir que el nivel de riesgo de estas familias es moderado, siendo de riesgo grave un número reducido de familias tal como constatan los resultados relativos al porcentaje de familias que han requerido una valoración de desamparo. Este marco nos indica que las familias en situación de riesgo psicosocial atendidas por los ETF en general no comprometen la satisfacción de las necesidades básicas de sus hijos e hijas y su desarrollo, aunque requieren de intervenciones para evitar posibles situaciones de riesgo y/o maltrato que coloquen a estos menores en unas situaciones que les lleve al desamparo y ésta tenga que ser materializada por parte de la administración competente. Por ello, coincidimos con Rodrigo, et al (2008) en su definición de familias en situación de riesgo psicosocial y que son objeto del trabajo no sólo de los ETF sino de las intervenciones que puedan realizar los equipos que configuran los Servicios Sociales Comunitarios, y por tanto, de la importancia de su mantenimiento y de la configuración de apoyos y recursos para que el trabajo de estos profesionales sea cada vez más efectivo y eficaz en beneficio de las familias y los menores que atienden.

Ni que decir tiene como ha ido cambiando la situación legislativa y organizativa de los servicios de atención a las familias en situación de riesgo a lo largo del tiempo, tal y como hemos analizado en capítulos anteriores. Ya en el año 1998 la nueva Ley del Menor y su distribución de competencias entre las distintas administraciones públicas relacionadas con la protección de la infancia, contribuyó a que cada vez más las corporaciones locales tuviesen profesionales específicamente trabajando con familias en riesgo psicosocial y, a partir del año 2001, con la incorporación definitiva de los ETF, se alcanzó el escalón más especializado en esta materia, con el objetivo de reducir los casos de desamparo. Este proceso ha culminado efectivamente en que las situaciones de las que parten estos equipos estén en el medio y se trabaje desde el medio, donde se producen las dificultades en relación al ejercicio de la parentalidad y sus repercusiones en la satisfacción de las necesidades básicas para el desarrollo de los menores.

Una vez visto el perfil sociodemográfico y de riesgo que caracteriza en términos generales a las familias atendidas por los ETF, vamos a centrarnos a continuación en discutir las

características del proceso de intervención desarrollada por estos equipos en sus dos modalidades, el subprograma de riesgo social y el de reunificación familiar.

9.1.3. Características de la intervención desarrollada por los ETF en sus dos modalidades: Subprogramas de riesgo social y de reunificación familiar

En relación a las características de la aplicación del Programa, tanto en la modalidad de riesgo como en la modalidad de reunificación familiar, se han obtenido resultados en relación a los criterios de la inclusión en el Programa, temporalización del tratamiento, motivos de la finalización del mismo, grado de consecución de los objetivos previstos, así como las actuaciones realizadas por parte de estos equipos.

En primer lugar **el criterio de inclusión en el Programa** de las familias en riesgo psicosocial más señalado por los ETF es que se trata de familias que no muestran ningún factor que haga inviable el tratamiento y por tanto existan posibilidades de que se corrija el comportamiento maltratante. Este criterio por otra parte es requisito fundamental para la inclusión de las familias en estos equipos según las directrices del Programa. Este requisito junto con el hecho de que los adultos hayan sido informados y hayan aceptado su participación se convierte en un panorama óptimo para que estas familias estén motivadas para el cambio, clave fundamental para poder realizar una intervención con un pronóstico exitoso. Sin embargo, este último indicador debería estar presente en todos los casos, y los resultados nos muestran que no es así. Esto nos indica que en los primeros años de aplicación del Programa (2003) había una mayor consciencia por parte de profesionales de estos equipos de que informar a la familia de los motivos y la necesidad de incorporarse a un tratamiento y la importancia de su aceptación era un requisito básico para que el tratamiento fuese exitoso. Este criterio ha ido disminuyendo a lo largo de los años. Esto puede ser debido a que con el paso del tiempo se piensa que estas familias tienen más información sobre el Programa y no es necesario enmarcar el mismo con ellas, o bien que quién les ha derivado o canalizado ya les ha facilitado dicha información. Sin embargo, la información de todo lo que conlleva el trabajo con estas familias debe comunicada siempre y expresamente por los profesionales, no sólo para que estas familias puedan ser incluidas en el Programa, sino porque además el solicitar la conformidad de la familia para su inclusión en la intervención es una parte del propio tratamiento, que permite conocer el nivel de motivación que ésta presenta para poder establecer el cambio. Por ello, este indicador que en principio podía aparecer como poco operativo, ya que supuestamente es un criterio

obligatorio que especifica el Programa, ha resultado interesante que se haya incorporado para su valoración en la Memoria evaluativa de los ETF.

En relación a lo anterior y porque así lo incorpora el Programa, además de la información tiene que existir un compromiso por escrito de la conformidad de estas familias para el tratamiento. Por ello, se le ha solicitado reiteradamente al SPAF indicaciones sobre qué hacer con aquellos casos en los que la familia no colabora y no existe por tanto ninguna renuncia escrita al tratamiento. En este sentido, el SPAF recientemente ha enviado una circular a las Corporaciones Locales explicitando textualmente qué hacer en estos casos, en concreto, que deben articularse los procedimientos administrativos que sean necesarios para que tengamos la certeza de su conocimiento, y de su renuncia a la intervención si fuese ese el caso (cartas certificadas, con plazos), y si esto no tiene efecto comunicar esta circunstancia de no colaboración familiar al Ministerio fiscal para que conozca la imposibilidad de tratamiento para estas familias con la incertidumbre de que sus menores efectivamente estén en una situación de riesgo y/o maltrato.

Por otra parte, el que finalmente solo un 19% de los casos trabajados tenga al menos una figura adulta con capacidad de hacerse cargo de los menores nos puede indicar que los menores de los casos trabajados en este periodo evaluado se encontraban con una vulnerabilidad añadida, ya que parece que se les atribuyó capacidad a adultos que finalmente no la tenían (en todos los casos tienen que tener una figura adulta con capacidades) y por tanto requieren de una intervención más centrada en la recuperabilidad de los adultos que van a ejercer la parentalidad con dichos menores. En este sentido, se convierte este dato en positivo, si tenemos en cuenta que al no cumplir el criterio de inclusión de tener un adulto con capacidad no hubieran entrado en el Programa y en muchos casos se hubiese procedido a la desprotección sin posibilidad de rehabilitación. En todo caso, los resultados obtenidos de las memorias nos indican que siempre hay un grupo de familias, en este estudio aproximadamente un 10% de los casos, que tienen pocas posibilidades de recuperación.

En definitiva, en relación con los criterios de inclusión en el Programa los datos nos muestran que no han sido muy sistemáticos los equipos al cumplir con los criterios de inclusión en el mismo, ni por parte de los ETF, ni por parte de los Servicios de Prevención y Apoyo a la Familia o por el Servicio de Protección de Menores y de las distintas instituciones que derivan a los mismos. Por parte de los equipos, porque reciben casos que no se ajustan al Programa o bien porque los propios equipos no han incorporado y valorado suficientemente la importancia de

llevar más sistemáticamente estos criterios. Por parte de los Servicios de Menores (SPM y SPAF), por enviar casos sobre todo en la modalidad de reunificación, sin la valoración y exhaustividad que requieren; y el resto de las instituciones en general por desconocimiento. Esta circunstancia puede disminuir el éxito del Programa.

Es interesante también resaltar que los datos de este estudio ponen de manifiesto que los casos canalizados y/o derivados al ETF parece que pueden ser según el instrumento “Valórame”, como de desprotección moderada. Esta cuestión hace pensar que es justamente el tipo de familias que tienen mejor pronóstico, un nivel de colaboración e implicación aceptable para la resolución de sus problemas y dificultades y, por tanto, constituyen casos en los que este tipo de intervención puede generar mejores resultados, cuestión ésta percibida por los propios técnicos.

En relación con **la temporalización**, el Programa establece directrices diferentes para la realización del tratamiento en ambas modalidades, ya que el subprograma de familias en riesgo social conlleva un periodo más largo en todas las fases del tratamiento que el de reunificación familiar. En el caso del subprograma de riesgo el periodo completo establece un máximo de 25 meses entre sus tres fases (evaluación, un mes; tratamiento, 12 meses con posibilidad de 6 meses más; y seguimiento, máximo seis meses) y en el subprograma de reunificación familiar el período máximo es de 12 meses para todo el proceso. Los resultados nos muestran que el periodo de tiempo real que han necesitado los ETF para el tratamiento en el caso del subprograma de riesgo social es de aproximadamente unos 20 meses, y aunque puede que no supere el periodo completo, habitualmente la distribución en las fases del proceso de tratamiento no se adecúan a lo anteriormente señalado. Estos datos nos indican que en el subprograma de riesgo habría que revisar la temporalidad del Programa y evidentemente aumentar los plazos en ambas fases, en la de evaluación y en la de tratamiento propiamente dicho, ya que como vimos estos equipos requieren de tiempos más prolongados para llevar a cabo su intervención. Por tanto, los tiempos de tratamiento, aunque hay que planificarlos, no pueden ser tan rígidos y este criterio se debería de flexibilizar en función de la valoración de los profesionales y de las necesidades temporales para conseguir los objetivos propuestos para las familias, que debían estar sustentados a su vez en evaluaciones específicas para determinar por cada uno de los perfiles familiares cuales serían los tiempos óptimos para conseguir los resultados esperados en cada una de las modalidades del programa. Esta sugerencia es además expuesta por los propios profesionales en las propuestas formuladas por estos equipos. En esta línea, respecto a la temporalización al igual que otros aspectos, queda mucho por concretar, ya

que no se ha evaluado aun el propio Programa para conocer dónde están sus deficiencias y poder establecer así mejoras en el mismo que incorporen aspectos que ya la evidencia científica nos aporta como es la variabilidad de perfiles que se atienden (Arruabarrena y De Paúl, 2002 ; Rodrigo et al, 2008; Pérez 2014). Para concluir con este tema, sería interesante hacer un seguimiento de los casos que se dan de alta en el tratamiento aunque no se hayan alcanzado los objetivos planteados totalmente por finalización del tiempo establecido en el Programa. Es muy posible que los casos que vuelven a aparecer en los ETF, una vez cerrados, puedan ser aquellos que se cerraron con objetivos parciales conseguidos, y una vez pasado el tiempo pueden aparecer otras situaciones adversas en la familia que hacen que los menores vuelvan a encontrarse en nuevas situaciones de riesgo.

En relación con **la finalización del Programa y grado de consecución de objetivos**, hay que señalar que en ambas modalidades el motivo más habitual es que se finaliza el tratamiento por decisión de los profesionales debido a la consecución de los objetivos previstos. Los datos nos muestran efectivamente que una vez finalizada la intervención, el tratamiento ha posibilitado la continuidad de los menores a su entorno, en el caso de la modalidad de riesgo o a la vuelta a sus hogares de origen en el caso de la modalidad de reunificación familiar. No obstante, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el éxito es mayor en el subprograma de riesgo social en relación con los objetivos conseguidos que en el subprograma de reunificación familiar.

Sin embargo, hay que matizar (porque así lo hace también la Memoria) que estos datos son relativos a la consecución de los objetivos alcanzados analizados globalmente, esto quiere decir que se ha preservado la integridad familiar, en relación con la seguridad, la integridad y atención de las necesidades básicas del menor o los menores atendidos, y que se considera que la familia se encuentra en condiciones de asumir sus responsabilidades parentales de forma autónoma. No obstante, en muchos casos no se han producido todos los cambios esperados y se requiere de un control y seguimiento por parte de los Servicios Sociales Comunitarios hasta que o bien en este seguimiento se constata la evolución positiva de la familia o bien se vuelve a considerar que es necesaria la intervención del ETF. A veces ambos servicios valorarán la realización de un informe de desprotección o, en el caso de la modalidad de reunificación el ETF, puede considerarse no viable la reunificación familiar si se mantienen los indicadores de gravedad.

Llama la atención este indicador ya que sería mucho más ajustado si esta decisión fuese pactada con la familia y por tanto fuese compartida y no únicamente por la valoración de los profesionales. Esto conllevaría a que al igual que en la incorporación en el Programa se solicita la aprobación por parte de la familia del plan de intervención, al finalizar éste, también la familia valore la idoneidad de su finalización y si se han conseguido los objetivos. La intervención con las familias en situación de riesgo psicosocial debe suponer la realización de un trabajo cooperativo de la familia y en los procesos de responsabilización de sus miembros, por ello en las Memorias este dato tendría que estar recogido también en relación con la finalización del tratamiento.

Por último, decir que son pocos los casos (un 5, 87%), en los que la finalización del tratamiento se debe a que las familias no aceptan el recurso y lo abandonan en el periodo evaluado. A los casos que no aceptan el recurso, los ETF los denominan como familias “no colaboradoras”. Estos casos actualmente llevan a un cierre del caso con una notificación de las circunstancias de esa no colaboración. Hasta ahora no había ningún mecanismo para hacer que estas familias se incorporan a una intervención aunque fuese en un contexto claramente de control, esto hacía que de estas familias que quizás pudieran ser las de mayor riesgo no se pudiese conocer cuál era la verdadera situación del menor o los menores que tuviesen a su cargo. Actualmente ya con la Ley 26/2015 de Protección a la Infancia y a la Adolescencia se han arbitrado mecanismos para garantizar que esta posibilidad no se dé, regulándose un sistema de protección que ante las circunstancias de las situaciones de riesgo y maltrato que se presenten se actúe en todos los casos y para ello se articula dos fases en función de la colaboración de la familia. Una primera de valoración de la situación de riesgo, en la que una vez constatado se solicita el consentimiento de la familia y se realiza un proyecto de intervención consensuado (ETF y familia en riesgo psicosocial); y una segunda fase denominada “declaración de riesgo”, que se derivará del incumplimiento del deber de colaboración que corresponde a los progenitores y/o tutores legales de los menores. En cualquier caso, la declaración de riesgo, conforme a lo establecido en el apartado 6º del art. 10 de la Ley anteriormente mencionada, será dictada por la administración pública competente, mediante resolución administrativa motivada, previa audiencia tanto a los progenitores, guardadores o acogedores y del propio menor si tiene suficiente madurez, y en todo caso, a partir de los 12 años. Aunque tenemos este marco normativo a nivel nacional, no se han hecho aún las modificaciones legales en nuestra Comunidad Autónoma para establecer esta figura. Sí conocemos que se está trabajando por

parte de la misma en una nueva Ley del menor que incorporará las modificaciones planteadas en el texto nacional.

Por otra parte, se observa una menor predisposición de la familia en el trabajo con los ETF en los casos de reunificación familiar, ya que el porcentaje de familias que no aceptan o abandonan el recurso es bastante mayor que en el otro subprograma durante todo el periodo evaluado. Esto quiere decir que es bastante más complicado reintegrar al menor o los menores una vez realizado el desamparo a sus familias que trabajar con familias cuando esta circunstancia todavía no se ha producido. Esta cuestión puede ser debida a que las familias donde se produce un desamparo son familias con un alto grado de gravedad con respecto a los menores y están más dañadas o presentan mayores indicadores de riesgo, siendo la recuperabilidad mucho más costosa y complicada. Así mismo, los ETF en sus memorias evaluativas especifican que muchos casos derivados para un proceso de reunificación familiar no está debidamente valorado si la familia está preparada para esta reunificación o siguen manteniendo un pronóstico poco consistente, lo que hace más complejo el tratamiento y provoca que los plazos previstos en el Programa no se ajusten a estas circunstancias.

Por último, es significativo la presencia de familias “itinerantes”, esto es, casos que causan baja en la intervención en algún ETF por traslado de barrio o distrito y en muchos casos de localidad debido a la intensificación del seguimiento por parte de los recursos institucionales y con el fin de poder evitar la posibilidad de una toma de medida de retirada del menor por parte de la administración competente. En este sentido sería muy necesaria una actuación diligente y coordinada entre las instituciones y los recursos que puedan estar utilizando estas familias para evitar que estas situaciones de posible maltrato puedan quedarse sin ser atendidas.

En términos generales, los datos disponibles revelan un importante **éxito del tratamiento por parte de los ETF**. En este sentido, de la totalidad de familias atendidas por los ETF en la modalidad de riesgo social durante el período evaluado, solo en un 11% de los casos ha sido necesario realizar un informe de desprotección por encontrarse el menor o los menores en una situación de riesgo grave. No obstante, en estos 199 casos en los que los equipos han elevado un informe, no siempre se ha consolidado la situación de desprotección por parte del SPM, que tiene que analizar si hay motivos suficientes para iniciar el procedimiento administrativo (donde se incluye la notificación, el periodo de alegaciones, etc.) y, si fuera el caso, realizar posteriormente la propuesta de resolución a la comisión Provincial de medidas de

protección, que es el órgano que decide definitivamente la toma de en medida. Esta circunstancia hace que en muchas ocasiones el caso vuelva al medio pero con una valoración de que se han agotado justamente la intervención en el mismo y esto genera una gran impotencia en los ETF ya que tienen que volver a iniciar la intervención con familias que han valorado su necesidad de desamparo para los menores. Realmente podemos valorar también que en muchos de esos casos no ha habido recursos suficientes en el medio como para impedir que se produzca esta situación.

Otra de las características analizadas en relación con la implementación del Programa se refiere al conjunto de **actividades que realizan los profesionales del ETF** y el tiempo dedicado a dichas tareas en relación con la intervención con las familias. En este sentido, los resultados encontrados pusieron de manifiesto que los profesionales, en ambos subprogramas, invierten su tiempo principalmente en las entrevistas con las familias, así como en el registro de las tareas y actuaciones que realizan, en gestiones telefónicas, reuniones de coordinación (ya sean estas de carácter interno o externo) y por último en la realización de informes. Es interesante destacar que gran parte de la carga de trabajo está centrada en tareas de recogida de información y administrativas, dejando muy poco espacio para actuaciones relacionadas con la evaluación de familias con pruebas psicológicas de diverso orden (test, escalas, autoinformes, etc.), así como en la intervención psicoterapéutica propiamente dicha.

Como se muestra en las tareas que estos equipos realizan, **la coordinación** que tienen que establecer con otros recursos cobra una gran importancia, esto pone de manifiesto que las intervenciones de los ETF necesariamente están combinadas con las intervenciones de otros profesionales, debido a varias cuestiones:

- Porque estén interviniendo con la familia o con algún miembro de ella y se requiere intercambiar información e incluso establecer un trabajo en red.
- Porque se requiera para el tratamiento del caso y de cara a posibilitarles recursos necesarios para que su contexto de vida mejore.
- Porque se considere necesario para el logro de los objetivos planteados y se requiera de la incorporación de estas familias a recursos que mejoren la dinámica familiar.

En definitiva, los datos nos muestran que esta coordinación es necesaria para la incorporación de la familia o de alguno de sus miembros a los recursos que puedan tener otras instituciones públicas o privadas, mostrando una amplia gama de ellos, pero siendo los más

utilizados los centros educativos, seguido de un gran número de recursos diversos. En un estudio realizado con usuarios de los Servicios Sociales, Lorence (2013) encontró que alrededor del 50% de estas familias estaban recibiendo simultáneamente ayuda especializada de otros organismos y entidades distintos a los SS.SS.

El trabajo coordinado y sobre todo el trabajo en red como una articulación para establecer colaboraciones estables y sistemáticas entre los profesionales permiten evitar duplicidades, descoordinación, concretar competencias y recursos, así como potenciar el trabajo conjunto buscando la integralidad de las intervenciones. Sin duda, las actuaciones encaminadas a la coordinación adquieren un lugar predominante en el tratamiento de estas familias en riesgo psicosocial.

Para finalizar con las características relacionadas con la implementación del Programa de tratamiento familiar los ETF, nos gustaría comentar algunas de las dificultades que los profesionales se han encontrado a lo largo de este recorrido del Programa y que han dado lugar a algunas propuestas de mejora.

A grandes rasgos, las principales dificultades reseñadas por parte de los profesionales están centradas en el desconocimiento que aún se tiene del Programa en cuanto a criterios de canalización y/o derivación y el perfil de familias que estos equipos atienden; en la complicación que conlleva la intervención con familias de contextos económicos muy deficitarios (es muy complicado llevar a cabo un tratamiento rehabilitador cuando una familia no tiene cubiertas las necesidades básicas mínimas); así como con la falta de motivación y/o escasa o nula conciencia del problema que presentan algunas familias. Además de estas cuestiones, los resultados encontrados también ponen de manifiesto que la coordinación aún es costosa y no exenta de dificultades, tanto con los propios servicios de Protección y Prevención de la Junta de Andalucía como con otras administraciones como Salud Mental y Fiscalía de Menores. Asimismo, los recursos de lo que disponen los equipos aún son deficitarios, y hay una escasez importante de recursos comunitarios para sectores que tienen cada vez más presencia en el perfil de las familias atendidas (menores y adolescentes sin escolarizar, familias monoparentales, menores con problemas comportamentales y/o en conflicto social, violencia filioparental y violencia de género, entre otros). Muchos profesionales siguen insistiendo además en que la formación es escasa y no hay supervisión de casos a nivel técnico y de carácter externo, así como mantenimiento de reuniones de trabajo, encuentros y jornadas con otros ETF de manera sistemática. Por último y a pesar de la aprobación del Decreto 494/2015 por el que se regula y

gestiona el programa de Tratamiento a Familias con Menores en situación de riesgo o desprotección, la situación laboral de los profesionales es de inestabilidad en relación al mantenimiento de sus puesto de trabajo. En todos los casos, se trata de aspectos que es necesario que se les preste la atención por parte de las instituciones que están implicadas en el desarrollo de este Programa. Cualquier mejora en alguno de ellos va a repercutir directamente en la calidad de la intervención y por ende en las propias familias con las cuales se está trabajando.

Como no puede ser de otra manera, las propuestas realizadas por los profesionales están muy relacionadas con las dificultades anteriormente señaladas, y se refieren a cuestiones como: seguir divulgando el Programa, proporcionar una formación continuada y realizar encuentros anuales, realizar supervisiones de casos, disponer de protocolos de coordinación y contar con una mayor estabilidad laboral.

Todas estas dificultades señaladas por los profesionales nos llevan a tomar conciencia de la necesidad de revisar determinados aspectos del diseño del propio Programa de Tratamiento familiar, por ejemplo, en cuanto a que se determine más claramente el perfil de las familias a atender (acogimiento en riesgo, progenitores separados, menores con violencia filioparental, etc.); en relación con el número de casos a atender por equipo, donde la propuesta de los profesionales es de 25 casos como máximo (en la actualidad es de 33);o en cuanto a los tiempos de tratamiento, solicitando más flexibilidad para algunas familias. En este sentido, generalmente lo profesionales de estos equipos consideran que en las familias de mejor pronóstico y nivel de colaboración, la identificación y modificación de los factores de riesgo es posible durante el tiempo estipulado para el tratamiento por el programa, pero en las familias de peor pronóstico y sobre todo con pocos niveles de colaboración es necesario prolongar el tratamiento porque si no es así se puede llegar en muchos casos a agravar las situaciones de riesgo y a tener que hacer una valoración de toma de medida de desamparo. Finalmente, en cuanto a los documentos técnicos de soporte del Programa, como es el caso de la Memoria, se propone una revisión en cuanto a su diseño (instrucciones, soporte informático común, incorporación de otros criterios de evaluación, descripción de los instrumentos de evaluación utilizados, etc.), así mismo disponer de protocolos para establecer un buen trabajo en red con los distintos agentes involucrados con las familias en riesgo psicosocial.

Pese a las dificultades descritas anteriormente, la valoración global que realizan estos equipos del Programa de Tratamiento Familiar con menores es muy positiva, destacando el

esfuerzo por parte de las dos administraciones públicas implicadas (Entes Locales y Comunidad Autónoma) para crear en Andalucía realmente una red de equipos especializados en infancia y familia que tratan de dar respuesta a las necesidades de intervención de los menores expuestos a situaciones de riesgo y maltrato.

9.1.4. Estrés parental, malestar psicológico, afrontamiento y funcionamiento familiar de las familias atendidas por los ETF.

Para continuar con la discusión de este bloque y completar la descripción sociodemográfica y de trayectoria de riesgo que hemos realizado en el apartado anterior de las familias atendidas por los ETF, vamos a centrarnos a continuación en los resultados obtenidos en relación con el perfil psicosocial y las necesidades de intervención con estas familias a través de las dimensiones psicológicas analizadas: estrés parental, malestar psicológico, estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar (cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar).

En primer lugar nos centraremos en el **estrés parental**, entendido en este trabajo desde el modelo general de estrés de Lazarús y Folkman, pero también desde una perspectiva ecológica sistémica Abidín (1995). Por ello, la vivencia del estrés parental se asocia tanto a dimensiones individuales de los progenitores, como a la dinámica familiar y a los factores contextuales como vamos a ir analizando. Desde este marco y como expusimos en la introducción, el estrés parental está conceptualizado como un proceso donde los padres y las madres se sienten sobrepasados en el ejercicio de su rol parental (Abidín, 1992).

Los resultados obtenidos en relación al estrés parental de las madres participantes en el estudio alcanzaron un nivel elevado, con una media de 89, 39% (recuérdese que el límite clínico estimado por la prueba es de 90 según Abidín, 1995). Estos resultados no son sorprendentes ya que en investigaciones recientes con en este tipo de población se han obtenido puntuaciones incluso superiores (e.g. 94, 18%), que han sobrepasado claramente el límite clínico (Pérez 2014). El hecho de que las familias participantes en nuestro estudio estén justamente en ese límite clínico, significa que sus niveles de estrés debido al ejercicio de su rol parental son significativamente elevados, lo que hace que los progenitores experimenten el desempeño de su papel como padre o madre con tensiones tanto en el área de malestar personal, como las derivadas de las interacciones que mantienen con sus hijos o hijas o en aquellas que tienen su origen en las características de las conductas de los menores. Es importante destacar que son muchos los estudios que muestran que cuanto más estrés asociado al ejercicio de la

parentalidad, menor cohesión familiar, mayores niveles de conflicto entre los miembros de la familia, mayor disfuncionalidad en el subsistema materno filial, así como una mayor inestabilidad (Anderson, 2008; Sidor et al., 2013).

Por otro lado, las puntuaciones obtenidas en estrés parental por las familias atendidas por los ETF se encuentran dentro del rango característico de las familias en situación de riesgo psicosocial estudiadas tanto fuera de nuestro país (Álvarez, 2014; Anderson, 2008; Lanier et al., 2014) como dentro (Pérez, 2014), que suelen oscilar en un rango de entre 80 y 100 puntos, encontrándose muy alejadas de las medias obtenidas en población normativa, que se sitúan alrededor de los 70 puntos (Wohed, Van der Aalst, Dumas, Hofstede y Russell, 2005; Mazur, 2005, Putnick, Bornstein, Hendricks, Painter, Suwalsky y Collins, 2008).

Las elevadas puntuaciones de estrés encontradas en estas familias deben ser interpretadas en el sentido que están experimentando un elevado desbordamiento con respecto a la tarea de ser padres (Anderson, 2008; Gómez, Muñoz y Haz, 2007, Vallotton et al., 2012; Pérez, 2014), lo que sin duda tiene consecuencias para estos progenitores en el ejercicio de la parentalidad provocándole, entre otras cuestiones, síntomas depresivos y cuadros de ansiedad con una baja satisfacción parental (Crnic y Low., 2002; Whiteside. et al., 2007; Pérez, 2014); percepción de una baja competencia parental (Gondoli y Silvenberg, 1997; Farkas y Valdés, 2010); prácticas educativas de carácter punitivo y coercitivo (Dopke et al., 2003; Martorell y Bugental, 2006; Whitesille-Mansell et al., 2007); relaciones con menos afecto y con menos niveles de cohesión y comunicación familiar (Jarvis y Creasey, 1991; Willinger et al, 2005); apegos inseguros (Barudy y Dantagnan, 2009; Jarvis y Creasey, 1991); una evaluación de las situaciones familiares no consciente, autocentrada, automática y simple que lleva a los progenitores a comportamientos impulsivos y a un limitado repertorio de comportamientos educativos con sus hijos e hijas, conllevando en muchos casos un excesivo repertorio de conductas coercitivas y punitivas hacia los menores (Milner, 2003, Rodrigo et al, 2008).

Los análisis realizados para explorar las relaciones entre el estrés parental y distintas variables sociodemográficas también arrojaron resultados interesantes. Por un lado, varias de las subescalas del instrumento utilizado guardaron relación con el sexo del menor, de forma que las familias con niños varones mostraron puntuaciones más altas de estrés parental. Por ello, los padres y madres de familias en situación de riesgo encuentran mayores dificultades en la crianza de sus hijos varones y por tanto en las interacciones que establecen con ellos. Este resultado está en sintonía con otras investigaciones que señalan que el ser varón puede ser un elemento

de sobreesfuerzo en la tarea de crianza y educativa por parte de la figura que ejerce el rol parental (Barry, et al, 2005; Monks, Smith, Swettenham, 2003). En este sentido, en algunos estudios el indicador más potente y que mantiene con el estrés parental mayor relación es la percepción que tienen los padres de dificultad con el hijo (Anderson, 2008; Sptatt et al., 2007). En definitiva, los progenitores con hijas se encontraron menos estresados que cuando tienen hijos, ya que algunas características de estos menores conlleva para los padres un sobreesfuerzo mayor en las tareas que requieren los menores para su desarrollo y se sienten menos eficaces y menos competentes que cuando tienen hijas(Ohan, Leung y Jonhston, 2000).

Por otro lado, los resultados también pusieron de manifiesto que el estrés parental está relacionado con la situación económica de la familia. En concreto, a menor capacidad económica mayor estrés y mayor malestar parental. Estos resultados concuerdan con la bibliografía que hemos consultado en relación a que la precariedad económica repercute en el nivel de estrés de los padres, constituyendo un factor de riesgo a tener muy en cuenta (Conger et al. 2000). Recordemos que según este modelo del estrés familiar, la precariedad económica genera presión económica en los miembros de la familia, conduciendo a la experimentación del estrés y problemas emocionales en los progenitores.

En definitiva, el malestar que supone experimentar altos niveles de estrés parental se asocia, como analizamos en los capítulos de la revisión teórica, con mayores tasas de conflicto marital y con unas prácticas educativas poco implicadas por parte de los progenitores. Por otro lado, autores como Rodrigo et al. (2008) En su modelo de funcionamiento parental ante el estrés describen como estos padres a medida que están más estresados tenderán a tener esquemas más simplistas, automáticos y poco realistas en las diversas situaciones por las que atraviesan sus hijos e hijas, con menos perspectivas en su propia evaluación del papel que juegan como padres o madres, así como con una falta de conocimiento de las necesidades de su prole. Si a ello, se le unen estados de malestar emocional, como también hemos encontrado en las familias estudiadas, aumenta y persiste este tipo de comportamientos. Finalmente, la investigación realizada por Pérez (2014) muestra también los efectos negativos de altos niveles estrés; en concreto, los datos de su ese estudio muestran como altos niveles en la subescala de malestar parental estaban asociados a una peor percepción como madres, a una mayor presencia de emociones negativas con respecto al ejercicio de su parentalidad y a un locus de control básicamente externo.

Junto a importantes dosis de estrés parental, los participantes en el estudio también se caracterizaron por mostrar altas puntuaciones de **malestar psicológico** y por tanto con una presencia significativa de indicadores negativos. En concreto, hay que tener en cuenta que siendo 8 el punto de corte para considerar que una persona tiene sintomatología clínica según la prueba GHQ-28, nuestra muestra obtuvo una media de 11,57, es decir, que son familias que muestran muchas de ellas sintomatología clínica. Así, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que entorno a la mitad de los participantes, especialmente las mujeres, sufrían un elevado número de síntomas psicológicos de acuerdo con el screening administrado. Las investigaciones apuntan que esta sintomatología hace referencia a que los adultos son más proclives a manifestaciones de ansiedad, depresión o disfunción social (Gadalla, 2009; Morrow et al., 2010; Pérez, 2014) y como estas manifestaciones pueden estar influyendo de forma concreta en los procesos de parentalidad y por tanto en los menores con las cuales se ejerce (Deater-Deckard, 2004; Porte y Hsu, 2003). En este sentido la literatura nos muestra que los padres o las madres con un malestar psicológico clínico pueden actuar de manera negligente o abusiva con sus hijos e hijas (Cerezo, Trenado y Pons-Salvador 2006), debido a las disfuncionalidades que presentan estos adultos en aspectos muy relevantes para la socialización de sus hijos e hijas, tales como, escasa flexibilidad para comprender la conducta infantil, falta de estrategias de afrontamiento adecuadas para el manejo de los menores, dificultades en el pensamiento abstracto, escasa implicación en el cuidado y la educación de los hijos e hijas (Hansed et al., 1989; Flouri, 2005; Rodrigo et al., 2008; Zurabin, 1989). Así mismo, los resultados obtenidos en este trabajo también relacionan el malestar psicológico con una menor cohesión y comunicación familiar. Sin embargo, los resultados obtenidos difieren de los trabajos anteriores en relación con el afrontamiento, ya que el malestar psicológico de las madres participantes en nuestro estudio no guardaba relación con las puntuaciones obtenidas en estrategias de afrontamiento.

Estos resultados nos indican que tenemos que tener muy en cuenta en el tratamiento que además de establecer un nivel de apoyo material, hay que encaminar la intervención hacia la modificación de la situación emocional de los padres y especialmente de las madres (porque muchas de ellas están solas) en la tarea de educar a sus hijos e hijas. Este abordaje emocional debe conllevar la disminución de la sintomatología que puedan tener sobre todo a nivel de sentimientos negativos de soledad, infelicidad, falta de perspectiva de futuro, pérdida de control, así como una escasa comunicación y contactos sociales de calidad. Es muy importante en estas familias, pues, disminuir los niveles de tristeza, ansiedad o depresión, ya que si se

mantienen en el tiempo y son demasiado intensos y frecuentes, sabemos que pueden desarrollar otras sintomatologías más graves y generar conductas desadaptativas, adictivas o alteraciones en la salud mental que ponen en peligro la salud de estos padres y madres, y por ende pueden poner en peligro el cuidado y desarrollo de los menores que tienen a su cargo (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2000; Espíndola-Hernández et al., 2006; Goldberg, 1972; Paéz, 1989). En este sentido, existen estudios que han evidenciado que la depresión suele estar presente en madres abusadoras (Lahey, et al, 1984).

En conclusión, estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de que gran parte de las familias atendidas por los ETF requieren de atención psicológica específica, pero además, las que trasvasan el límite clínico en su sintomatología deben ser atendidas también por servicios especializados de salud mental.

Los altos niveles de malestar psicológico encontrados en este trabajo mostraron estar muy relacionados con el contexto de precariedad que viven estas familias en situación de riesgo psicosocial al igual que en otras investigaciones (Magnusson y Duncan, 2002). En concreto, en este trabajo se observaron mayores niveles de malestar conforme la precariedad económica era más elevada. Ya la literatura nos indicaba como en contextos de adversidad esta dimensión está influyendo en el malestar psicológico de los progenitores y como a su vez el malestar psicológico puede influir negativamente en aspectos relacionados con el ejercicio parental, pudiendo tener consecuencias en el desarrollo de una parentalidad disfuncional (Hammer, 2003). Así mismo, como ya se expuso en capítulos anteriores, algunos autores destacan las repercusiones de esta parentalidad disfuncional en los menores, en aspectos como desordenes emocionales y afectivos de distinto orden, y en la experimentación de dificultades en su funcionamiento en áreas como el lenguaje y su comportamiento familiar y social (Pilowsky, et al., 2006). Por todo ello, es muy importante tener en cuenta estas cuestiones al trabajar con las familias y ponen de relieve la necesidad de que los equipos de tratamiento familiar se apoyen en los Servicios Sociales Comunitarios, que pueden aportar recursos materiales para cubrir las necesidades básicas (alimentación, vestimenta, material escolar, etc.) y reducir la precariedad de estas familias para que, con ello, disminuya el malestar parental y psicológico que el contexto de adversidad les está generando. Esta posibilidad de coordinación les permitiría a los ETF centrarse en los indicadores de riesgo más relacionados con las características de la familia o del propio menor. En este sentido, parece claro que en el trabajo con este tipo de familias por parte de los ETF, se requiere de programas complementarios de ayudas sociales, así como de otros programas más de corte psicoeducativo y psicoterapéuticos. En realidad, la intervención

exclusivamente terapéutica de estos equipos no sería suficiente en familias que están inmersas en contextos de precariedad (Arruabarrena, 2009; Casares, 2013; Rodrigo et al., 2008).

Finalmente, es interesante resaltar que tanto la subescala referida al malestar personal (escalas PSI-SF) que es sensible al estado psicológico de los adultos analizados, sobre todo a los síntomas depresivos o a la percepción de soledad de los progenitores monoparentales (Pérez 2014), como la escala de valoración del malestar psicológico (GHQ-28), pueden ser instrumentos de evaluación útiles tanto para posibles derivaciones a otros sistemas del Bienestar Social, como sería el de salud o de otras intervenciones de corte terapéutico que se planteen con estas familias, ya que dentro de sus competencias está su rehabilitación para que puedan abordar adecuadamente las necesidades de sus hijos e hijas.

En conclusión, las familias atendidas por los ETF muestran elevados niveles de estrés parental y malestar psicológico, lo que significa que los intentos de adaptarse los progenitores a las exigencias de la paternidad les están conduciendo a reacciones psicológicas y fisiológicas aversivas (Deater-Deckard, 2004). Las circunstancias económicas de la familia y el desarrollo de diversa sintomatología ha sido muy estudiado y evidencia que pueden dificultar el ajuste psicológico de los adultos (Gadalla, 2009; Marín et al., 2013; Pérez, 2014). Estos desajustes están relacionados con sintomatología depresiva, de ansiedad o de disfunción social en estos contextos de precariedad (Gallana 2009; Morrow et al., 2010), llevando a los progenitores a un comportamiento no favorable para con sus hijos e hijas, y a unas estrategias educativas y de cuidado poco adecuadas, que incluso pueden ser abusivas o negligentes (Cerezo, Más, Simó, 1998; Ethier et al, 1995; Flouri, 2005; Rijlaarsdam et al., 2013).

Por otro lado y en relación con **las estrategias de afrontamiento** que estas madres y padres utilizaban, éstas deben entenderse como un esfuerzo de estos padres y madres a nivel cognitivo y comportamental de manera continua para minimizar, dominar y/o controlar a las demandas internas y/o externas generadoras de estrés (Sánchez-Cánovas, 1991; Lazarus y Folkman., 1984; Sandín, 2003). En cuanto al análisis de la utilización de diversos tipos de estrategias, los resultados pusieron de manifiesto que las más utilizadas fueron las centradas en las emociones. Es decir, las madres y padres participantes en el estudio optaban de una manera más destacada por la búsqueda de apoyo emocional o por la aceptación de las emociones, seguido de la utilización de estrategias centradas en los problemas, y en último lugar, las estrategias de evitación. Estos resultados no se corresponden con otros estudios realizados con

esta población, ya que es el afrontamiento centrado en el problema el tipo de estrategia que se utiliza principalmente (Pérez, 2014).

La utilización de estrategias centradas en la emoción guardó relación con la estructura familiar y los ingresos percibidos en el hogar. Estos resultados nos hacen pensar que estas familias que centran más su afrontamiento en las emociones pueda ser debido a que piensen que no es posible modificar la situación que provoca las dificultades, o bien porque creen que no tienen que modificarla y por ello se centran más en sus sentimientos acerca de sus pensamientos y conductas, aceptando sus emociones. Este tipo de afrontamiento también puede ser explicado porque la persona puede verse incapaz de hacer nada, no creyendo en sus propias capacidades para poder afrontar la situación y solo busque apoyo emocional para evitar el estrés. En este sentido, este tipo de afrontamiento centrado en las emociones parece estar más focalizado hacia la aceptación (Forsythe y Compas, 1987). En nuestro estudio, se da fundamentalmente cuando los ingresos de las familias son bajos y en familias intactas. No es de extrañar que muchas de estas familias busquen un desahogo cuando vienen a los Servicios Sociales como forma de aminorar su estrés y este apoyo les sirva para pedir ayuda que, posteriormente, les puede permitir utilizar estrategias de afrontamiento más activas y centradas en el problema.

En menor medida, los progenitores del estudio utilizaban el afrontamiento activo, la planificación y la búsqueda de apoyo social, que son estrategias centradas en el problema y más constructivas (Forsythe y Compas, 1987). En este sentido, en nuestros resultados únicamente las estrategias centradas en el problema se asociaron a unas puntuaciones más elevadas de cohesión, funcionamiento y comunicación familiar. De esta manera, las madres y padres que se centran en buscar en mayor grado soluciones a los retos que se les presentan pueden tener unos estilos familiares más dinámicos y promotores de una emocionalidad familiar positiva. Investigaciones anteriores muestran como la cohesión familiar está muy relacionada estilos activos de afrontamiento por parte de los diferentes miembros de la familia. Al contrario, aquellos progenitores que sienten una elevada acumulación de sintomatología psicológica, suelen tener familias menos cohesionadas y con un estilo comunicativo menos positivo y de calidad (Hardy, et al., 1993).

En último lugar aparecía la utilización de estrategias basadas en la evitación del estrés, las cuales suponen reducir los esfuerzos por enfrentarse directamente al suceso conflictivo (Estévez, et al., 2012) y la separación o independencia respecto del estresor (Roger et al., 1993),

por lo que las prácticas de desahogo de las emociones, la desconexión conductual y la desconexión mental fueron las menos utilizadas. Aunque no fue lo más habitual, la utilización de estas estrategias de evitación parece que puede producir desajustes físicos y emocionales, y que estos favorezcan la aparición de altos niveles de ansiedad y depresión, conductas disruptivas, bajo afecto positivo e incluso mala salud física. Por tanto, la utilización de estas estrategias puede provocar mayores niveles de gravedad para ellas mismas y para su prole (Bhar, Brown y Beck, 2008; Lazarús y Folkman, 1986; Littleton, Horsley, John y Nelson, 2007).

Por otro lado, los contrastes realizados entre esta dimensión psicológica y la trayectoria de intervención mostraron que la valoración de los técnicos y técnicas de ETF sobre la evolución de las familias era más favorable cuando éstas utilizaban en menor medida las estrategias de evitación, ya que esto significa que estas familias se incorporaban mejor al proceso de tratamiento. Evitar este proceso es característico de las familias no colaboradoras y por tanto sin muchas posibilidades de modificar su situación. Así mismo, esta circunstancia evitativa se relacionó con un menor periodo de situación de desempleo. Esta cuestión puede ser debida a que periodos de desempleo menores no hacen que estas familias acudan a los dispositivos asistenciales para solicitar y aceptar ayudas y, por tanto, a poder también abordar posibles dificultades en relación con su ejercicio de la parentalidad.

Esta dimensión es la única que no sigue el patrón de las demás dimensiones en relación al estrés parental, es decir, que las estrategias que utilizan estos padres centradas en la emoción (y aunque en menor medida centrada en el problema), no se encuentran relacionadas con un menor o mayor nivel de estrés. En este sentido, estos datos están relacionados con otros estudios que muestran la inconsistencia de la relación entre estrés parental y afrontamiento (Eisengart, Singer, Fulton y Baley, 2006; Pérez et al. 2014). Se podría pues pensar que la puesta en funcionamiento de determinado tipo de estrategia de afrontamiento no presupone por sí misma un manejo adecuado de estas estrategias (Boss, 1988). Sin embargo, el afrontamiento puede llegar a convertirse en un factor protector en las situaciones de riesgo y/o maltrato que presentan estas familias (Boss, 1988, Little, et al. 2004), incluso hay autores que consideran que la forma de afrontar el estrés guarda relación con el bienestar psicológico y la salud (Folkman et al.; 1987). En este sentido ya analizamos en el capítulo cuatro el modelo de estrés y afrontamiento asociado al maltrato infantil de Hilson y Koupiar que planteaba como los progenitores podían responder a las situaciones estresantes con estrategias de afrontamiento desadaptativas para con sus hijos e hijas, lo que podía desembocar en negligencia (retirada

conductual, retirada cognitiva, supresión de actividades) o maltrato (focalización en el estado de irritabilidad y descarga emocional).

En último lugar, discutiremos los resultados obtenidos en relación a la **dinámica familiar**, lo que nos permitirá completar la visión del perfil psicosocial de las familias atendidas por los ETF. Las personas participantes en el estudio obtuvieron puntuaciones moderadas tanto en la puntuación total de funcionamiento familiar como en los tres componentes analizados: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Asimismo, guardando un cierto paralelismo con los resultados relativos a las otras dimensiones psicológicas analizadas, el sexo y la edad del menor, así como el número total de hijos mostraron guardar relación con las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar (y por tanto, con el funcionamiento familiar), obteniendo resultados más positivos en funcionamiento familiar aquellas familias con niñas, con hijos/as más mayores y con un número total de hijos más alto. Así mismo, y ya específicamente en la adaptabilidad familiar, también se encontró relación con la edad de los adultos. Posiblemente este resultado pueda tener que ver con la acumulación de experiencias que como padres han adquirido con el tiempo. Por último, y en relación a la cohesión familiar con respecto al nivel de riesgo según la valoración de los técnicos, los resultados obtenidos mostraron que altas puntuaciones de estas familias en esta dimensión se relaciona con una menor percepción del grado de riesgo por parte de los técnicos.

En términos generales, el funcionamiento familiar en este trabajo ha mostrado estar relacionado con las otras tres dimensiones estudiadas, estrés parental, malestar psicológico y afrontamiento. De esta manera, un elevado estrés parental se asoció con valores negativos en la cohesión y comunicación familiar, así madres y padres especialmente estresados experimentarán un contexto familiar con bajos niveles de conexión emocional y con un grado de comunicación de poca calidad. Con respecto a las dimensiones que forman el estrés familiar: malestar parental, interacción disfuncional progenitor-menor y percepción niño/a difícil, se observó que esta última no se relacionó con la dinámica familiar, por lo que este aspecto del estrés no estuvo asociado con las interacciones que se producían en el interior de la familia. Al contrario, el grado en que los padres y las madres consideraban que el hecho de ejercer la parentalidad era especialmente molesto, estuvo relacionado con, de nuevo, la cohesión emocional de la familia y el tipo de comunicación que se desarrollaba en el seno familiar, siendo éstas especialmente negativas. En la misma línea se encontraban aquellos progenitores que consideraban que la interacción con sus hijos era complicada; este hecho se asoció con bajas puntuaciones en el funcionamiento familiar. En definitiva, el que la dinámica familiar se

caracterice por el apoyo emocional y afectivo entre sus miembros y sea así percibido por ellos/as, fomenta que los padres o las madres ante situaciones de estrés y en circunstancias contextuales y personales adversas, puedan responder ante sus hijos e hijas de forma más adaptativa, amortiguando y moderando los efectos perjudiciales que el estrés parental pueda producir en el funcionamiento psicológico de los progenitores e interferir en su propia salud (Coyl, Roggman y Newland, 2002; Deater-Deckard, 2005). Por otro lado, En este sentido, el clima emocional de la familia es un buen predictor del ajuste y desempeño positivo de las funciones parentales.

Por otro lado, y con respecto a las estrategias de afrontamiento, únicamente las estrategias centradas en el problema se asociaron a unas puntuaciones más elevadas de cohesión, funcionamiento y comunicación familiar. De esta manera, las madres y padres que se centran en buscar en mayor grado soluciones a los retos que se les presentan muestran unos estilos familiares más dinámicos y promotores de una emocionalidad familiar positiva. Al contrario, aquellos progenitores que sentían una elevada acumulación de sintomatología psicológica se encontraban en familias menos cohesionadas y con un estilo comunicativo menos positivo y de calidad.

Tener en cuenta el funcionamiento familiar en este tipo de familias, y sobre todo la dimensión de cohesión familiar, es muy importante ya que las investigaciones nos apuntan que una buena cohesión familiar, aun en situaciones de gran adversidad o pobreza, pueden promover la resiliencia del sistema ante entornos de pobreza (Vandsburger, et al., 2008), de violencia e incluso en abuso de sustancias (Zolkoski y Bullock, 2012). En este sentido, el funcionamiento familiar, sobre todo la dimensión de cohesión familiar (el apoyo afectivo entre los miembros de la familia) es un amortiguador clave en familias sometidas a circunstancias especialmente adversas. Incluso hay autores como Hardy et al., (1993) que manifiestan que es muy relevante esta dimensión a la hora de explicar la utilización por los distintos miembros de la familia de una gran variedad de estrategias activas de afrontamiento como respuesta para solucionar sus dificultades.

Podemos concluir la descripción del perfil de las familias en situación de riesgo psicosocial atendidas por los ETF como un colectivo específico caracterizado por presentar una gran cantidad de factores adversos, tanto personales como contextuales, generándoles esta situación niveles importantes de estrés y malestar psicológico, lo que les dificulta para realizar un buen ejercicio de su parentalidad. Y como ya ha quedado claramente expuesto en muchas

investigaciones, la falta de competencias parentales está asociada a situaciones de riesgo y a malos tratos infantiles (Rodrigo, et al, 2008; Barudy y Dantagnan, 2009). Sin embargo, un nivel de estrés moderado, con una capacidad de respuesta y afrontamiento hacia estas dificultades puede ser adecuado junto a un funcionamiento familiar óptimo, les permitirá resolver más adaptativamente las necesidades de los menores evitando así situaciones de riesgo y o maltrato y por tanto dejando atrás la desprotección y el desamparo.

9.2. Perfiles de familias que se asocian con mejores resultados en la intervención desarrollada por los ETF.

Conocer las características de los contextos familiares en las que viven los participantes de este estudio y explorar algunas dimensiones psicológicas individuales y sus dinámicas familiares, nos da un marco del perfil compartido de las familias que atienden los ETF. Así, como hemos venido analizando, se trata de un colectivo que se enfrenta a condiciones complicadas y difíciles, acumulando una gran cantidad de situaciones estresantes (desempleo, inestabilidad laboral, precariedad económica etc.) y que muestran dificultades personales y familiares que dificultan el cuidado de sus menores, situándoles en muchos casos en situaciones de riesgo y/o maltrato. Sin embargo, no podemos concluir que estas familias en riesgo a pesar de que tengan unas características comunes constituyan un colectivo homogéneo (Martín et al., 2004; Menéndez et al. 2010, 2012; Rodríguez, et al., 2006; Pérez et al. 2014). La heterogeneidad de las familias en situación de riesgo psicosocial también se hace evidente en este trabajo, que nos muestra perfiles diferenciados en función de las dimensiones psicológicas estudiadas y su relación con su historial de intervención, su nivel de riesgo y su implicación en el Programa, permitiéndonos mostrar una tipología de familias atendidas por los ETF.

Por ello en este apartado se discutirá, por un lado, la relación entre las dimensiones psicológicas estudiadas y como éstas se relacionan con el desarrollo y evolución de la intervención realizada por los ETF y, por otro, los resultados que nos han permitido identificar una tipología entre los usuarios/usuarios de los ETF atendiendo también a las dimensiones estudiadas.

9.2.1. Dimensiones psicológicas estudiadas y su influencia en el desarrollo y la evolución de la intervención desarrollada por los ETF.

Como se ha descrito en el apartado de resultados, se llevaron a cabo una serie de análisis para explorar la evolución y el desarrollo durante el proceso de la intervención con las familias atendidas por el ETF y su relación con las dimensiones estudiadas para explicar en qué medida la cooperación con el plan del caso, el nivel de riesgo y la evolución de las familias en función de las dimensiones psicológicas elegidas para este trabajo dan respuestas a los objetivos planteados. Los resultados de estos análisis favorecen la comprensión de las puntuaciones de estas tres dimensiones, claves para trabajar con estas familias. En primer lugar, se halló que la colaboración familiar se encontraba influida por las estrategias de evitación que los progenitores utilizaban para afrontar el estrés, así una menor evitación suponía una mayor cooperación con el ETF. Además, y en cuanto a la segunda variable elegida para su estudio, se pudo observar que tanto dimensiones individuales del progenitor como de las dinámicas familiares podrían explicar el grado de riesgo que mostraban estas familias. Concretamente, una pobre cohesión familiar, por un lado, y una acumulación relevante de sintomatología psicológica, podrían acrecentar el nivel de riesgo familiar, por lo que la intervención en estas dimensiones psicológicas puede ser relevante a la hora de trabajar con las familias.

Estos análisis también pusieron de manifiesto que las estrategias evitativas explicaban otra de las variables claves del desarrollo de la intervención: la evolución a lo largo de los meses de cada caso. Ya veíamos en la literatura como un estudio longitudinal realizado por Holahan y Moos (1987) sobre el estilo evitativo ponía de relieve que esta estrategia de afrontamiento a largo plazo puede ser ineficaz para manejar situaciones vitales complicadas. Así, un mayor número de estrategias evitativas impedían un pronóstico favorable si este tipo de estrategias se mantiene a lo largo del tratamiento, mientras que un menor número de estrategias evitativas favorecía un mejor pronóstico de las familias en la evolución del caso, fundamentalmente porque este tipo de afrontamiento reduce la colaboración familiar, que es un indicador de conciencia del problema y de motivación clave para que la familia se involucre en su propia recuperación. En este sentido, el estilo de afrontamiento se convierte en un buen indicador tanto de la colaboración de la familia como de la propia evolución del tratamiento, ya que si el afrontamiento es evitativo hace que las familias sean difíciles de tratar y su vinculación con el tratamiento en muchos casos sea escasa, con lo que difícilmente su evolución es positiva. Así, las familias que afrontan sus dificultades y están centradas en el problema no solo son las más colaborativas, sino las que presentan una mejor cohesión y comunicación familiar. A raíz de estos resultados, podemos concluir que trabajar el estilo de afrontamiento de los progenitores

de estas familias es esencial, ya que promover en ellos estrategias activas y constructivas puede favorecer la eficacia y el éxito del tratamiento.

Por otra parte, una mayor adaptabilidad explicaba una mayor percepción de riesgo por parte de los profesionales. Aunque parezca contraproducente, se debe señalar que la adaptabilidad de la familia (cambios de roles, de estructuras de poder, y de las reglas relacionales) se pone en marcha en respuesta al estrés situacional. En este sentido, un exceso de adaptaciones familiares puede ser indicador de una alta presencia de situaciones problemáticas que afectan gravemente al equilibrio del sistema familiar (homeostasis) y por ende al bienestar infantil (Garrido y Grimaldi, 2009). Muchos cambios demasiado rápidos e incluso incontrolados pueden resultar en determinadas tipologías de familias, como las caóticas (Olson et al. 1983; Smith, 1996; Vielva et al. 2001; Rodrigo, et al., 2008) poco favorables para la salud familiar (Smith, 1996). Este resultado está en relación con otras investigaciones que especifican que las familias en riesgo psicosocial presentan un uso inconsistente del poder, la existencia de reglas cambiantes o límites extremadamente rígidos (Parr, 2000); y sin embargo, se aleja de otras investigaciones realizadas con familias en riesgo psicosocial donde la adaptabilidad de las familias muestran una variabilidad reducida (Jiménez, 2009), incluso más reducida aún en investigaciones realizadas fuera de España (Ben-David y Jurich, 1993; Smith, 1996).

9.2.2. Variabilidad de perfiles familiares entre los usuarios/as de los ETF

Como hemos ido analizando a lo largo de todo este trabajo, las familias en situaciones de riesgo no constituyen un colectivo homogéneo, y aunque tengan características comunes en relación con sus contextos de adversidad, cuando analizamos diversas dimensiones psicológicas individuales, éstas nos muestran perfiles diversos que se relacionan a su vez con sus propios niveles de riesgo en relación con el ejercicio de su rol parental. En este sentido, los estudios empíricos disponibles han dejado patente esa heterogeneidad (Arruabarrena y de Paúl 2002; Arruabarrena, 2009; Menéndez et al., 2012; Rodrigo et al 2008; Pérez, 2014). En esta línea y con el objetivo de analizar las dimensiones psicológicas de una manera más compleja, en este trabajo de Tesis Doctoral se decidió explorar perfiles de progenitores y progenitoras de acuerdo a las características individuales que presentaban. Para ello, se seleccionaron el estrés parental, el malestar parental y las estrategias de afrontamiento como dimensiones claves para identificar grupos o perfiles diferenciados de progenitores. Los resultados obtenidos nos mostraron la

aparición de tres grupos lo que evidencia en línea con las investigaciones anteriores, que efectivamente estas familias no son homogéneas y presentan necesidades muy diversas a las cuales se tendrían que ajustar las intervenciones que se realicen con las mismas desde un nivel especializado (Ayoub, Willett y Robinson 1992; Garrido y Grimald, 2009; Hidalgo, et al 2010; Rodríguez et al 2006).

A continuación se resumen las características más definitorias de los tres tipos de familias identificadas en base a los análisis realizados:

➤ **Progenitores eficaces y ajustados:** Este grupo acaparó las mejores puntuaciones en las diferentes dimensiones evaluadas, es decir, se trataba de progenitores que mostraban los menores niveles de estrés parental, los menores niveles de malestar parental y malestar psicológico y sus estrategias de afrontamiento estaban más centradas en el problema. En el apartado de dinámica familiar, estas familias se caracterizaban por mejores puntuaciones en cohesión y comunicación familiar, presentando un perfil más satisfactorio en las dinámicas familiares, especialmente cuando se las comparan con otros grupos más desajustados. Así mismo, especialmente destacó la evaluación que hacían de ellos los técnicos y técnicas del ETF, es decir, los propios profesionales percibían un perfil más satisfactorio, con un nivel de riesgo menor, con un buen reconocimiento de sus dificultades y con un nivel colaborativo y motivacional adecuado. Tanto es así, que el número de menores no retirados de estas familias era especialmente superior en comparación con los otros grupos de progenitores identificados.

➤ **Progenitores activos y límites:** Estos progenitores pertenecían a un grupo en el que las puntuaciones en malestar psicológico era especialmente moderada y desplegaban un número considerable de estrategias de afrontamiento (evitación incluida) y por tanto son familias que podemos considerar activas aunque desconocemos la efectividad de sus estrategias. Este es un perfil complejo, con sus fortalezas y debilidades. Los análisis realizados para ver la relación existente con las dimensiones relativas a la relación con SS.SS. y las dimensiones familiares, por ejemplo, no alcanzaban las evaluaciones positivas de los técnicos en comparación con el primer grupo pero sí se diferenciaban del tercero al tener menos menores señalizados.

➤ **Progenitores evitativos y clínicos:** El último grupo obtuvo las peores puntuaciones en cuanto a su malestar psicológico y una clara presencia de sintomatología clínica, lo que afecta a su malestar parental y aumenta su estrés en el ejercicio de su rol de cuidado para con sus menores. Así mismo, muestra un peor perfil en cuanto a la relación SS.SS. y a la dinámica familiar. En este sentido, se trata de familias que mostraron bajas puntuaciones en la dinámica

familiar en comparación con los demás grupos y los técnicos de ETF las consideraban en situación de mayor riesgo. Cabe destacar que el mayor número de menores retirados procedían de madres y padres de este perfil.

Por último, es interesante después de haber analizado la variabilidad de perfiles familiares que se dan entre los usuarios de los ETF en función de las distintas dimensiones psicológicas estudiadas, destacar que se ha querido dar un paso más con el objetivo de incorporar directrices prácticas a los profesionales que atienden estas familias como son los ETF, ya que estos resultados aportan información muy útil sobre cuáles deben ser los objetivos de la intervención. Estos objetivos deben buscar la especificidad del tratamiento en función de los perfiles que presentan estas familias. Ya no podemos realizar intervenciones homogéneas, ya que la multiplicidad de dificultades y peculiaridades que tienen estas familias deben ser evaluadas, para que las respuestas estén ajustadas y adaptadas, y podamos obtener mejores resultados (Arruabarrena, 2009; Rodrigo et al, 2008; Pérez 2014). En este sentido, se realizó un análisis de regresión logística multinomial como hemos descrito en el capítulo ocho introduciendo además de las dimensiones anteriormente descritas, las variables relacionadas con el papel de la toma de conciencia de los problemas y la motivación para resolverlos (ambos aspectos que pueden trabajarse), con el fin de que los resultados obtenidos expliquen cómo los progenitores podrían pasar de un grupo a otro grupo más ajustado de la tipología identificada si puntuaran más o menos en estas variables.

Concretamente y en relación al reconocimiento de los problemas, una madre o un padre que alcanzara una mayor puntuación en la toma de conciencia de las dificultades familiares, pasaría de ser una progenitora **activa y límite** a una madre eficaz y ajustada. Igualmente, una madre que alcanzara un punto menos en la motivación por resolver estas dificultades, pasaría de ser una progenitora **activa y límite** a una madre **eficaz y ajustada**. Aunque este último dato parezca contradictorio, se debe señalar que las madres **activas y límites** ponen en marcha una elevada tasa de acciones (en frecuencia y en variedad), en comparación con las madres **eficaces y ajustadas**, por lo que este resultado no está centrado en “desmotivar” a las madres para ser más eficaces, sino en redirigir estas acciones promoviendo que su afrontamiento sea más efectivo. Por otra parte, además de promover el reconocimiento de las dificultades para que esta consciencia les permita adquirir un perfil eficaz y ajustado, hay que estar muy pendiente del ámbito emocional, ya que recordemos que muchos de estos progenitores están en unos niveles próximos a una sintomatología clínica, e intervenir preventivamente puede mejorar sustancialmente su rehabilitación, conllevando una reducción

del riesgo. Como es bien conocido, mantener unos niveles elevados de emociones negativas durante un tiempo prolongado y de manera frecuente puede provocar que el bienestar psicológico de vea alterado, dando lugar a limitaciones en la vida del individuo y en su capacidad de respuesta al medio que le rodea, sobre todo, al más próximo como es su familia (Cano-Vindel y Miguel-Toval, 2000).

Por tanto, una intervención con los padres etiquetados como “activos y límite” en estas dos dimensiones, es decir, favoreciendo la toma de conciencia de la/s problemática/s y promoviendo una actitud proactiva y eficaz para resolverlo, facilita que los progenitores puedan mejorar y presentar las características del grupo que presenta mayores niveles de ajuste.

Por otra parte, además de profundizar en el conocimiento de la variabilidad de perfiles familiares existentes entre las familias atendidas por los ETF, sería necesario analizar cuáles son los recursos que se adaptan mejor a cada uno de estos grupos para conseguir una recuperación óptima en el ejercicio de su parentalidad y en la reducción del daño que se les ha podido producir a sus hijos e hijas. La modalidad de intervención que requieran (individual, grupal o ambas), así como el tipo de Programa (socioeducativo, psicoeducativo, psicológico, de reeducación, rehabilitadores o de recuperación familiar) se hace imprescindible tenerlo en cuenta para que el tratamiento se ajuste a las necesidades de la familia y de los menores. Esta cuestión aún está muy poco desarrollada e incluso podemos decir que en los Servicios Sociales Comunitarios y en el Servicio específico de los ETF existen muy pocos Programas de preservación familiar que estén definidos para las familias en situaciones de riesgo y/o maltrato, desde un enfoque de parentalidad positiva tal y como establece la recomendación del Consejo de Europa (2006) sobre el apoyo a las familias para garantizar un desempeño positivo de su parentalidad. En realidad, actualmente los ETF trabajan con muy pocos recursos externos de apoyo a su propia intervención.

En definitiva, a partir de los resultados obtenidos podemos concluir que se hace patente que estas familias en riesgo psicosocial presentan un contexto de precariedad y de acumulación de situaciones adversas común a todas ellas, pero además son como hemos analizado heterogéneas en cuanto a sus perfiles psicosociales y por tanto es necesario conocer sus características específicas para así poder mejorar las intervenciones ajustándolas a sus diferentes necesidades.

9.3. Orientaciones y recomendaciones prácticas.

La creación de los ETF supuso un giro en las políticas de protección infantil en Andalucía. Fue una apuesta decisiva por poner a disposición de las familias con menores en riesgo moderado y/o grave un tratamiento específico e integrador que posibilitara una rehabilitación a los progenitores y/o tutores de estas familias, siempre con la mirada puesta en evitar la separación del menor de su medio, es decir, impedir la toma de una medida de desamparo. Como ya se ha descrito anteriormente, es en el medio donde deben de desarrollarse los menores en todos los casos y, si es posible, con sus propias familias. Para ello, las administraciones públicas son las encargadas de promover todos los recursos posibles para garantizar la protección de los niños, niñas y adolescentes, y promover sus derechos fundamentales teniendo siempre presente el supremo interés de los menores.

En este sentido y en el marco de este nuevo escenario, los Servicios Sociales tienen que nutrirse de un despliegue de Programas promocionales y preventivos que apuesten por la preservación familiar, el fomento de actuaciones dirigidas a potenciar la parentalidad positiva y el trabajo con las competencias parentales que es lo que va a permitir reducir los factores de riesgo que presentan estas familias y fomentar y aumentar sus fortalezas. En este sentido, se ha dejado atrás el trabajo puramente asistencialista y centrado exclusivamente en las situaciones de desamparo para introducirnos en un marco mucho más abierto y amplio de trabajo, que debe ser resultado de la colaboración de todos los agentes implicados en la protección de los menores y centrando la atención más en los propios recursos de las familias que se atienden que en sus dificultades y disfuncionalidades, utilizando a la propia familia como propio recurso generador de cambio (Garrido y Grimaldi, 2009).

En este apartado, fruto tanto por el conocimiento en mayor profundidad del perfil de estas familias como del análisis de las dimensiones psicológicas estudiadas, se exponen algunas ideas y orientaciones prácticas a partir de los resultados obtenidos y que pueden resultar útiles para la mejora de la intervención, dando con ello respuesta al cuarto objetivo general de esta Tesis doctoral **“Contribuir a la mejora de la intervención familiar que desarrollan los ETF”**. Por otra parte, recogemos algunas propuestas para las instituciones encargadas de la protección y atención a los menores con la intención de subrayar aspectos que siguen siendo claves para la mejora del Programa de Tratamiento Familiar con menores.

9.3.1. Orientaciones y propuestas para mejorar las intervenciones con las familias en situación de riesgo psicosocial desarrolladas por los Servicios Sociales y los ETF.

En primer lugar y teniendo muy presente el modelo ecosistémico de Barudy y Dantagnan (2009) y su ecuación de los Buenos tratos, la situación de adversidad que rodea a estas familias hace necesario arbitrar medidas de apoyo a las familias y sus menores a través de los Servicios Sociales Comunitarios en particular y de la sociedad en general. La tipología de estos apoyos necesarios debe ser amplia y diversa, incluyendo ayudas materiales, recursos educativos y terapéuticos. En esta línea, Martín (2005) identificaba ya los siguientes recursos de apoyo a la familia que deberían ofrecerse desde los Servicios Sociales Comunitarios y los Equipos de Tratamiento Familiar:

- Ayudas económicas, sobre todo, aquellas que permitan el acceso a la vivienda.
- Ayudas a domicilio para las tareas doméstica; guarderías o centros de atención de día para menores.
- Atención extraescolar, refuerzo escolar y actividades de ocio; es decir, trabajo educativo con los progenitores y con los menores.
- Educador familiar a domicilio para el asesoramiento en el cuidado de los niños (higiene, alimentación y salud) y sostén de la organización doméstica y económica.
- Programas de capacitación laboral; ayuda a la búsqueda de empleo y formación en las habilidades para hallarlo a través de itinerarios personalizados.
- Tratamientos de toxicomanías (alcohol, drogas).
- Tratamientos psicoterapéuticos para problemas de convivencia.

A estos servicios de apoyo se les pueden añadir otros recursos más específicos para problemáticas concretas, tanto de carácter terapéuticos como de mediación familiar (separaciones conflictivas, violencia, comportamientos disruptivos etc.). Por último, se hace necesario el fomento de las redes de apoyo social, tanto formal como informal, porque estas familias van a requerir de las mismas para poder cubrir sus necesidades.

Así mismo, los Servicios Sociales Comunitarios deben de valorar los tiempos que una familia debe permanecer en servicios previos a los ETF. Estos tiempos tienen que definirse y evitar la cronificación de las situaciones de riesgo. En este sentido, la utilización del Valórame, tal como especifica el instrumento, tiene que ser obligatoria y debe estar incorporado en la organización entre los diferentes niveles de intervención (SSCC, ETF, SPM), especificando además el establecimiento de acuerdos entre los servicios, las presentaciones de la familias y los motivos de su canalización o derivación, así como todas aquellas cuestiones que faciliten la incorporación de las mismas al servicio que corresponda por su nivel de riesgo valorado.

Además y más allá de los apoyos que se requieren desde los Servicios Sociales Comunitarios, este trabajo ha permitido profundizar en los procesos psicológicos que subyacen en estas situaciones de riesgo y maltrato. Por ello, el análisis de las dimensiones estudiadas en esta Tesis también nos aporta aspectos a tener en cuenta en las orientaciones prácticas para la intervención con estas familias.

En este sentido, podemos concluir que el estrés parental y el malestar psicológico son dimensiones individuales sensibles a la intervención y de gran importancia durante el tratamiento, ya que están relacionadas con un mejor o peor desarrollo de los menores. En este sentido, los profesionales deben estar atentos a las mismas para identificar cuando hay que intervenir para poder reducir tanto la percepción de desbordamiento en el ejercicio del rol parental como en la reducción de posibles sintomatologías que muchas de las madres de estas familias experimentan y que les impide tener un ejercicio adecuado de su parentalidad. Para ello, es de vital importancia la evaluación de los niveles de estrés y malestar psicológico de los progenitores que se incorporan a la intervención desarrollada por los ETF, para que les sirva como línea base de partida y poder determinar qué tipo de intervención y que recursos necesitan en relación a estos aspectos.

Así mismo, el estilo de afrontamiento que utilizan estos progenitores también puede ser optimizado y redirigido a una manera de afrontar las dificultades más adaptativa y más eficaz en relación a las respuestas que los menores necesitan para la satisfacción de sus necesidades básicas y para su desarrollo, sobre todo en contextos de adversidad, donde la prioridad de los recursos básicos está primando, haciendo en muchos casos olvidar las necesidades de los menores de atención, reconocimiento, cuidados, etc. Para ello, el establecer sesiones de reeducación familiar puede ayudar a prevenir y evitar situaciones ante las cuales los

progenitores no saben cómo responder y les permite adquirir conocimientos y estrategias para poder dar respuestas más controlables y más centradas en el problema que se les presenta.

Por último, en estas conclusiones no podemos olvidar la importancia del funcionamiento familiar como una matriz comprensiva de la salud familiar (Olson et al, 1979). Por ello, una de las orientaciones clave es que el trabajo con estas familias tiene que ir dirigido al fomento de una dinámica e interacción positiva en el hogar, siendo necesario establecer estrategias que fomenten y fortalezcan la unión entre los miembros de la familia. La cohesión familiar es una fortaleza y un factor de protección de estas familias, por ello intervenciones de mediación familiar, de apoyo en determinados conflictos intergeneracionales, se convierten en muy necesarios para restablecer un buen clima familiar.

Por otro lado, no debemos perder de vista a aquellas familias donde se están produciendo excesivos cambios, ya que la flexibilidad ante los mismos puede ser positiva siempre que no sean demasiados y la familia pueda asumir y adaptarse a los mismos al tiempo que van apareciendo. Cuando los cambios se precipitan y el equilibrio familiar entra en crisis, el seguimiento familiar debe ser más continuo por parte del ETF, de forma que los profesionales aporten el apoyo necesario que les ayude a planificar las respuestas que poco a poco se tienen que ir dando para restablecer el sistema familiar de una forma adaptativa para todos los miembros, especialmente para los menores.

Por último, la heterogeneidad encontrada en torno a las dimensiones individuales (estrés, malestar psicológico y afrontamiento) hace necesario la evaluación psicológica inicial de estas familias, evaluación que debería ser un requisito absolutamente indispensable antes de desarrollar una planificación del tratamiento. En este sentido y como hemos descrito algunas páginas atrás, es posible diferenciar tres tipos de perfiles familiares en relación a las dimensiones estudiadas. Esta cuestión supone abrir algunas líneas a tener en cuenta en la intervención con estas familias, permitiéndonos una detección temprana y por tanto más preventiva, al mismo tiempo que nos permite planificar la intervención de una manera más ajustada y eficaz.

En este sentido y analizando las características específicas de cada uno de los perfiles familiares identificados, sugerimos tener en cuenta en la intervención con cada uno de estos tipos de familias las cuestiones que se describen a continuación.

Intervenciones dirigidas a los Progenitores eficaces y ajustados.

El perfil **Progenitores eficaces y ajustados** requeriría de una intervención más relacionada con actuaciones y programas de corte psicoeducativo con el objetivo de fortalecer las habilidades parentales y las dinámicas familiares entre sus miembros, sobre todo, para conseguir una autonomía y una competencia adecuada y ajustada a las necesidades y cuidado de sus hijos e hijas. Este tipo de programas se tienen que centrar en apoyar y formar a los progenitores para ser competentes parentalmente, es decir, que estos padres tengan la capacidad para generar y coordinar respuestas de comunicación, afecto, cuidado, estimulación, cognición y comportamiento con sus hijos e hijas, y que estas respuestas sean adaptativas y flexibles ante las diversas demandas que el proceso de socialización requiere. De esta forma, padres y madres podrán cumplir satisfactoriamente sus funciones educativas y, con ello, garantizar la protección y el adecuado desarrollo de los menores (MacLeod y Nelson, 2000). Para ello, hay que promover que los progenitores aprendan a generar estrategias de afrontamiento que se ajusten a las necesidades planteadas y aprovechen las oportunidades que se les brinden. Estos programas no necesariamente tienen que ser de carácter individual, es más, un trabajo de tipo grupal tiene importantes beneficios, podría ayudarles y estimularles a llevar a cabo estrategias que aún no han puesto en práctica o bien a incorporar estrategias nuevas para un mejor afrontamiento de sus dificultades en las tareas educativas de sus hijos e hijas, además de que podría servirles como fuente de apoyo emocional al estar con otros padres que se enfrentan a dificultades parecidas.

En este sentido, los objetivos de intervención con este grupo de progenitores deberían centrarse en el fomento de las habilidades y competencias parentales (mejorar las habilidades de detección de necesidades de los hijos e hijas, mejorar el estilo educativo de los progenitores, conocer las características del desarrollo infantil, conocer pautas para abordar los cambios en el ciclo vital de los hijos e hijas, dotarlos de estrategias para afrontar dificultades que se pueden presentar en la interacción con los menores tales como sueño, miedos, rabietas, llanto, etc.), así como de desarrollo personal (fomento de la autoestima, control de las emociones, satisfacción con el rol de padre o madre, resolución de conflictos etc.) y social (conocimiento de las redes de apoyo, saber buscar ayuda y confiar en las instituciones como fuente de apoyo, etc.). En definitiva, se trata de ayudarles a construir su propio rol como madres y padres para que se responsabilicen y puedan percibir que sus acciones dependen de ellos mismos (locus de control interno). Para estos programas de corte psicoeducativo, la literatura nos muestra que está muy indicado que se utilice una metodología experiencial (Máiquez, Rodrigo Capote y Vermaes, 2000; Rodrigo et al, 2008).

Además de intervenciones de carácter psicoeducativa, los grupos de autoayuda también serían aconsejables en esta tipología de familias. La importancia de la motivación grupal para superar problemáticas individuales está ampliamente demostrada.

Por otro lado, es además importante en este grupo mantener ese nivel moderado de estrés que presentan, ya que les va a permitir mantener un mínimo nivel de activación para la movilización de recursos relacionados con las respuestas que tienen que ofrecer a sus hijos e hijas en el ejercicio de su parentalidad. No obstante, cuando en algunos casos se alcancen niveles clínicos de estrés y malestar psicológico, sería aconsejable complementar la intervención psicoeducativa anteriormente señalada con el Servicio de Orientación y Tratamiento Familiar, que se distingue por ser un servicio dirigido en un primer nivel a familias con problemas derivados de las relaciones de padres e hijos/as, relaciones de pareja, familia extensa etc. Son servicios que Coletti y Linares (1997) señalan como adecuados para *“aportar orientación a los padres sobre los temas relacionados con la educación de los hijos y con las crisis que su crecimiento y evolución pueden crear en el sistema de relaciones familiares”* (p. 14).

Como ya hemos señalado, el formato de intervención grupal puede ser muy adecuado para estas familias, especialmente para el desarrollo de fortalezas familiares. Estas fortalezas tienen que ver con aportaciones de la Psicología positiva. En esta línea, estimular la alegría, el humor, la comunicación, el optimismo, la autoestima, la cohesión familiar, así como fomentar valores y cuestionar creencias irracionales. Seligman (2005) propone también incrementar las emociones positivas trabajando el contacto físico, la utilización del juego, asumir papeles directivos en la determinación de normas y límites reforzando el sentido de control de los progenitores, asegurar el cariño incondicional, proponer estrategias entre los miembros de la familia donde todos ganan para evitar la rivalidad, potenciar lo que cada uno hace bien dentro o fuera de la familia, etc. Por último, el apoyo y el tratar de aumentar sus redes sociales serían también un objetivo del tratamiento con estas familias.

Intervenciones dirigidas a Progenitores límites y con afrontamiento activos.

El segundo grupo etiquetado como Progenitores límites y con afrontamiento activos está caracterizado por unos niveles de estrés más bajos que los otros grupos en relación con su rol parental. Sin embargo, la dimensión de malestar psicológico se mantenía en niveles medio en relación a la muestra que se encontraba en el límite de la sintomatología clínica. Así mismo y en relación con la percepción del ETF y comparativamente con el primer grupo, su riesgo era moderadamente mayor.

Por ello, este segundo grupo requeriría una mayor atención individualizada por parte de los ETF, ya que incluso estos perciben a las familias de este grupo como más problemáticas, mostrando un estilo pasivo. Sería muy importante en la primera fase del tratamiento fortalecer el vínculo y la alianza terapéutica entre la familia y el ETF (Escudero, 2009), así como trabajar la consciencia de sus dificultades, apoyando sus fortalezas como personas y como familia. Así, en un primer momento de la intervención los objetivos deberían centrarse en las potencialidades y capacidades de los participantes, promoviendo la verbalización de su malestar y trabajando las situaciones negativas que los progenitores perciben como problemáticas y desbordantes para desarrollar su rol como padres o madres. Asimismo, sería muy necesario trabajar sobre los factores de riesgo de los propios progenitores (ansiedad, depresión, conflictos de pareja etc.), que están incidiendo en sus hijos e hijas como una manera de reflexionar sobre ellos y así modificar sus actuaciones.

Por otro lado, son familias que utilizan los tres tipos de afrontamiento (estrategias centradas en la emoción, centradas en el problema y evitativas) y por tanto son realmente muy activas en relación con las respuestas que dan a sus menores, aunque desconocemos la efectividad de sus estrategias por lo que se debería trabajar específicamente como abordan sus dificultades, qué estrategias están utilizando y si son o no eficaces. Habría que fomentar las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en las emociones disminuyendo las estrategias evitativas. También en este grupo sería interesante que participaran en Programas específicos y especializados de apoyo familiar que les permitan por un lado fortalecer su competencia individual y como progenitores, y por otro, el fortalecer sus relaciones familiares para que puedan establecer una mayor reciprocidad entre los miembros de la familia ganando confianza y comunicación. El fomento de la cohesión familiar como ya vimos es un amortiguador del estrés y el malestar psicológico. Las intervenciones con estas familias deben de incorporar objetivos que nos faciliten que los progenitores recuperen el protagonismo y el control respecto a la educación y desarrollo de los menores que estén a su cargo, así como aspectos que conlleven la potenciación de la motivación y colaboración familiar.

Así mismo, se debería poder ofrecer a las familias de este grupo recursos psicoterapéuticos individuales para ellos y sus familias como complementarios a la intervención de los ETF (hay que tener en cuenta que estas familias están situadas en el límite en cuanto a malestar psicológico). Se trataría de servicios de Orientación y Terapia Familiar en su segundo nivel de atención para familias en riesgo psicosocial moderado. Tal y como señalan Colletti y Linares (1997), la disposición de servicios o recursos de terapia familiar *“puede ser la opción más*

indicada cuando la dependencia crónica está instaurada o cuando hay evidencias de que los recursos asistenciales no mejoran la autonomía de la familia” (p. 143).

Por otra parte, también se podría valorar la intervención en grupos multifamiliares. Estos se sustentan en la cronicidad de las relaciones disfuncionales en núcleos familiares en los que con mucha frecuencia se han intentado aplicar otras intervenciones. En todo caso, siempre habría que favorecer y proteger los recursos resilientes propios mostrándolos como fortalezas y desarrollar otras fortalezas positivas. Es muy importante que estas familias se encuentren contenidas, acogidas, no cuestionadas y comprendidas para establecer una buena alianza con los profesionales que las atienden.

Así mismo, este grupo requeriría apoyos en sus propios hogares a través de educadores familiares que les orienten en la organización y tareas propias de su rol como padres y/o madres. Este acompañamiento es un refuerzo necesario debido a los altos niveles de malestar psicológico, ya que éste les puede impedir hacerse cargo de sus menores pudiendo así caer en situaciones negligentes. En definitiva, en este grupo el tratamiento familiar debería combinar medidas sociales, psicosociales y terapéuticas.

Por último, también sería necesario fortalecer sus redes de apoyo, que en este grupo pueden ser débiles o estar muy deterioradas. La recuperación de sus redes informales (familiares, de amigos, vecinos etc.) sería de gran ayuda para estas familias ya que la red formal puede ser su única fuente de apoyo y está no debe cronificarse.

Intervenciones dirigidas a Progenitores evitativos y clínicos

El tercer grupo identificado y que hemos denominado Progenitores evitativos y clínicos presenta una importante sintomatología clínica producida por su propio malestar psicológico, lo que afecta a su malestar parental y aumenta su estrés en el ejercicio de su rol de cuidado para con sus menores. Además de intervenciones de carácter psicosocial, este grupo de familias requeriría intervenciones de tratamiento individual de corte psicoterapéutico en una primera instancia, y un seguimiento más continuo e intensivo. Así mismo, si fuese necesario, estos progenitores deberían ser derivados a los servicios de salud mental. En muchos casos es tan importante la sintomatología clínica que en un primer momento se trataría de un tratamiento individual que puede ser más o menos largo. Por ello, en este tipo de familias es muy necesario intervenciones domiciliarias en la que un educador familiar pueda complementar a las figuras parentales en las tareas para las que éstos se encuentren más limitados, permitiendo además

con ello tener un seguimiento más continuado, permanente y exhaustivo que garantice que el menor o los menores están recibiendo unos mínimos cuidados en su desarrollo hasta que estos padres y/o madres se vayan haciendo cargo de sus responsabilidades para con ellos.

Este grupo que es el de más alto riesgo, utilizan estrategias evitativas y eso probablemente hace que sean percibidos por los ETF como menos conscientes de su problemática y dificultades y por tanto con poca motivación para el cambio. Todo esto hace que sea en estos casos donde los menores están más señalizados con informes de valoración de desamparo. En este sentido, actualmente no hay mecanismos de control, como decíamos en la discusión de este trabajo, hasta que en nuestra Comunidad Autónoma no se incorpore las declaraciones de riesgo. Por ello, en este momento algunas de estas familias escapan al control del Sistema de Protección de menores (si no se consigue por parte del ETF que se incorporen al Programa) a no ser que sean muy llamativas y demostrables las situaciones que ponen en peligro al menor o los menores que tengan a su cargo.

Sin embargo y a pesar de las dificultades que presenta este grupo tenemos que entender por parte de los profesionales cuales son las razones de su no colaboración y por tanto de su resistencia al cambio, que en muchos casos puede deberse a su incapacidad para situarse frente a la realidad, utilizando estrategias evitativas que parecen útiles en la medida que reducen el estrés y evitan que la ansiedad llegue a ser excesivamente perturbadora. En este sentido, se hace necesario formación y supervisión de estos casos para buscar estrategias que van más allá de la práctica social. Se podrían incorporar estrategias de actuaciones de carácter clínico que han demostrado su eficacia y que podían trasladarse con prudencia a la práctica social, tales como las aportaciones del modelo sistémico (modelo centrado en soluciones, el modelo estratégico), el constructivismo social o los modelos con orientación cognitivo-conductual. (Arruabarrena, 2009; De Pablo, 1998; Garrido, et al., 2009)

Probablemente, lo más importante en la intervención con este grupo es poder disminuir el nivel de estrés parental y malestar psicológico de estos progenitores con el fin de que puedan pasar a niveles más moderados y con ello poder incorporarlos a actuaciones ya señaladas para el segundo grupo de familias ya expuesto.

En conjunto y en línea de todo este trabajo, hay que tener en cuenta en los tres grupos de perfiles familiares que la preservación familiar es fundamental y por tanto la finalidad principal es mantener la integralidad de la familia, evitando la separación del menor y es ahí donde deben estar dirigidas todas nuestras intervenciones. Asimismo, todas las medidas que se

adopten no sólo deben estar encaminadas a disminuir o eliminar los factores de riesgo, sino también a favorecer y potenciar los factores de protección desde un enfoque eminentemente positivo, con la finalidad última de conseguir un empoderamiento de estas familias que les permita ejercer su rol parental adecuadamente y adaptado a las necesidades de sus hijos e hijas.

Así mismo, no es posible el trabajo de los ETF sin la colaboración de todos los dispositivos que están inmersos en el Sistema de Protección. Los protocolos de coordinación son indispensables y el trabajo interdisciplinar en red de todos los agentes que intervienen en el Sistema de Protección y Atención de Menores.

Por último y tratando de resumir aspectos claves que se han recogido no solo de este capítulo sino a lo largo de todo el trabajo, se tendría que incorporar en la intervención con familias en situación de riesgo psicosocial, las siguientes cuestiones generales:

- Establecer una buena alianza con las familias. Es fundamental vincularse con estas familias para que se establezca una buena implicación y motivación de las mismas en el tratamiento. En definitiva se trata de establecer contextos de intervención basados en la confianza y la seguridad.
- Incorporar a los padres en el proceso de toma de decisiones y hacerles co-responsables del cumplimiento de los acuerdos adoptados.
- Centrar la atención más en las fortalezas y recursos familiares que en las dificultades y disfuncionalidades que presentan, utilizando a la propia familia como recurso generador de cambio.
- Trabajar con el mayor número posible de miembros de la familia (nuclear y extensa). Todos pueden ser importantes en la recuperación familiar.
- Establecer un trabajo en todos los contextos de desarrollo (familiar, social y comunitario), y valorar las intervenciones individuales cuando se requieran.
- Todas las actuaciones que se lleven a cabo tienen que partir de criterios preventivos y de preservación familiar. Los progenitores de los menores de estas familias en riesgo psicosocial deben adquirir además de recursos materiales, las habilidades y competencias necesarias para atender adecuadamente a sus hijos e hijas, así como disponer de un apoyo social de Orientación, Mediación o Terapéutico que les permita hacer frente a las situaciones de conflicto.

- Establecer un trabajo colaborativo y en red que permita una intervención integral y que conlleve un compromiso de todos los implicados en el tratamiento.
- Establecer una buena evaluación, tanto de los indicadores de riesgo como de los indicadores de protección, de las dimensiones psicológicas fundamentales, así como de las competencias parentales para establecer el itinerario del tratamiento y qué tipo de recursos y Programas requieren las familias para su rehabilitación.
- No podemos olvidar a los menores que también requerirían de una evaluación del daño que les ha supuesto el estar en situaciones de riesgo y/o maltrato, con el objetivo de establecer igualmente una intervención y tratamiento adaptado a sus necesidades.

9.3.2. Orientaciones a las instituciones encargadas de la Protección y Atención a la Infancia.

Las instituciones que pertenecen al Sistema de Protección y Atención a la Infancia y la Adolescencia tienen un papel absolutamente relevante en el buen funcionamiento del mismo, por ello es tan importante ofrecer a partir de los trabajos de investigación directrices de intervención, tanto a los profesionales que pertenecen a este sistema como a las propias instituciones donde están incorporados, con el objetivo de poder incorporar buenas prácticas. Entre ellas, especificaremos aquellas que actualmente continúan siendo fundamentales para generar un funcionamiento adecuado y eficaz para dar respuesta a los menores y sus familias. Estas son algunas de ellas:

- Continuar dando respuestas a las necesidades de formación solicitada por los ETF, así como poner en marcha procesos de supervisión que revisen el trabajo que realizan estos equipos y los propios sentimientos que acompañan su actividad profesional. Esta supervisión que los ETF reclaman sobre todo a nivel externo hace referencia al análisis de casos reales, al contraste de los marcos teóricos y conceptuales con su práctica cotidiana, a la reflexión y mejora de la tarea, la posibilidad de resolución de conflictos, etc. Estos dos procesos son necesarios para estos equipos de manera continua y permanente perciban seguridad en su intervención. Además, estas actuaciones permitirán aminorar el propio cansancio profesional, amortiguando el agotamiento y en muchas ocasiones el desánimo, la desmotivación y el cansancio que este trabajo suele ocasionar a los profesionales.

➤ La evolución del Programa tiene que ir de la mano de una apuesta firme por la continuidad del menor en su entorno familiar y para ello se requiere de una articulación de servicios y recursos que puedan ser utilizados por los ETF en función de los perfiles familiares que estén atendiendo. Servicios y recursos dirigidos al apoyo de las familias en todas sus necesidades (salud, empleo, vivienda, educación, tiempo libre etc.). No es posible la rehabilitación completa de las familias por una intervención exclusiva de los ETF. Estas familias requieren de actuaciones en todos los niveles debido a su situación de adversidad y precariedad como hemos ido viendo a lo largo de este trabajo.

➤ Sería necesario elaborar una guía de buenas prácticas en la atención de familias en situación de riesgo y/o maltrato que utilicen todos los profesionales que estén en el Sistema de Protección y Atención a la Infancia y Adolescencia.

➤ Es muy importante establecer de manera permanente encuentros conjuntos, generar grupos de trabajo y foros virtuales que potencien el trabajo colaborativo y en red del conjunto de los ETF y de estos con otros equipos del Sistema. Esta comunicación permitirá intercambiar experiencias y estrategias de intervención, aclarar dudas, establecer debates sobre procedimientos y estrategias de trabajo etc. Así mismo, se deberían promover foros específicos por perfiles profesionales (trabajadores/as sociales, psicólogos/as y educadores/as sociales) que les permitan intercambiar aspectos concretos de cada una de las disciplinas. La gestión del conocimiento es una metodología muy eficaz para la mejora de la práctica profesional.

➤ Sería necesario fomentar el trabajo en red entre los distintos agentes que intervienen con las familias y los menores. El sistema educativo, el sistema sanitario, sobre todo salud mental, el sistema judicial y las fuerzas de seguridad, junto con los Servicios Sociales, configuran un engranaje clave para estas familias. Estas instituciones tienen que intervenir con un enfoque integral y trabajar desde la interdisciplinariedad. Ambas cosas van a permitir respuestas claras, coordinadas y planificadas para responder a las necesidades de las familias. Es importante en este marco nombrar referentes del caso en cada una de las instituciones para que la interlocución entre ellas sea ágil y permita una continuidad en la intervención.

➤ Un buen conocimiento del Programa de Tratamiento a Familias con Menores en situación de riesgo se hace muy necesario para evitar derivaciones infructuosas o que no se ajustan al perfil que el Programa establece. Por otra parte, las nuevas realidades sociales (adolescentes con problemas de conducta, monomarentalidad, madres víctimas de violencia de género, violencia filioparental, entre otras) tienen que hacer posible adaptaciones del marco

teórico y programático del Programa para que puedan dar cabida a las mismas. El grado de implicación de estas instituciones deja aún mucho que desear, y en muchos casos no se responsabilizan porque entienden, a pesar de las diversas legislaciones, que son los Servicios Sociales los que tienen que dar la respuestas a estas familias y no asumen la co-responsabilidad que tienen todas las instituciones implicadas en la protección de los menores y los adolescentes. No puede ser que la coordinación, que es fundamental, siga quedando a la voluntad de los profesionales. Las instituciones siguen sin dar espacio a esta actuación tan importante para la consecución de los objetivos a conseguir en las familias con las cuales se interviene. Esperemos que con la reciente puesta en marcha de la Ley de segunda generación de Servicios Sociales de Andalucía (2017) y sus posteriores concreciones legislativas en decretos y órdenes, se recoja más específicamente la obligatoriedad de esta tarea profesional de todos los agentes que intervienen en el Sistema de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia.

➤ Por la temática a tratar, las dificultades en muchos casos de carácter legal que necesitan estas familias y la elevada presencia de casos judicializados o procedentes de ese ámbito, se requeriría incorporar a estos equipos un asesor jurídico.

➤ La difusión del Programa sigue siendo necesaria desde una perspectiva de colaboración y ayuda para las familias con las que se interviene. Es un Programa eminentemente preventivo y la comunidad y la sociedad en general debe conocer el mismo desde este nivel. Lo óptimo sería que hubiese familias que por el conocimiento del Programa pudiesen reconocer que pueden ser ayudadas por estos equipos, cuestión ésta que aún no es así, la etiqueta de que se tratan de “equipos que puede retirar al menor o los menores por situaciones de negligencia y/o maltrato” sigue estando presente en nuestro contexto andaluz actual, a pesar que cada vez más se están produciendo menos situaciones de desamparo y se trabaja mucho más en el medio donde viven los menores y sus familias. Es una labor de todos mejorar la imagen de los Servicios Sociales, entendiendo que a ellos se puede acudir a solicitar ayudas no solo de carácter material sino también por necesidades de mejorar la convivencia y el propio ejercicio de la parentalidad, con el fin de potenciar el desarrollo de sus hijos e hijas.

➤ Debido a la heterogeneidad de estas familias y a pesar de que tengan ciertas características comunes, habría que desarrollar modalidades de intervención por niveles de riesgo y tipo de dificultad o problemática. Es decir, hay que buscar la efectividad del tratamiento, desde el convencimiento de que no hay un único modelo de trabajo para todas las familias en riesgo social y/o maltrato. En estas modalidades de intervención se deben especificar las

características de las familias, las características de la intervención, los objetivos, la duración, las estrategias y modalidades así como los indicadores de evaluación del Programa. En este sentido, en nuestro país existen ya indicaciones para el desarrollo de algunas de ellas (Arruabarrena, 2009; Hidalgo, et al 2009; Rodrigo et al., 2008,), pero queda aún mucho camino por recorrer.

➤ El desarrollo e inclusión tanto de evaluaciones rigurosas de estas familias con instrumentos estandarizados como de Programas para la preservación familiar relacionados con el nivel de riesgo de las mismas y con las características del perfil que presenten en relación a sus dimensiones psicológicas, nos introduciría en un trabajo de calidad y, lo más importante, en un abordaje de una verdadera rehabilitación de las mismas, produciendo menos recaídas cuando estas familias tengan que enfrentar nuevas situaciones problemáticas.

➤ Cada vez más las organizaciones e instituciones relacionadas con la atención a las familias en situación de riesgo psicosocial y a la infancia y adolescencia deben garantizar la incorporación de Programas basados en la evidencia (Jiménez e Hidalgo, 2016), y para ello, éstos tienen que estar sustentados en diseños planificados, con profesionales formados previamente, y adaptados a los perfiles de familias destinatarias de la intervención; sin olvidar que es totalmente necesario realizar evaluaciones rigurosas que nos permitan obtener conclusiones sobre la eficacia y eficiencia de las intervenciones.

Tener en cuenta estas cuestiones sería tener en cuenta las aportaciones de los modelos de tercera generación sobre la intervención de las familias en situación de riesgo y/o maltrato, generando actuaciones aplicadas bajo la luz de las aportaciones teóricas y a los marcos legislativos reconocidos a día de hoy, con el fin último de potenciar y fortalecer a estas familias que requieren de una intervención más específica y especializada.

9.4.-Limitaciones y posibles líneas futuras de investigación.

Para concluir este capítulo, abordaremos las limitaciones y las posibles líneas futuras de investigación. Profundizar en este conocimiento no tiene sentido únicamente en el ámbito investigador en este trabajo, sino que es fundamental desde la vertiente más aplicada, ya que permitirá a los profesionales responsables de la intervención familiar planificar mejor su trabajo y buscar estrategias y programas de intervención que respondan a las necesidades detectadas.

Este trabajo contiene algunas limitaciones metodológicas, entre las que destacan un tamaño de la muestra reducido y algunas cuestiones relacionadas con los instrumentos de medida empleados.

En primer lugar, sería conveniente la ampliación de la muestra para seguir confirmando algunos de los resultados obtenidos, ya que parte del estudio se ha realizado con un número reducido de progenitores. Se tenía previsto obtener una muestra mayor pero hemos tenido dificultades relacionadas con dos cuestiones. En primer lugar, se ha constatado en muchos casos la falta de colaboración de las familias, dato señalado en otras investigaciones con este colectivo, ya que la investigación con familias en situación de riesgo psicosocial es muy costosa. En este sentido, hay que conseguir que las familias colaboren y entiendan la importancia de este tipo de trabajos de investigación y, además, el acceso a ellas se tiene que realizar a través de los profesionales que están interviniendo con las mismas. En relación con la segunda dificultad nos hemos encontrado con equipos muy colaboradores y otros no tanto, exponiendo en muchos casos la imposibilidad de tiempo para explicarles a las familias los objetivos de este trabajo. Sin embargo, sería muy interesante continuar esta línea de investigación en otras provincias de nuestra Comunidad Autónoma. Además, el reducido tamaño de la muestra ha dificultado la realización de algunos análisis específicos como, por ejemplo, la clasificación de las familias según las tipologías del modelo de Olson. Como se describió en el capítulo cuatro, este autor establece cuatro tipos posibles de familia en función a la variable adaptabilidad (Caótica, Flexible, Estructurada y Rígida) y cuatro en función de la variable cohesión (Desligadas, Separadas, Unidas y Enredadas), que se combinan para realizar una clasificación de las familias que hubiere sido muy interesante conocer.

En segundo lugar y en relación con los instrumentos utilizados, encontramos varias cuestiones que han supuesto limitaciones para la explotación y difusión de los resultados. Por un lado, para valorar el funcionamiento familiar hemos optado por una versión de las escalas FACES que puede no ser la más adecuada, por tanto, creemos que es necesario seguir profundizando en que versión de las Escalas FACES sería la más idónea para evaluar a las familias en situación de riesgo psicosocial de nuestro contexto. Así mismo, el formato de las Memorias para analizar el perfil de las familias en situación de riesgo psicosocial ha carecido de instrucciones concretas y específicas para su cumplimentación, así como de aspectos importantes que no se han recogido en las mismas (características asociadas al riesgo de los menores), lo que conlleva a ser prudentes en la interpretación de los resultados obtenidos por esta vía. Por otra parte, en esta investigación se podrían haber incorporado otras dimensiones

de análisis que complementarían la información aportada, por ejemplo, las competencias percibidas como madre o padre, lugar de control, prácticas parentales y otras más interpersonales tales como la propia relación de pareja (satisfacción marital y alianza parental) o el apoyo social porque sabemos que influyen en el rol parental, así como algunas de corte más contextuales como la cohesión comunitaria.

En relación con otras cuestiones, también debemos señalar que la muestra analizada tiene un cierto desequilibrio respecto al género. Las madres son las protagonistas en este estudio, cuestión esta que es común a otras investigaciones, ya que son fundamentalmente mujeres las usuarias que atienden los Servicios Sociales, lo que puede conducir a un cierto sesgo en la investigación. Esta circunstancia nos hace constatar que son las mujeres las demandantes de recursos de diverso orden y objeto de intervención de los Servicios Sociales. Así mismo, las mujeres al igual que los jóvenes o los ancianos por su propia posición en el sistema social, poseen factores de exclusión específicos (Subirats et al., 2004). En esta misma línea, también es interesante destacar el hecho de que al igual que son mayoritariamente mujeres las usuarias de los Servicios Sociales, también son mujeres la mayoría de los profesionales que trabajan en este sistema de Protección social. Cabría pensar que es posible que esta circunstancia influya de alguna manera en la propia convocatoria que se pueda realizar a los progenitores o ser más fácil el contacto con las mujeres y tener una cierta dificultad con los padres varones, que aun en nuestra cultura y en nuestro contexto más próximo suelen estar al margen de la educación familiar por cuestiones laborales y otras razones culturales.

Por tanto, sería especialmente relevante realizar estudios futuros que permitan profundizar en los distintos datos que nos revelan el perfil fundamentalmente femenino de las usuarias de los Servicios Sociales, porque ponen de manifiesto una doble exclusión, la relacionada con el acceso a los recursos y la relacionada con la discriminación por razón de sexo. Sería muy interesante realizar investigaciones específicas sobre esta circunstancia, que nos ayuden a analizar la importancia que tiene el que sean fundamentalmente las mujeres las que soliciten más frecuentemente ayuda y se presten con mayor frecuencia a posibles intervenciones; hecho que no ocurre solo en el Sistema de Servicios Sociales sino que se da en otros Sistemas de protección (Sanitario, Educativo). Por todo ello, éste sin duda sería uno de los temas de interés para posibles investigaciones, así como buscar alternativas de incorporar a los padres en las intervenciones que se realizan con las familias.

Con respecto a la intervención desarrollada por los ETF, nos parece fundamental llevar a cabo investigaciones rigurosas de evaluación que permitan analizar en qué medida este

programa es efectivo y se ajusta en mayor o menor medida a las necesidades y perfil disfuncional detectado en estas familias, teniendo en cuenta la heterogeneidad de las mismas.

A pesar de las limitaciones de esta investigación y de la necesidad de seguir estudiando en las distintas líneas apuntadas, creemos que los resultados de este estudio contribuyen, como era su objetivo, a mejorar el conocimiento disponible sobre las familias en situación de riesgo psicosocial, que nos ha permitido explorar la variabilidad existente entre las familias atendidas por los ETF e identificar distintos perfiles familiares que pueden ayudar a establecer pautas para la intervención que contribuyan a la mejora de las prácticas profesionales.

V BIBLIOGRAFÍA

- Abidin, R. R. (1990). The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 297-400.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index (PSI) manual (3ª ed.)*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ackerman, B. P., Kogos, J., Youngstrom, E., Schoff, K. e Izard, C. (1999). Family instability and the problem behaviors of children from economically disadvantaged families. *Developmental Psychology*, 35(1), 258-268.
- Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.
- Álvarez, M. (2014). *Evaluación de la implementación del programa Crecer Felices en Familia en contextos comunitarios* (Tesis Doctoral no publicada). Universidad de la Laguna, Tenerife.
- Alzate, M. V. (2003). *La infancia: concepciones y perspectivas*. Pereira, Risaralda, Colombia: Papiro.
- Amerikaner, M., Monks, G., Wolfe, P y Thomas, S. (1994). Family interaction and individual psychological health. *Journal of Counseling and Development*, 72(6), 614-620.
- Amorós, P. y Palacios, J. (2004). *Acogimiento familiar*. Madrid: Alianza.
- Anderson, L. S. (2008). Predictors of parenting stress in a diverse sample of parents of early adolescents in high-risk communities. *Nursing Research*, 57(5), 340-350.
- Andolfy, M. (1984). *Terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.
- Angell, R. (1936). *The Family Encounters the Depression*. Nueva York: Charles Scribners Sons.

- Ares, P. (2007). *Psicología de la Familia*. La Habana: Facultad de Psicología. U.H.
- Arranz, E., Oliva, A., Martín, J. L. y Parra, A. (2010). Análisis de la problemática y necesidades educativas de las nuevas estructuras familiares. *Intervención psicosocial*, 19, 7-16.
- Arruabarrena, M. I. (1998). Violencia y familia: un programa de tratamiento para familias con problemas de maltrato y/o abandono infantil. En E. Echeburúa (Dir.), *Personalidades Violentas* (pp. 187-204). Madrid: Pirámide.
- Arruabarrena, M. I. (2009). Procedimiento y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 13-23.
- Arruabarrena, M. I. (2011). Valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil por los profesionales de los Servicios de Protección Infantil. *Psicothema*, 23(4), 642-647.
- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (1994). *El maltrato a los niños en la infancia: evaluación y tratamiento*. Pirámide: Madrid.
- Arruabarrena, M. I. y De Paul, J. (1999). Escalas de bienestar infantil de Magura y Moses. Un primer estudio para la validación de la versión española. *Psychosocial Intervention*, 8(1), 89-108.
- Arruabarrena, M. I. y De Paúl, J. (2002). Evaluación de un Programa de Tratamiento para Familias maltratantes y negligentes y familias de alto- riesgo. *Intervención Psicosocial*, 11, 213-228.
- Arruabarrena, M. I., De Paúl, J y Torres, B. (1993). *Proyecto SASI. Anexo 5. Criterios de Evaluación de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato y/o abandono infantil*. Madrid: Dirección General de Protección Jurídica del Menor. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Arruabarrena, M. I., De Paúl, J. y Torres, B. (1994). *El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación. Programa de mejora del sistema de atención social a la infancia SASI (5 cuadernos)*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Avia, M. D, Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza.
- Ayala-Nunes, L., Lemos, I., y Nunes, C. (2013). Predictores del estrés parental en madres de familias en riesgo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 13(2), 529-539. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY13-2.pepm.

- Ayoub, C., Willett, J. B. y Robinson, D. S. (1992) Families at risk of child maltreatment: Entry-level characteristics and growth in family functioning during treatment. *Child abuse and neglect*, 16, 495-511.
- Aybar-Zurita, R. (2007). Factores estresantes y familias en riesgo social. *Formación Médica Continuada*, 14 (1), 60-67.
- Ayuntamiento de Sevilla (2000). *Carta Municipal de los Derechos del niño y la niña*. Sevilla: Área de Bienestar Social y Solidaridad del Ayuntamiento de Sevilla.
- Ayuntamiento de Sevilla (2013). *Manual de Intervención técnica individual-familiar con la Infancia y la Adolescencia y sus contextos de desarrollo de los Servicios Sociales Municipales*. Sevilla: Ayuntamiento de Sevilla. Delegación de Familia, Asuntos Sociales y Zonas de Especial Actuación.
- Azar, S. T. y Cote, L. R. (2002). Sociocultural issues in the evaluation of the needs of children in custody decision-making: What do our current frameworks for evaluating parenting practices have to offer?. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 193-217.
- Azar, S. T y Weinzierl, K. M. (2005). Child Maltreatment and Childhood Injury Research: A Cognitive Behavioral Approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 598-614.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Barber, B. K. y Buehler, C. (1996). Family cohesion and enmeshment: Different constructs, different effects. *Journal of Marriage and the Family*, 58(2), 433-441.
- Barber, J. G. y Delfabbro, P. (2000). The assessment of parenting in child protection cases. *Social work practice*, 10(2), 243-256.
- Barnard, K. E. y Solchany, J. E. (2002). Mothering. En M. H. Bornstein (Ed), *Handbook of parenting: Vol. 3: Being and becoming a parent (2ª ed.)* (pp. 3-25). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Barnes, H. L. y Olson, D. H. (1985). Parent-adolescent Communication and the Circumplex Model. *Child Development*, 56, 438-447.

- Barry, T. D., Dunlap, S. T., Cotten, S. J., Lochman, J. E. y Karen, C. (2005). The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 3.
- Barudy, J (1991). *Dictaduras Familiares, Maltrato Infantil, Incesto: Una Lectura Sistémica del Maltrato Infantil. Contribución a las Terceras Jornadas Chilenas de Terapia Familiar.* Santiago. Chile: Terapia Sistémica y Contexto Social.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2009). *Los Buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia.* Barcelona: Gedisa.
- Beavers, W. y Hampson, R. (1995). *Familias exitosas. Evaluación, tratamiento e intervención.* Barcelona: Paidós.
- Begle, A. M., Dumas, J. E. y Hanson, R. F. (2010). Predicting child abuse potential: An empirical investigation of two theoretical frameworks. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(2), 208-219.
- Bell, R. (1982). *Parent-adolescent relationships in families with a runaway: Iteration and the Circumple Model* (Tesis doctoral). Family Social Science, University of Minnesota, Sta. Paúl, Minnesota.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological bulletin*, 114(3), 413-434.
- Belsky, J., y Vondra, J. (1989). Lessons from child abuse: The determinants of parenting. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 153-202). Nueva York: Cambridge University Press.
- Ben-David, A y Jurich, J. (1993). A test of adaptability: Examining the curvilinear assumption. *Journal of Family Psychology*, 7(3), 370-375.
- Bhar, S. S., Brown, G. K. y Beck, A. T. (2008). Dysfunctional beliefs and psychopathology in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 165-77.

- Bloomfield, L. y Kendall, S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health Care Research and Development*, 13, 364-372.
- Blum, R. W., McNeely, C. y Nonnemaker, J. (2002). Vulnerability, risk, and protection. *Journal of Adolescent Health*, 31(1), 28-39.
- Boekaerts, M. y Roder, I. (1999). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease. A review of literature. *Disability and Rehabilitation*, 21, 311-337.
- Bonds, D.D., Gondoli, D.M., Sturge-Apple, M.L., y Salem, L.N. (2002). *The relation between social support and parenting practices: The mediating role of parenting stress and psychological distress*. Poster presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis, MN.
- Boss, P. (2006). *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. Nueva York: W. W. Norton and Company.
- Boss, P. G. (1988). *Family stress management*. Newbury Park, CA: Sage.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculo afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata
- Bradley, H., Mundfrom, D. J. y Whiteside, L. (1994). A Factor Analytic Study of the Infant-Toddler and Early Childhood Versions of the HOME Inventory Administred to White, Black, and Hispanic American Parents of Children Born Preterm. *Child Development*, 65, 880-888.
- Bravo, M., Serrano-García, I. y Bernal, G. (1991). La perspectiva biopsicosocial de la salud vis a vis la biomédica como esquema teórico para enmarcar el proceso de estrés. *Interamerican Journal of Psychology*, 25(1), 35-52.
- Bringiotti, M^a I. (2000). *La escuela ante los niños maltratados*. Buenos Aires: Paidós.
- Broderick, C.G. (1993). *Understanding family process: Basics of family Systems theory*. Newbury Park, CA: Sage.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brown, G.W. y Harris, T. O. (1989). *Life events and illness*. Nueva York: Guilford.

- Burt, S. A., Krueger, R. F., Mcgue, M. y Lacono, W. (2003). Parent-Child conflict and the comorbidity among childhood externalizing disorders. *Archives of General Psychiatry*, 60, 505-513.
- Cabrera, E. (2013). *Construcción y validación de un sistema de evaluación de familias en riesgo psicosocial* (Tesis Doctoral). Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.
- Cabrera, V. E., González, M. R., y Guevara, I. P. (2012). Estrés parental, trato rudo y monitoreos como factores asociados a la conducta agresiva. *Universitas Psychologica*, 11(1), 241-254.
- Cadenas, H. (2015). La familia como sistema social: Conyugalidad y parentalidad. *Revista del Magíster en Análisis Sistemico Aplicado a la Sociedad*, 33, 29-41.
- Caldwell, B. y Bradley, R. (1984). *Home Observation for Measurement of the Environment*. Little Rock, AK: University of Arkansas.
- Calvo, M. O. y Domínguez, A. C. (2002). Regresión logística no condicionada y tamaño de muestra una revisión bibliográfica. *Revista Española de Salud Pública*, 76(2), 85-93
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Una meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.
- Cannon, W. (1932). *The wisdom of the body*. Nueva York: Norton y Co.
- Cano-Vindel, A., y Miguel-Tobal, J. J. (2000). *Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud* (Tesis Doctoral). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com>
- Cantó, O. y Mercader, M. (2000). *La pobreza infantil en España: alcance, evolución y duración*. Documento de trabajo nº 66 del *Innocenti Occasional Papers*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Casares, M. R. (2013). *Evaluación del funcionamiento familiar en familias en situación de riesgo psicosocial en los Servicios Sociales Comunitarios* (Programa de estudios avanzados de personalidad, evaluación y tratamiento Psicológico no publicado). Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Casas, F. (1998). *Infancia: perspectivas Psicosociales*. Barcelona: Paidós.
- Castellón, S. y Ledesma, E. (2012). *El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spiritus*.

- Cuba. Contribuciones a las ciencias sociales. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>
- Caver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocols, too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavior Medicine*, 4(1), 92-100.
- Caver, C. S., Scheier, M. F y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 276-283.
- Cerezo, M. A., Más, E. y Simó, S. (1998). *Análisis y evaluación de los indicadores de riesgo en situaciones de maltrato infantil* (Memoria final de proyecto). Dirección General de Servicios Sociales de la Generalitat Valenciana, Valencia.
- Cerezo, M.A., Trenado, R.M., y Pons-Salvador, G. (2006). Interacción temprana madre-hijo y factores que afectan negativamente a la parentalidad. *Psicothema*, 18(3), 544-550.
- Chaffin, M., Bonner, B. L. y Hill, R. F. (2001). *Family preservation and family support programs: child maltreatment outcomes across client risk levels and program types*. Oklahoma: Department of Pediatrics, University of Oklahoma Health Sciences Center.
- Chang, Y. y Fine, M. A. (2007). Modeling parenting stress trajectories among low-income young mothers across the child's second and third years: factors accounting for stability and change. *Journal of Family Psychology*, 21, 584-594.
- Chazan-Cohen, R., Ayoub, C., Pan, B. A., Roggman, L., Raikes, H., McKelvey, L., Whiteside-Mansel, L. y Hart, A. (2007). It takes time: Impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later. *Infant Mental Health Journal*, 28(2), 151-170.
- Cicchetti, D. y Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child development*, 11, 31-35.
- Cicchetti, D. y Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 797-815.
- Clatworthy, J., Buick, D., Hankins, M., Weinman, J. y Horne, R. (2005). The use and reporting of cluster analysis in health psychology: A review. *British Journal of Health Psychology*, 10, 329-358.

- Clausen, A. y Crittenden, P. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 15, 5-18.
- Cockerham, W.C. (2001). *Handbook of medical sociology*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Cohn, A. H., y Daro, D. (1987). Is treatment too late: What ten years of evaluative research tells us. *Child Abuse and Neglect*, 11, 433-442.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Coletti, M. y Linares, J.L. (1997). *La intervención sistémica en los Servicios Sociales ante la Familia Multiproblemática*. Barcelona: Paidós.
- Coney, L. W. y Thompson, A. D. (2011). Maternal depression, locus of control, and emotion regulatory strategy as predictors of preschoolers' internalizing problems. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 873-883.
- Conger, K. J., Rueter, M. A. y Conger, R. D. (2000). The role of economic pressure in the lives of parents and their adolescents: The Family Stress Model. En L. J. Crockett y R. K. Silbereisen (Eds.), *Negotiating adolescence in times of social change* (pp.201-233). Nueva York: Cambridge University Press.
- Conger, R. D. (1995). Unemployment. En D. Levinson (Ed.), *Encyclopedia of marriage and the family* (pp. 731-735). Nueva York: MacMillan.
- Conger, R.D., Wallace, L.E., Sun, y., Simons, R.L., McLoyd, V.C, y Brody, G.H. (2002). Economic pressure in African American families: a replication and extension of the family stress model. *Developmental Psychology*, 38(2), 179-173.
- Conley, A. y Berrick, J. D. (2010). Community-based child abuse prevention: Outcomes associated with a differential response program in California. *Child Maltreatment*, 15(4), 282-292.
- Coontz, S. (2000). Historical perspectives on family studies. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 283-297.
- Coplan, R. J., Bonker, A. y Cooper, S. M. (2003). Parenting daily hassles, child temperament and social adjustment in preschool. *Early Childhood Research Quarterly*, 18, 376-395.

- Coulton, C., Korbin, J., Su, M. y Chow, J. (1995). Community level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, *66*, 1262-1276.
- Cova, F. (2004). La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: el desarrollo de una mirada procesual. *Revista de Psicología*, *13*(1), 93-101.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., y Schulz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. En E. M. Hetherington y E. A. Blechman (Eds.), *Stress, coping, and resiliency in children and families* (pp. 1-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cowan, P.A., Powel. y Cowan C. P. (1998). Parenting interventions: A family systems perspective. En W. Damon (Ed. de la serie) y E. Sigel y Renninger, K.A. (Eds. del volumen), *Handbook of child psychology, 5. Child psychology in practice* (pp. 3-71). Nueva York: Wiley.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Nueva York: McMillan.
- Coyl, D., Roggman, L., Newwland, L. (2002). Stress, maternal depression, and negative mother–infant interactions in relation to infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, *23*(1-2), 145-163.
- Coyne, L. W., y Thompson, A. D. (2011). Maternal depression, locus of control, and emotion regulatory strategy as predictors of preschoolers' internalizing problems. *Journal of Child and Family Studies*, *20*(6), 873-883. doi: 10.1007/s10826-011-9455-2
- Crespo, M y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, *23*(92), 797-830.
- Crittenden, P. M. (1988). Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. En K. Browne, C. Davies, Stratton, *Early prediction and prevention of child abuse* (pp.161-189). Londres: John Wiley and Sons Ltd.
- Crittenden, P. M. (1992). Children's strategies for coping with adverse home environments: An interpretation using attachment theory. *Child Abuse y Neglect*, *16*(3), 329-343.
- Crnic, K. A., y Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. En: Bornstein MH (ed). *Handbook of parenting, 5* (pp. 243-267). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Cuber, J. y Haroff, P. (1955). *The significant americans: A study of sexual behavior among the affluent*. Nueva York: Appleton-Century.

- Cyrułnik, B., Manciaux, M., Vanistendael, S., y Lecomte, J. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Maciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 17-28). Madrid: Gedisa.
- Daro, D. (1998). *Confronting child abuse: theory, policy and practice*. Nueva York: The Free Press
- De la Iglesia Monge, M. I. (2015): Ley Orgánica 5021/2015 de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia: las garantías de una protección uniforme en base al supremo interés del menor, en *Diario La Ley*, Madrid, 24 de julio de 2015, num. 8590.
- De Miguel, A. (1994). *La Sociedad Española*. Madrid: Alianza.
- De Pablo, J.M. (1998). Aplicación de los enfoques narrativo y de terapia centrada en soluciones a los programas de intervención psicosocial. *Systemica*, 4-5, 123-142.
- De Panfilis, D y Dubowitz, H. (2005). Family Connections: A Program for Preventing Child Neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 108-123. doi: 10.1177/1077559505275252
- De Paúl, J. (Dir) (1988). *Maltrato y abandono infantil: Identificación de factores de riesgo*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- De Paúl, J. (2009). La intervención psicosocial en protección infantil en España: evolución y perspectivas. *Papeles del Psicólogo*, 30 (1), 4-12.
- De Paúl, J., y Arruabarrena, I. (2001). *Manual de Protección Infantil*. (2ª Ed). Barcelona: Masson.
- De Paúl, J. y Arruabarrena, M. I., Torres, B., y Muñoz, R. (1995). La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Gipuzkoa. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 49-58.
- De Torres, P. y Espada, F. J. (1996). *Violencia en casa*. Madrid: Aguilar.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314-327.
- Deater-Deckard, K. D. (2004). *Parenting stress*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Dekovic, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(6), 667-685
- Delongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1982). *Health Psychology*, 1(2), 119-136.

- Department of Health (1999). *The Government's objectives for children's social services*. London: The Stationery Office. Recuperado de http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/document_s/digitalasset/dh_4042822.pdf
- Department of Health, Cox, A. y Bentovim, A. (2000). *The Family Assessment Pack of Questionnaires and Scales*. The Stationery Office, London. Recuperado de http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/document_s/digitalasset/dh_4079384.pdf
- Department of Health, Department for Education and Employment and Home Office (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London: The Stationery Office. Recuperado de http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/document_s/digitalasset/dh_4014430.pdf
- Depue, R. A y Monroe, S. M. (1986). Conceptualization and measurement of human disorder in life stress research: The problem if chronic disturbance. *Psychological Bulletin*, 99, 36-51.
- Díaz M. Y. (2010). Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de Medicina. *Revista Humanidades Médicas*, 10(1).
- Doherty, W. y Colangelo, N. (1984). The family FIRO model: A modest proposal for organizing family treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 19-29.
- Dohrenwend, B. P., Raphael, K.G., Schwartz, S., Stueve, A. y Skodol, A. (1993). The structure devent probe and narrative rating method for measuring stressful life events. En L. Goldbergy S. y Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 174-199). Nueva York: Free Press.
- Dohrenwend, B. P. y Shrout, P. E. (1985). "Hassles" in the conceptualization and measurement of life stress variables. *American Psychologist*, 4, 780-785.
- Dopke, C. A., Lundahl, B. W., Dunsterville, E y Lovejoy, M. C. (2003). Interpretations of child compliance in individuals at high-and-low-risk for child physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, 27, 285-302.
- Doyal L. y Gough I. (1992). *Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona: Icaria/Fuhem.

- Eisengart, S. P., Singer, L. T., Fulton, S. y Baley, J. (2003). Coping and psychological distress in mothers of very low birth weight young children. *Parenting: Science and Practice*, 3, 49-72.
- Elder, G. H. (1996). Human lives in changing societies: Life course and developmental insights. En R. B. Cairns, G. H. Elder y E. J. Costello (Eds.), *Developmental Science* (pp. 31-62). Cambridge: Cambridge University Press.
- Endler, N. S. y Parker, J. D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Epstein, N., Baldwin, L. y Bishop, D. (1983). The McMaster Model of Family Functioning: a view of the normal family. En F. Walsh (Ed) *Normal family processes* (pp. 115-142). Nueva York: Guilford Press.
- Escartín, M. J. (1998). *Manual de Trabajo Social Modelos de Práctica Profesional*. Alicante: Aguaclara.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 247-259.
- Espíndola-Hernández, J. G., Morales, F., Díaz, E., Pimenel, D., Meza, P., Henales, C., Carreño, J. y Ibarra A.C. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 20, 112-122.
- Estévez, R. M., Oliva, A. y Parra, A. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44, 39-53
- Éthier, L. S., Lacharité, C. y Couture, G. (1995). Childhood adversity, parental stress, and depression of negligent mothers. *Child Abuse and Neglect*, 19(5), 619-632.
- Farkas, C., y Valdés, N. (2010). Maternal stress and perceptions of self-efficacy in socioeconomically disadvantaged mothers: An explicative model. *Infant Behavior y Development*, 33(4), 654-662.

- Farrel, M. P. y Barnes, G. M. (1993). Family systems and social support: A test of the effects of cohesion and adaptability on the functioning of parents and adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 55(1), 119-132.
- Fernández del Valle, J., y Bravo, A. (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14, 118-123.
- Fernández, A y Gómez, E. (2014). *Decálogo del buen trato a la infancia y adolescencia*. Recuperado de http://www.asociacionalanda.org/pdf/Decalogo_Buen_trato_.pdf
- Fernández-Baena, F.J. (2007). *Estrés, riesgo familiar e inadaptación socioemocional y escolar en la infancia* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga. Recuperado de <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/16851511.pdf>
- Fernández, J. A., y Tobio, C. (1999). *Las familias monoparentales en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ferreira, M., (2003). *Sistemas de interacción familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución* (Tesis doctoral). Universidad de Psicología de Lima, Lima.
- Fierro, A. (1997). Estrés, Afrontamiento y Adaptación. En M. I. Hombrados (comp.), *Estrés y salud* (pp. 9-38). Valencia: Promolibro.
- Fierro, A. (2002). *Personalidad, persona, acción. Un tratado de Psicología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder
- Flaquer, Ll. (1998): *El destino de la familia*. Barcelona: Ariel.
- Flouri, E. (2005). Women's psychological distress in midadulthood: The role of childhood parenting experiences. *European Psychologist*, 10(2), 116-123.
- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., y Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology Aping*, 2, 171-184.
- Forsythe, C. J, Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy Research*, 11, 473-485.

- Fraser, M.W., Rischman, J.M. y Galinsky, M.J. (1999). Risk, protection and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research*, 23(3), 131-143.
- Friedman, R. J. y Chase-Lansdale, P. L. (2002). Chronic adversities. En M. Rutter y E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (pp 216-276). Oxford, UK: BlackwellScience.
- Fundación FOESSA (2016) *Expulsión Social y Recuperación económica*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Gadalla, T. M. (2009). Determinants, correlates and mediators of psychological distress: A longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 68(12), 2199-2205.
- Galvín, M.R. (2016). Novedades legislativas en material de protección de menores. Especial Referencia a la reforma de la Ley en material de violencia sexual contra la infancia y adolescencia. *Recomendaciones y Buenas Prácticas en la atención a niños, niñas y adolescentes en ámbito judicial*. XIV Foro "Justicia e Infancia" y II Foro Autonómico en Andalucía" (Texto no publicado). Sevilla.
- Garbarino, J. (1977). The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. *Journal of Marriage and the family*, 39(4), 721-735.
- Garbarino, J., y Ganzel, B. (2000). The human ecology of early risk. En J. P. Shonkoff y S.J. Meisels (Eds), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 76-93). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Garbarino, J., y Kostelny, K. (1992). Child maltreatment as a community problem. *Child abuse y neglect*, 16(4), 455-464.
- Garbarino, J., Sebes, J. y Schellenbach, C., (1984). Families and risk for destructive parent-child relations in adolescents. *Child development*, 55, 174-183.
- Garbarino, J., y Sherman, D. (1980). High-risk neighborhoods and high-risk families: The human ecology of child maltreatment. *Child development*, 51 (1), 188-198.
- García, E., y Musitu, G. (1993). *El maltrato infantil: Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- García-Viniegras, C.R. (1999) Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15, 88-97.

- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Garnezy, N., Masten, A.S. y Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Chile Development*, 55, 97-111.
- Garrido, M. y Grimaldy, V. (2009). *Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias del sistema público de los Servicios Sociales de Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Garrido, M., Casares, R., Grimaldy, V. M., y Domínguez, A (2009). Terapia Familiar y Servicios Sociales Comunitarios. *Apuntes de Psicología*, 27(3), 377-394.
- Gelles, R. (1993). Through a sociological lens: Social structure and family violence. En R. Gelles and D. Loseke, *Current Controversies on Family Violence* (pp. 31-46). Newburig Park: Sage.
- Gestein, E. D., Crnic, K. A., Blancher, J. y Baker, B.L. (2009). Resilience and course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 53, 981-997.
- Giberti, E., Garaventa, J. y Lamberti, S. (2005). *Vulnerabilidad, desvalimiento y maltrato infantil en las organizaciones familiares*. Buenos Aires: Noveduc.
- Goldberg D.P, (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldberg D.P. y Hillier V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 9, 139-145.
- Gómez, M. E. (2010). El desafío de evaluar familias desde un enfoque eco-sistémico: nuevos aportes a la confiabilidad y validez de las escalas NCFAS. En L. Lira (Ed), *Familia y Diversidad* (pp. 95-126). Santiago de Chile: Fundación San José para la Adopción.
- Gómez, E. y Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de psicología*, 19(2), 103-131.
- Gómez, E., Muñoz, M. y Haz, A. M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psyke*, 16, 43-54.

- Gondoli, D. M., y Silvenberg, S. B. (1997). Maternal emotional distress and diminished responsiveness: The mediating role of parenting efficacy and parental perspective taking. *Developmental Psychology*, 33(1), 861-868.
- González, F. (2006). *Estudio de los perfiles de las familias en situación de riesgo social. Programas P.E.R y P.E.P del Ayuntamiento de Valencia* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia.
- González, M. M. (2000): *Monoparentalidad y exclusión social en España*. Sevilla: Área de Economía y Empleo, Ayuntamiento de Sevilla.
- Goodman, R. (1997). *Requests for reprints, or simple questionnaires*. Londres: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry.
- Gorall, D. M., Tiesel, J. y Olson, D. H. (2004). *FACES IV Development and Validation*. Minneapolis: LifeInnovation.
- Grandi, G. (2013). Adelantándose a la vida: los recién nacidos prematuros y sus padres. *Aletheia*, 40, 7-13.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D. y Halpert, J. A. (2003). Stressors and Child and Adolescent Psychopathology: Moving From Markers to Mechanisms of Risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447-466.
- Green, A. H. (1997). The impact of physical, sexual, and emotional abuse. En J. D. Noshpitz: P. F. Kernberg y J. R. Bemporad (Eds.), *Handbook of child and adolescent psychiatry 2*, (pp. 201-212). Nueva York: John Wiley y Sons.
- Grotberg, E (1995). A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. *Early Childhood Development: Practice and Reflections. Number 8*. Países Bajos: Bernard Van Leer Foundation, La Haya.
- Grotberg, E. H. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo y E. N. Suárez Ojeda (comp.), *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 19-30). Buenos Aires: Paidós.
- Guillamón, N. (2003). *Variables socioeconómicas y problemas interiorizados y exteriorizados en niños y adolescentes* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperada de <http://tdx.cesca.cat/handle/10803/5432>.

- Gutierrez, L. (2015). *Desarrollo, Prácticas de crianza y estrés parental. Problemas de conducta y estrés parental en una muestra con seguimiento pediátrico*. México: Facultad de Psicología, UNAM. Instituto Nacional de Perinatología.
- Gwynne, K., Blick, B. A. y Duffy, G. M. (2009). Pilot evaluation of an early intervention programme for children at risk. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 45(3), 118-124. doi:10.1111/j1440-1754.2008.01439.X.
- Hair, J. J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). *Análisis Multivariante*. Editorial Prentice Hall.
- Hammen, C. (2003). Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, 74, 49–57.
- Hardy D. F., Power T.G., Jaedicke, S. (1993). Examining the relation of parenting to children's coping with everyday stress. *Child Development*, 64, 1829-1841.
- Hasend. J., Pallota, G.M, Tishelman, A.C, Conaway L.P., y Macmillan, V.M. (1989). Parental Problem solving skills and child behavior problems: A comparison of Physically Abusive, neglectfull clinic and community families. *Journal of Familias Violence*, 4, 353-368.
- Heller, A. (1978). *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península.
- Henry, D. B., Tolan, P. H., & Gorman-Smith, D. (2005). Cluster analysis in family psychology research. *Journal of Family Psychology*, 19(1), 121-132. doi: 10.1037/0893-3200.19.1.121
- Hidalgo, M.V. (2003). Necesidades de apoyo de los padres y madres. En Simposio: *Relaciones padres-hijos: necesidades de apoyo a la familia* (pp. 23-31). Madrid: Exlibris Ediciones, SL.
- Hidalgo, M. V., Menéndez, S., López, I. y Lorence, B. (2005). *Cuestionario de perfil sociodemográfico (PSD)*. (Documento no publicado) Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Hidalgo, M. V., Menéndez, S., Sánchez, J., López, I., Jiménez, L. y Lorence, B. (2005). *Inventario de Situaciones Estresantes y de Riesgo (ISER)*. (Material no publicado). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Hidalgo, M.V., Menéndez, S., Sánchez, J., Lorence, B., y Jiménez, L. (2009). La intervención con familias en situación de riesgo psicosocial. Aportaciones desde un enfoque psicoeducativo. *Apuntes de Psicología*. 27(2-3), 413-426.

- Higgins, D. J y McCabe, M. P. (2000). Multi-Type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Review*, 9(1), 6-18.
- Hillson, J. M. y Kuiper, N. A. (1994). A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review*, 14, 261-286.
- Holahan C. J, Moos R. H. (1987). Risk, resistance and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 3-13.
- Holden, E. W., y Banez, G. A. (1996). Child abuse potential and parenting stress within maltreating families. *Journal of Family Violence*, 11(1), 1-12.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Inglés, A. (1991). *El maltrato infantil en Cataluña. Estudio global y balance de la situación actual*. Documento no publicado, Departamento de Bienestar Social. Dirección General de Atención a la Infancia. Generalitat de Cataluña, Barcelona.
- Jackson, A. P., y Huang, C. C. (2000). Parenting stress and behavior among single mothers of preschoolers: The mediating role of self-efficacy. *Journal of Social Service Research*, 26, 301-311
- Jarvis, P. A. y Creasey, G. L. (1991). Parental stress, coping, and attachment in families with an 18-month-old infant. *Infant Behavior and Development*, 14, 383-395.
- Jiménez, J., Moreno, M. C., Oliva, A., Palacios, J y Saldaña, D. (1995). El maltrato infantil en Andalucía. En Junta de Andalucía, Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, Dirección General de Atención al niño, *Evaluación del Riesgo Psicosocial en Familias Usuarias del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía* (pp. 163-197). Sevilla: Junta de Andalucía.
- Jiménez, L. (2009). *Crecer en contextos familiares en riesgo psicosocial. Análisis evolutivo durante la infancia y la adolescencia* (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Jiménez, L. e Hidalgo, M. V. (2016). La incorporación de prácticas basadas en evidencias en el trabajo con familias: los programas de promoción de parentalidad positiva. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3), 77-86.

- Jiménez, M. G., Martínez, M. P., Miró, E. y Sánchez, A. I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de Psicología*, 28(1), 28-36.
- Jones, T. y Prinz, R. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.
- Jonson-Reid, M., Emery, C. R., Drake, B. y Stahlschmidt, M. J. (2010). Understanding chronically reported families. *Child Maltreatment*, 15(4), 271-281.
- Junta de Andalucía (2007). *Manual de Referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Dirección General de Infancia y Familia.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. y Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kantor, D. y Lehr, W. (1975). *Inside the family*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Karlen, R. (2004). La disociación y el diálogo infanto-parental: una perspectiva longitudinal a partir de la investigación sobre apego. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 17. Disponible en <http://www.aperturas.org/terminos.php?t=neu>
- Kaufman, J., y Zigler, E. (1993). *The intergenerational transmission of abuse is overstated. Current controversies on family violence*. Newbury, Park, CA: Sage Publications.
- Kempe, C.H., Silverman, F.N., Steele, B.F., Droegemueller, W. y Silver, H.K. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17-24.
- Khalil, E. L. (Ed.). (2003). *Trust*. Massachusetts: Edward Elgar Publishing Ltd.
- Kopp, C.B., McIntosh, J. M. (1997). High risk environments and young children. En: J. D. Noshpitz, S. Greens, S. Wieder, y J. Osofsky (Eds.), *Handbook of child and adolescent psychiatry 1*, (pp. 160-176). Nueva York: John Wiley y Sons.
- Lahey, B. B., Conger, R. D., Atkenson, B. M. y Treiber, F. A. (1984). Parenting behaviour and emotional status of physically abusive mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1062-1071.

- Lanier, P., Kohl, P.L., Benz, J., Swinger, D y Drake, B. (2014). Preventing maltreatment with a community-based implementation of parent-child interaction therapy. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 449-460.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw Hill.
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lee, K. (1988). Theories of family adaptability: Toward a synthesis of Olson's Circumplex Systems Models. *Family Processes*, 27(1), 73-85.
- Lee, K. (2003). Maternal coping skills as a moderator between depression and stressful life events: Effects on children's behavioral problems in an intervention program. *Journal of Child and Family Studies*, 12(4), 425-437.
- Lerner, R. M. (2002). *Concepts and theories of human development*. Nueva York: Random House.
- Lewis, J. M., Beavers, W. R., Gossert, J. T. y Phillips, V. (1976). *No single thread: psychological health in family system*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Little, M., Axford, N. y Morpeth, L. (2004). Research review: Risk and protection in the context of services for children in need. *Child and Family Social Work*, 9(1), 105-117.
- Littleton, H. L., Horsley, S., John, S. y Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 977-988.
- Llobet, V. (2005). *La promoción de resiliencia en niños y adolescentes. Entre la vulnerabilidad y la exclusión. Herramientas para la transformación*. Buenos Aires: Noveduc.
- Lloyd, T. y Hastings, R. C. (2009). Parental locus of control and psychological well-being in mothers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34(2), 104-115.
- Lobo, A., Pérez-Echevarria, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.

- López De La Nieta, M. (2008). Sistema educativo y desigualdad. Un estudio de la población adulta y los menores en edad de escolarización obligatoria. En V. Renes (Coord.), *VI Informe sobre exclusión social y desarrollo social en España*. Madrid: Cáritas-Fundación FOESSA.
- López, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil I y II*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- López, F. (2008). *Necesidades en la infancia y la adolescencia. Respuesta familiar y social*. Madrid: Pirámide.
- López, J., Fernández, E. y Senín, C. (2009). Diez Referencias de: Psicología Positiva. *Anuario de la Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 9-55
- López, S., (2002). El FACES II en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar. *Psicothema*, 14(1), 159-165
- Lorence, B. (2013). *La adolescencia en contextos familiares en situación de riesgo psicosocial* (Tesis Doctoral no publicada). Universidad de Huelva, Huelva.
- Lorence, B. (2008). *Procesos de socialización parental con adolescentes de familias en situación de riesgo psicosocial. Documento de trabajo nº04/08*. Recuperado de http://www.accionfamiliar.org/media/docs/DOC.04_08.Premio_Joven.Barbara%20lorence.pdf.
- Lou, C., Anthony, E. K., Stone, S., Vu, C. M. y Austin, M. J. (2008). Assessing Child and Youth Well-Being: Implications for Child Welfare Practice. *Journal Evidence-based social work*, 5(1-2), 91-133.
- Louro Bernal, I. (2004). *Modelo teórico-metodológico para la evaluación de la salud del grupo familiar en la atención primaria*. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Luthar S.S y Cushing G. (1999.) *Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview*. En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.) *Resilience and development: Positive life adaptations*. Plenum (pp. 129-160). Nueva York: Plenum.
- Luthar S. S. (2003). *Resilience and Vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge: Cambridge University Press

- Luthar, S.S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti y D.J. Cohe (Eds.), *Developmental psychopathology, 3.Risk, disordent and adaptation* (pp.739-795) Nueva York: Wiley and Sons.
- Lyon, B. L. (2012). Stress, coping and health a conceptual overview. En V. H. Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory, and practice* (pp. 2-20). Los Angeles, LA: SAGE Publications, Inc.
- MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., Lee, L. C., Augsberger, A., y Hutto, N. (2011). A cumulative ecological-transactional risk model of child maltreatment and behavioral outcomes: Reconceptualizing early maltreatment report as risk factor. *Children and Youth Services Review, 33*(11), 2392-2398.
- MacLeod, J. y Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse Neglect, 24*(9), 1127-1149.
- Magnusson, D., y Stattin, H. (1998). Person context interaction theories. In W. Damon y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology. Vol. 1: Theoretical models of human development* (pp. 685-759). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Magnusson, K. A. y Duncan, G. J. (2002). Parents in poverty. En M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol 4. Social Conditions and Applied Parenting* (pp. 95-120). Londres: Lawrence Erlbaum Associates.
- Magura, S. y Moses, B. (1986). *Outcome Measures for Child Welfare Services*. Washington, D.C.: ChildWelfare League of America.
- Maíquez, M. L., Rodrigo, M. J., Capote, C. y Vermaes, I. (2000). *Aprender de la vida cotidiana: un programa experiencial para padres*. Madrid: Aprendizaje-Visor.
- Marcynyszyn, L. A., Maher, E. J. y Corwin, T. W. (2001). Getting with the (evidence based) program: an evaluation of the Incredible.Years Parenting Training Program in child welfare. *Children and Youth Services Review, 33*, 747-757.
- Marín, A., Gil, L., Román, V., Román, L., Farella, L. (2013). Efectos de la crisis económica sobre la salud mental en la Población española. *ReiDoCrea. Revista electrónica de investigación Docencia Creativa, 2*, 71-78.

- Martín, J. (2005). *Evaluación del programa de apoyo personal y familiar para familias en situación de riesgo psicosocial* (Tesis Doctoral no publicada). Universidad de La Laguna, La Laguna, Tenerife, España.
- Martín, J. C., Máiquez, M. L., Rodrigo, M. J., Correa, A. D. y Rodríguez, G. (2004). Evaluación del programa "Apoyo personal y familia" para madres y padres en situación de riesgo psicosocial. *Infancia y Aprendizaje*, 27(4), 437-445.
- Martín, J. C., Cabrera, E., León, J., y Rodrigo, M. J. (2013). La Escala de Competencia y Resiliencia Parental para madres y padres en contextos de riesgo psicosocial. *Anales de Psicología*, 29(3), 886-896.
- Martínez, A. y De Paúl, J (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, J., Galíndez, E., Sanz, M. (2006). Family adaptability and cohesión evaluation scale (faces) desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6,(2), 317-338.
- Martorell, G. A., y Bugental, D. B. (2006). Maternal variations in stress reactivity: Implications for harsh parenting practices with very young children. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 641-647.
- Mash, E. J. Johnston, C. y Kovitz, K. (1983). A comparison of the mother-child interactions of physically abused and non abused children during play and task situations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 337-346.
- Maslow, A. (1975). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Mason, J. W. (1971). A re-evaluation of the concept of 'non-specificity' in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.
- Masten, A. S. y Wright, M. O. (1998). Cumulative risk and protection models of child maltreatment. En B. B. Rossman y M. S. Rosnberg (Eds.), *Multiple victimization of children. Conceptual, developmental, research and treatment issues* (pp. 7-30). Binghamton, Nueva York: Haworth.
- Matos, A., y Sousa, L. (2004). How multiproblem families try to find support in social services. *Journal of Social Work Practice*, 18(1), 65-80.

- Matud, M. P., García, M. A. y Matud, M. J. (2002). Estrés laboral y salud en el profesorado: Un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 451-465.
- Maynard, P. y Olson, D. H. (1987). Circumplex Modelo of family Systems: A treatment tool in family counseling. *Journal of Counseling y Development*, 65(9), 502-504.
- Mazur, E. (2006). Biased appraisals of parenting daily hassles among mothers of young children: Predictors of parenting adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 30(2), 161-175.
- McCubbin, H., McCubbin, M., Thompson, A., Han, S., y Allen, C., (1997). Families under stress: What makes them resilient. *Journal of family and Consumer Science*, 4, 3-15.
- McKelvey, L. M., Fitzgerald, H. E., Schiffman, R. F. y Von Eye, A. (2002). Family stress and parent–infant interaction: The mediating role of coping. *Infant Mental Health Journal*, 23(1-2), 164-181.
- McLoyd, V. C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53(2), 185-204.
- Menéndez, S., Arenas, A. V., Perez, J. y Lorences, B. (2012). Madres usuarias de servicios de preservación familiar: perfil sociodemográfico y evolución. *Cuadernos de Trabajo Social*, 25(1), 193-203.
- Melillo, A., Suarez, E. N., Rodriguez, D. (2002). *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Barcelona: Paidós.
- Meller, A. (1931). *Psychobiology: A science of Man*. Springfield, IL: Charles C. Thomas
- Menéndez, S. (2003). *Psicología Evolutiva* (Proyecto docente no publicado). Universidad de Huelva, Huelva.
- Menéndez, S., Hidalgo, M^a. V., Jiménez, L., Lorence, B y Sánchez, J. (2010). Perfil psicosocial de familias en situación de riesgo. Un estudio de necesidades con usuarias de los Servicios Sociales Comunitarios por razones de preservación familiar. *Anales de Psicología*. 26(2), 378-389.
- Menéndez, S., Jiménez, L. y Lorence, B. (2008). Familia y adaptación escolar durante la infancia. XXI. *Revista de educación*, 10, 97-110.

- Milner, J. S. (1990). Características Familiares del Perpetrador en los Casos de Maltrato Físico y Abuso Sexual Infantil. *Infancia y Sociedad*, 2, 5-15
- Milner, J. S. (1993). Social information processing and physical child abuse. *Clinical psychology review*, 13(3), 275-294.
- Milner, J. S. (1995). La aplicación de la teoría del procesamiento de información social al problema del maltrato físico a niños. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 125-134.
- Milner, J. S. (2002). Factores de riesgo. En J. Sanmartin (Ed.), *Violencia contra niños* (pp. 39-58). Barcelona: Ariel.
- Milner, J. S. (2003). Social information processing in high-risk and physically abusive parents. *Child Abuse and Neglect*, 27, 7-20
- Milner, J. S., y Chilamkurti, C. (1991). Physical Child Abuse Perpetrator Characteristics A Review of the Literature. *Journal of Interpersonal violence*, 6(3), 345-366.
- Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Secretaría de Estado de Política Social. Observatorio de la Infancia. (2008). *Informe sobre experiencias de participación social efectiva de niños, niñas y adolescentes*. Madrid: Secretaría General Técnica. Subdirección General de Información y Publicaciones.
- Minuchin, S. (1992). *Familia y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin S., Bernice G., Rosman y Lester B. (1967). *Families of the Slums*. Nueva York: Basic Books.
- Minuchin, P., Colapinto, J., Minuchin, S. (2009). *Pobreza, institución, familia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Molina, A., Martínez, C. (2013). *Valórame: instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- Monks, C. P., Smith, P. K. y Swettenham, J. (2003). Aggressors, victims and defenders in preschool: peer, self and teacher reports. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49, 453-469.
- Moore, C. G., Probst, J. C., Tompkins, M., Cuffe, S., y Martin, A. B. (2007). The prevalence of violent disagreements in U.S. families: Effects of residence, race/ethnicity, and parental stress. *Pediatrics*, 119, 568-576.

- Moos, R. H, y Moos, D. (1976). A typology of family social environments. *Family Process*, 15, 357-371.
- Moos, R. H. y Billings, A. G. (1986). Conceptualizing and measuring coping resource and processes. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects*. Nueva York: Free Press.
- Morales, J. M., y Costa, M. (1997). Tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil. En J. Casado, J. A. Díaz y C. Martínez (Eds.), *Niños maltratados* (pp. 309-323). Madrid: Díaz de Santos.
- Morales, P., Vicioso, F., Garrón, M. y Moreno, J. M. (1999). El maltrato infantil: definición y clasificaciones. En P. Morales (Ed), *Maltrato infantil. Un enfoque desde los Servicios Sociales* (pp.51-62). Badajoz: Instituto Municipal de Servicios Sociales.
- Morán, C., Landero, R. y González, M. C. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Moreno, E. (2010). Políticas de Infancia y parentalidad positiva en el marco europeo. *Papeles Salmantinos de Educación*, 14, 17-28.
- Moreno, J.M. (2001). *Variables que intervienen en el abandono físico y negligencia infantil comparativamente con otros tipos de maltrato infantil* (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, Badajoz.
- Moreno, M. C., Jiménez, J., Oliva, A., Palacios, J. y Saldaña, D. (1995). Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 33-47.
- Morente, F. (2012). Visiones de la infancia y la adolescencia: notas para una concepción alternativa. *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, 5(2), 240-257.
- Morrow, E., Ross, F., Grocott, P. and Bennett, J. (2010). A model and measure of quality service user involvement in health research. *International Journal of Consumer Studies*, 34(5), 532-539.
- Musitu, G. y García, J. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16 (2), 288-293.

- Musitu, G. y Herrero, J. (1994). La familia: Formas y funciones. En G. Musitu y P. Allat, *Psicosociología de la familia* (pp. 83-103). Valencia: Albatros.
- Musitu, G. y Lila, M.S. (1993). *Autoconcepto y comunicación familiar: un análisis de sus interrelaciones*. Madrid: AEOEP.
- Noller, P. y Shum, D. (1990). The couple version of FACES III: Validity and reliability. *Journal of Family Psychology*, 3(4), 440–451.
- Ochaita, E. y Espinosa, M. A. (2004). *Hacia una teoría de las necesidades infantiles y adolescentes. Necesidades y derechos de la infancia y la adolescencia en el marco de la Convención de Naciones Unidas*. Madrid: Mac.Graw-Hill-UNICEF
- Ohan, J. L., Leung, D. W. y Johnston, C. (2000). The parenting sense of competence scale: Evidence of a stable factor structure and validity. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 32(4), 251-261.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, Á. y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 53-62.
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A. y Pertegal M. A. (2010). Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 33(2), 223-234.
- Olson, D. H. (1994). Curvilinearly Survives. The World Is Not Flat. *Family Process*, 33, 471-478.
- Olson, D. H, y Killorin, E. (1985). *Chemically dependent families and the circumplex model*. St. Paul, Minnesota: Family Social Science, University of Minnesota.
- Olson, D. H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *FACES III*. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Olson, D. H, Sprenkle, D. y Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 14, 1-35.
- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A. S., Muxen, M. L. y Wilson M. A. (1983). *Families: What makes them work*. Beverly Hills, CA: Sage

- Olson, D. H., Russell, C. y Sprenkle, D. H. (1989). Circumplex Model of Marital and Family Systems II: Empirical studies and clinical intervention. *Advances in Family Intervention, Assessment and Theory*, 1, 129-176.
- Olson, D. H. y Barnes, H. (2004). *Family communications*. Minneapolis: Live Innovations
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H. y Russell, C. S. (1983). Circumplex Model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process*, 22(1), 52-62.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (Documento en Línea) Recuperado de http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Orlandini, A. (1999). *El estrés qué es, y como evitarlo*. México: FCE
- Osofsky, J. D., Thompson, M. D., Shonkoff, J. P., y Meisels, S. J. (2000). Adaptive and maladaptive parenting: Perspectives on risk and protective factors. *Handbook of early childhood intervention*, 2, 54-75.
- Padilla, S., Máiquez, M. L. y Rodrigo, M. J. (2012a). *Evaluación de un programa domiciliario: Crecer felices en familia*. Comunicación oral presentada en el XI Congreso Internacional de Infancia Maltratada. Oviedo
- Padilla, S., Máiquez, M. L. y Rodrigo, M. J. (2012b). *Influencia de las características familiares sobre el estrés parental en familias en riesgo psicosocial*. Poster presentado en el XI Congreso Internacional de Infancia Maltratada. Oviedo.
- Páez, D. (1986). *Factores psicosociales y salud mental*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Palacios, J. (3 de noviembre de 2010). Los niños invisibles. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/diario/2010/11/03/opinion/1288738812_850215.html
- Palacios, J. (1999). *La familia como contexto de desarrollo humano*. Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Palacios, J. y Rodrigo, M. J. (1998). La familia como contexto de desarrollo humano. En M. J. R. López y J. Palacios (Coords.). *Familia y desarrollo humano*, (pp. 25-44). Madrid: Alianza Editorial.
- Pardo, A., y Ruiz, M. A. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 Base*. Madrid: McGraw-Hill.

- Parr, P. E. (2000). The family FIRO model: Exploring relationship needs of “at risk” families. *American Journal of Family Therapy*, 28(3), 164-255.
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Pearlin, L. y Schooler, C. (1978). The structures of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pérez, J. (2014). *El estrés parental en familias en situación de riesgo psicosocial*. (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Huelva, Huelva.
- Pérez, J. y Menéndez, S. (2014). Un análisis tipológico del estrés parental en familias en riesgo psicosocial. *Salud Mental*, 37(1), 27-34.
- Pérez, J., Menéndez, S., y Hidalgo, M. V. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias usuarias de los Servicios Sociales. *Psychosocial Intervention*, 23, 25-32.
- Pichon Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Rush, A. J., Hughes, C. W., Garber, J. y Malloy, E. (2006). Children of currently depressed mothers: A STAR*D ancillary study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(1), 126–136.
- Pinazo, S., Pons, J. y Carreras, A. (2002). El consumo de inhalables y cannabis en la preadolescencia: Análisis multivariado de factores predisponentes. *Anales de Psicología*, 18, 77-93.
- Pinderhughes, E., Dodge, K. A. y Zelli, A. (2000). Discipline responses: Influences of parents' socioeconomic status, ethnicity, beliefs about parenting, stress, and cognitive–emotional processes. *Journal of Family Psychology*, 14(3), 380-400.
- Polaino-Lorente, A. y Martínez-Cano, P. (2003). *Evaluación Psicológica y Psicopatología de la Familia*. Pamplona: Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra. Ediciones Rialp.
- Porter, C. L., y Hsu, H. C. (2003). First-time mothers perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Link to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 54-64.

- Portner, J. (1981). *Parent/adolescent relationships: interactions types and the circumplex model* (Tesis doctoral no publicada). Family Social Science, University of Minnesota, St Paul, Minnesota.
- Putnick, D. L., Bornstein, M. H., Hendricks, C., Painter, K. M., Suwalsky, J. T. y Collins, W. A. (2008). Parenting stress, perceived parenting behaviors, and adolescent self-concept in European American families. *Journal of Family Psychology, 22*(5), 752-762.
- Raya, E. (2004). Exclusión social y ciudadanía: claroscuros de un concepto. *Aposta: Revista de Ciencias Sociales, 9*, 1-18.
- Reder, P., Duncan, S. y Lucey, C. (2003). *Studies in the assessment of parenting*. Nueva York: Routledge.
- Reich, J. W. y Zautra, A. (1983). Life events and perceptions of life quality: Developments in a two factor approach. *Journal of Community Psychology, 43*, 121-132.
- Reid, J. B., Kavanagh, K. y Baldwin, D. V. (1987). Abusive parents' perceptions of child problem behaviours: An example of parental bias. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 457-466.
- Reitman, D., Currier, R. O. y Stickle, T. R. (2002). A critical evaluation of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a Head Start population. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 384-392.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E. y Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin, 128*(2), 330-366.
- Revilla, L., de los Ríos, M. A y Luna, J. D. (2007). Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. *Atención Primaria, 39*(6), 305-11.
- Richardson, G. E. (2002). The meta theory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 307-321.
- Rijlaarsdam, J., Stevens, G. W., Van der Ende, J., Hofman, A., Jaddoe, V. W., Mackenbach, J. P., Verhulst, F. C. y Tiemeier, H. (2013). Economic disadvantage and young children's emotional and behavioral problems: mechanisms of risk. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(1), 125-137.

- Rodrigo, M. J. y Byrne, S. (2011). Social support and personal agency in at-risk mothers. *Psychosocial Intervention, 20*, 13-24.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C. y Byrne, S. (2008). *Preservación Familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide
- Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Cabrera, J. C. y Máiquez, M. L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial, 18(2)*, 113-120.
- Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M. L., Martín, J. C y Máiquez, M. L. (2006). La evaluación del riesgo psicosocial en las familias usuarias de los Servicios Sociales Municipales. *Psicothema, 18(2)*, 200-206.
- Rodríguez, M. (1998). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Revista Sistémica, 4(5)*, 15-26.
- Roger, D., Javis, G., y Najarian, B. (1993). Detachment and coping. The construction and validation of new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences, 15*, 619-626.
- Rose, W. (2010). The assessment framework. En J. Howarth (Ed.), *The child's world. The comprehensive guide to assessing children in need* (pp. 34-55). Londres: Jessica Kingsley Publisher.
- Rozas, G. (1999). Familia y pobreza dura. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 3(1)*, 83-94.
- Ruiz de Miguel, C. (2001). Factores familiares vinculados al bajo rendimiento. *Revista Complutense de Educación, 12(1)*, 81-113.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantages. En M. W. Kent y J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology* (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry, 147*, 598-611.
- Rutter, M. (1993). Resilience; some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health, 14(8)*, 626-631.

- Rutter, M. (1994). Beyond Longitudinal Data: Causes, Consequences, Changes and Continuity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 928–940.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy, 21*, 119-144.
- Rutter, M. y Quinton, D. (1984a). Parental mental illness as a risk factor for psychiatric disorders in childhood. En D. Magnusson y A. Ohman (Eds), *Psychopathology: An Interactional Perspective* (pp. 199-219). Orlando, FL: Academic Press.
- Rutter, M., y Quinton, D. (1984b). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological medicine, 14*(4), 853-880.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*, 68–78.
- Ryff, C. D. y Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727.
- Saleebey, D. (Ed.) (2006). *The strengths perspective in social work practice*. Boston: Pearson Education, Inc.
- Sallés, C. y Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social, 49*, 25-47.
- Sameroff, A. J., y Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. En: F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, y G. Siegel (Eds.), *Review of child development research 4*, (pp. 187–244). Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A. J., y Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. *Handbook of early childhood intervention, 2*, 135-159.
- Samper, P., Tur, A., Mestre, V. y Cortés, M. T. (2008). Agresividad y afrontamiento en la adolescencia. Una perspectiva intercultural. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 8*(3), 431-440.
- Sánchez-Cánovas, J. (1991). Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En G. Buela y V. E. Caballo (Eds.), *Manual de Psicología clínica aplicada* (pp. 247-270). Madrid: Siglo XXI.

- Sanders, M. R. y Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 65-73.
- Sandín, B. (1990). Factores de Predisposición en los Trastornos de Ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 343-351.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología 2* (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B (1999). *El estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- Sandín, B. (2008). Los sucesos vitales (cambios vitales). En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Concepto y Consecuencias Clínicas* (2ª ed.) (pp.43-65). Madrid: Klinik.
- Sandín, B., Chorot, P. y Santed, M. A. (2008). Evaluación del estrés diario. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Concepto y Consecuencias Clínicas* (2ª ed.) (pp.109-122). Madrid: Klinik.
- Sanz J. Vázquez, C. (1995). Trastorno del estado de ánimo. Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología 2* (pp. 341-378). Madrid: McGraw Hill.
- Sanz, M., Iraurgi, I. y Martínez-Pampliega, A. (2002). Evaluación del funcionamiento familiar en toxicomanías: adaptación española y características de adecuación métrica el FAP-FACES IV. En I. Iraurgi y F. González Saiz (Eds.), *Instrumentos de evaluación en drogodependencias* (pp. 403-434). Madrid: Aula Médica.
- Save the Children España (2013). *Conocer, Proteger y Dialogar. Pautas para ejercer una parentalidad positiva con nuestros hijos e hijas*. Recuperado de <https://www.savethechildren.es/publicaciones/conocer-proteger-y-dialogar>
- Save the Children España (2015). *Más solas que nunca. La pobreza infantil en familias monomarentales*. Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/mas_solas_que_nunca.pdf
- Scannapiecco, M. (2005). History and Definition of Child Maltreatment. En M. Scannapiecco, *Understanding Child Maltreatment* (pp 3-22). Cary, NC, USA: Oxford University Press.

- Schaffer, H. R. (1996). *Social development*. Oxford: Blackwell.
- Schene, P. y National Child Welfare Resource Center for Family-Centered Practice (2005). *Comprehensive Family Assessment Guidelines for Child Welfare*. Recuperado de http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/family_assessment
- Schmidt, V., Barreyro, J. P. y Maglio A. L. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. *Escritos de psicología*, 3(2), 30-36.
- Seligman, M. E. P. (1983). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Seligman, M. E. P. (2005). *La auténtica felicidad*. Santander De Quilichao, Cauca, Colombia: Imprelibros, S.A.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 38, 32-36.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Sheldon, K. M. y King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216-217.
- Sheridan, S. M., Warnes, E. D., Cowan, R. J., Schemm A. V. y Clarke, B. L. (2004). Family-Centered Positive Psychology: Focusing on Strengths to Build Student Success. *Psychology in the Schools*, 41 (1), 7-17.
- Sidor, A., Fischer, C., Eickhorst, A. y Cierpka, M. (2013). Influence of early regulatory problems in infants on their development at 12 months: A longitudinal study in a high-risk sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 35-49.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Smith, S.G. (1996). *Clinical utility of the family adaptation and cohesion evaluation scale III (FACES III)* (Tesis Doctoral no publicada). Texas Tech University, Texas.
- Solano, J. C. (2008). La exclusión social a través de la desigualdad de oportunidades educativas. En M. Hernández Pedreño (Coord.), *Exclusión social y desigualdad* (pp. 105-130). Murcia: Editum.

- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología* 75, 73-85.
- Sousa, L. y Eusébio, C. (2005). When multi-problem poor individual's values meet practitioner's values!. *Journal of Community y Applied Social Psychology*, 15, 353-367.
- Sousa, L., Ribeiro, C., Y Rodríguez, S. (2007). Are Practitioners Incorporating a Strengths-Focused Approach when Working with Multi-Problem Poor Families? *Journal of Community y Applied Social Psychology*, 17, 53-66
- Spratt, E. G., Saylor, C. F. y Macias, M. M. (2007). Assessing parenting stress in multiple samples of children with special needs (CSN). *Families, Systems y Health*, 25(4), 449.
- Steeger, C. M., Gondoli, D. M. y Morrissey, R. A. (2013). Maternal avoidant coping mediates the effect of parenting stress on depressive symptoms during early adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 22(7), 952-961.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hacen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G., Forde, D. R. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorder in a community sample. *American journal of psychiatry*, 153, 275-277.
- Stith, S. M., Liu, T. L., Davies, C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M. y Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggress Violent Behavior*, 14, 13-29.
- Subirats, J., Riba, V., Giménez, L. Obradors, A., Giménez, M., Queralt, D., Bottos, P. y Rapoport, A. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación la Caixa.
- Syvertsen, A. K., Roehlkepartain, E. C., y Scales, P. C. (2012). *The American family assets study*. Minneapolis, MN: Search Institute.
- Taylor S. (1991). *Positive Illusions*. New York: Basic Books.
- Tezanos, J. F. (2001). *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Madrid: Sistema.
- Thoits, P. A. (1983). Dimensions of live events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature . En B. Kaplan (Ed.), *Psychological stress: Trends in theory and research* (pp. 33-103). Nueva York: Academic press.
- Tinbergen, N. (1951). *The study of instinct*. Nueva York: Clarendon Press/Oxford University Press.

- Torio, S. y Peña, J. V. (2006). Etiología y factores de riesgo de los malos tratos intrafamiliares a la infancia. Intervención desde la escuela. *Revista española de pedagogía*, 235, 525-543.
- Torres, B., Arruabarrena, I., De Paúl, J. (1996). *Evaluación de casos de maltrato infantil: Entrevista semiestructurada para padres*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Trenado, R., Pons-Salvador, G. y Cerezo, M. A. (2009). Proteger a la infancia: Apoyando y asistiendo a las familias. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 24-32.
- Trickett, P. K., Kuczynski, L. (1986). Children's misbehaviors and parental discipline strategies in abusive and non abusive families. *Developmental Psychology*, 22, 115-123.
- Trigo, J. (1998). Indicators of risk in families receiving attention from social services. *Psychology in Spain*, 2(1), 66-75.
- Trujillo, H. M., Oviedo-Joekes, E., y Vargas, C. (2001). Avances en psiconeuroinmunología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 413-474.
- Ungar, M. P. (2003). *Creciendo peligrosamente: Formando la Resiliencia Escondida en Jóvenes y Familiar Dificiles*. Conferencia presentada en la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*, 1, 15-22.
- Valladares, A. M. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *Medisur*, 6(1), 4-13.
- Vallotton, C. D., Harewood, T., Ayoub, C., A., Pan, B., Mastergeorge, A. M. y Brophy-Herb, H. (2012). Buffering boys and boosting girls: The protective and promotive effects of Early Head Start for children's expressive language in the context of effects of Early Head Start for children's expressive language in the context of parenting stress. *Early Childhood Research Quarterly*, 27(4), 695-707.
- Vandeleur, C. L., Preisig, M., Fenton, B. T. y Ferrero, F. (1999). Construct validity and internal reliability of a French version of Faces III in adolescents and adults. *Swiss journal of Psychology*, 58(3), 161-169.
- Vandsburger, E., Harrigan, M. y Biggerstaff, M. (2008). In spite of all, we make it: Themes of stress and resiliency as told by women in families living in poverty. *Journal of Family Social Work*, 11, 17-35.

- Vasta, R. (1982). Physical child abuse: a dual-component analysis. *Developmental Review*, 2, 125-149.
- Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena, G. Berrios y P. Fernández de Larrinoa (Eds), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 425-446). Barcelona: Masson.
- Vélez, C. N., Johnson, J. y Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 28, 861-864.
- Vielva, I., Pantoja, L. y Abeijón, J. A. (2001). *Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento familiar de las familias con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. (Revised edition). Nueva York: George Braziller.
- Waller, R., Gardner, F., Dishion, T. J., Shaw, D. S. y Wilson, M. (2012). Validity of a brief measure of parental affective attitudes in high-risk preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 45-955.
- Waller, R., Gardner, F., Hyde, L. W., Shaw, D. S., Dishion, T. y Wilson, M. (2012). Do harsh and positive parenting predict reports of deceitful-callous behavior in early childhood?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(9), 946-953.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia Familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Watson Tiesel, J. y Goral, D. (2004). Agony or Ecstasy? Evolving Theory and methods of the circumplex model. En V. Bengston, A. Acock, D. Klein, K. Allen, K. y P. Dilworth-Anderson (Eds), *Sourcebook of family theory and research* 8, (pp 50-53). California: Sage.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychopathology*, 19, 302-312.
- Weitz, J. (1970). *Social and Psychological factors in Stress*. Nueva York: Holyt.

- Werner, E. E. (2002). Protective factors and individual resilience. En J. P. Shonkoff y S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 115-132). Nueva York: Cambridge University Press.
- Werner, E. y Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, Nueva York: Cornell University Press.
- Wertheim, E. (1975). The science and typology of family systems. II. Further theoretical and practical consideration. *Family Process*, 14, 285-308.
- Whipple, E. E., y Webster-Stratton, C. (1991). The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse Neglect*, 15, 279-291.
- White, A. (2005). *Assessment of parenting capacity. Literature review. Centre for Parenting and Research*. Ashfield, Australia: Department of Community Services.
- Whiteside-Mansell, L., Ayoub, C., Mckelvery, L., Faldowski, R. A., Hart, A., y Shears, J. (2007). Parenting stress of low-income parents of toddlers and preschoolers: Psychometric properties of a short form of Parenting Stress Index. *Parenting*, 7(1), 27-56.
- Willinger, U., Diendorfer-Radner, G., Willnauer, R., Jorgl, G. y Hager, V. (2005). Parenting stress and parental bonding. *Behavioral Medicine*, 31(2), 63-69.
- Wirrell, E. C., Wood, L., Hamiwka, L. D., y Sherman E. M. (2008). Parenting stress in mothers of children with intractable epilepsy. *Epilepsy y Behavior*, 13(1), 169-173.
- Wohed, P., Van der Aalst, W. M. P., Dumas, M., Hofstede, A. H. M. y Russell, N. (2005). Pattern-Based Analysis of the Control-Flow Perspective of UML Activity Diagrams. En L. Delcambre, C. Kop, H. C. Mayr, J. Mylopoulos y O. Pastor (Eds.) *Conceptual Modeling – ER 2005. Lecture Notes in Computer Science* (vol 3716, pp.63-78). Berlin: Springer-Heidelberg.
- Wolfe, D. A. (1985). Child abusive parents: An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97, 462-482.
- Wolfe, D. A. (1987). *Child abuse: implications for child development and psychopathology*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Wolfe, D. A. y Wekerle, C. (1993). Treatment strategies for child physical abuse and neglect: A critical progress report. *Clinical Psychology Review*, 13, 473–500.

- Wolin, S. y Wolin S. (1999). *Resilience as Paradox*. Recuperado de <http://www.projectresilience.com/resilience.htm>
- Zeidner, M. y Hanmer, A. (1992). Coping with missile attack: resources, strategies and outcomes. *Journal of Personality, 9*, 101-102.
- Zolkoski, S. M. y Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review, 34*, 2295-2303.
- Zuckerman, M. (1974). The sensation-seeking motive. En B. Maher (Ed), *Progress in experimental personality research vol. 7* (pp.79-148). Nueva York: Academic.
- Zurabin, S. (1989). Severity of maternal depression and three types of mother-to-child aggression. *American Journal of Orthopsychiatry, 59*, 377-389.

VI LEGISLACIÓN Y NORMATIVA

Carta de los Derechos Fundamentales, de 7 de diciembre de 2000. *Diario Oficial de la Unión Europea*. Estrasburgo, núm. C364, pp. 1-18.

Carta Europea de los Derechos del Niño, 21 de Septiembre de 1992. *Boletín de las Comunidades Europeas*. Estrasburgo, núm. 241, pp. 67-73.

Constitución Española, de 27 de Diciembre de 1978. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313-29424.

Convención Internacional de los Derechos del Niño, de 20 noviembre de 1989. Asamblea General de las Naciones Unidas. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 31 noviembre de 1990, núm. 313, pp. 38897-38904.

Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948. *Asamblea General de las Naciones Unidas*. Paris. Resolución 217 A(III), pp. 34-37.

Decreto 49/1986, de 5 de marzo, para la creación de los Servicios Sociales Comunitarios de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 15 de abril de 1986, núm. 32, pp. 1062-1064.

Decreto 11/1992, de 28 de enero, por el que se establecen la naturaleza y prestaciones de los servicios sociales comunitarios. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 25 de febrero de 1992, núm. 18, pp. 1018-1020.

Decreto 228/1999, de 15 de noviembre, por el que se regula el Consejo Andaluz de Asuntos de Menores. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 18 de noviembre de 1999, núm. 134, pp. 805-807.

Decreto 75/2001, de 13 de mayo, por el que se regula el Observatorio de la Infancia en Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 17 de marzo de 2001 de noviembre de 1999, núm. 32, pp. 4353-4355.

- Decreto 42/2002, de 12 de febrero, del régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 16 de febrero de 2002, núm. 20, pp.436-443.
- Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 4 de mayo de 2002, núm. 52, pp. 127-134.
- Decreto 282/2002, de 12 de noviembre. Acogimiento familiar y Adopción. *Boja Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, de 19 de noviembre 2002, núm. 135, pp. 22647-22661.
- Decreto 3/2004, de 7 de enero, por el que se establece el sistema de información sobre maltrato infantil de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 16 de enero de 2004, núm. 10, pp. 294-296.
- Decreto 230/2011, de 8 de noviembre, por el que se aprueba el instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo en los servicios sociales municipales y territoriales de atención y protección a la infancia y adolescencia en la Comunidad Autónoma del País Vasco (BALORA). *Boletín Oficial Del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz, 12 de diciembre de 2011, núm. 233, pp. 1-71.
- Decreto 494/2015, de 1 de diciembre. Programa de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo y desprotección. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 9 de diciembre núm. 237, pp. 10-26.
- Decreto-ley 7/2014, de 20 de mayo de 2014, por el que se establecen medidas urgentes para la aplicación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 28 de mayo de 2014, núm 101, pp. 11-16.
- Decreto-ley 8/2014, de 10 de junio, de medidas extraordinarias y urgentes para la inclusión social a través del empleo y el fomento de la solidaridad en Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 13 de junio de 2014, núm. 113, pp. 54-124.

Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 3 de abril de 1985, núm. 80, pp. 8945-8964.

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. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 17 de noviembre de 1987, núm. 275, pp. 34158-34162.

Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 28 de junio de 1988, núm. 154, pp. 20135-20139.

Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 24 de junio de 1998, núm. 150, pp. 20689-20702.

Ley 39/1999, de 5 de noviembre de 1999, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 6 de noviembre de 1999, núm. 226, pp. 38934-38942.

Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 9 de julio de 2005, núm. 163, pp. 24458-24461.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre del 2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 1 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 55657-55674.

Ley 54/2007, de 28 de diciembre de 2007, de Adopción internacional. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 29 de diciembre de 2007, núm. 312, pp. 53676-53686.

Ley 1/2009, de 27 de febrero, reguladora de la Mediación Familiar en la Comunidad Autónoma de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 13 de marzo de 2009, núm. 50, pp. 6-12.

Ley 5/2010, de 11 de junio de 2010, de autonomía local de Andalucía. Comunidad Autónoma de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 23 de junio de 2010, núm. 122.

Ley 27/2013, de 27 de diciembre de 2013, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 30 de diciembre de 2013, núm. 312, pp. 106430-106473.

Ley 26/2015, de 28 de julio del 2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 29 de julio, núm. 180, pp. 64544-64613.

Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, núm. 248, de 27 de diciembre, pp. 2-74.

Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre, Estatuto de Autonomía para Andalucía. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid. 11 de enero de 1982, núm. 9, pp. 524-530.

Ley Orgánica 4/1992, de 5 de junio de 1992, sobre reforma de la ley reguladora de la competencia y el procedimiento de los juzgados de menores. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 11 de junio de 1992, núm. 140, pp. 19794-19796.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 24 de noviembre de 1995, núm. 281, pp. 33987-34058.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 17 de enero de 1996, núm. 15, pp. 1225-1238.

Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 13 de enero del 2000, núm. 11., pp. 1422-1441.

Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid. 23 de diciembre de 2000, núm. 307, pp. 45508-45522.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 29 de diciembre de 2004, núm. 313, pp. 104986-105031.

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio de 2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid. 23 de julio de 2005, núm. 175, pp. 26349-26356.

Orden de 13 de abril de 1998, por la que se regulan las ayudas económicas familiares y su gestión mediante la cooperación entre la Junta de Andalucía y las Corporaciones Locales de su territorio. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 2 de mayo de 1998, núm. 49, pp. 8.

Orden de 12 de julio de 1999, en la que se regula y convocan subvenciones para la financiación de actuaciones de mediación para el acogimiento familiar de menores realizadas por las entidades colaboradoras de Integración familiar. Consejería de Asuntos Sociales. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, núm. 85, 22 de julio de 1999, pp. 9443-9445.

Orden de 11 de febrero de 2004, por la que acuerda la publicación del texto íntegro del Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 26 de febrero de 2004, núm. 39, pp. 945-950.

Orden de 23 de junio de 2006, por la que se aprueban los modelos de la Hoja de Detección y Notificación del Maltrato Infantil. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 7 de julio de 2006, núm. 130 de, pp. 14-18.

Ordenanza Municipal para luchar contra la prostitución y la trata con fines de explotación sexual en la ciudad de Sevilla de 29 de abril de 2011. *Boletín Oficial de la Provincia de Sevilla*, 26 de Mayo de 2011, núm. 19, pp. 19-25.

Plan director de igualdad (III), 2010-2012. Delegación de la Mujer. Ayuntamiento de Sevilla a 11 de marzo 2010.

Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia (II PENIA), 2013-2016. Aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros de 5 de abril de 2013. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Dirección general de servicios para la familia y la Infancia.

Plan municipal de prevención y atención a la infancia y la adolescencia en situación de riesgo social 2012-2015. Ayuntamiento de Sevilla.

Plan nacional de acción para la inclusión social (PENAIN), 2013-2016. Aprobado por acuerdo de Consejo de Ministros el 13 de diciembre de 2013.

Plan nacional integral de apoyo a la familia 2015-2017. Aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministro. Madrid, 14 de mayo de 2015.

Plan integral de infancia y adolescencia (II), 2016/2020 de 7 de junio de 2016.

Real Decreto 1618/2007, de 7 de diciembre, sobre organización y funcionamiento del Fondo de Garantía del Pago de Alimentos. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 14 de diciembre de 2007, núm. 299, pp. 51371-51377.

Recomendación 19 Rec (2006), del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre *Políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad*. Adoptada por el Comité de Ministros el 13 de diciembre de 2006 en la 983ª reunión de los Delegados de los Ministros.

Recomendación CM/REC (2009-10), del Comité de Ministros del Consejo de Europa, sobre estrategias nacionales integrales de protección de los niños contra la violencia. Adoptada por el Comité de Ministros. *Diario Oficial de la Unión Europea*. Varsovia , 30 de noviembre de 2009.

Recomendación de La Comisión de 20 de febrero de 2013, del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre Invertir en la infancia: romper el ciclo de las desventajas. Adoptada por el Comité de Ministros. *Diario Oficial de la Unión Europea*. Bruselas, núm. 59, pp. 5-16.

Recomendación de la Comisión, de 20 de febrero de 2013, Invertir en la infancia: romper el ciclo de las desventajas. *Diario Oficial de la Unión Europea*, Bruselas, 2 de marzo de 2013, núm., 59, pp. 5-16.

Resolución de 25 de mayo de 1988, de la Secretaría General Técnica, por la que se da publicidad al Convenio-Programa entre el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales de Corporaciones Locales. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 18 de Junio de 1988, núm. 145, pp. 19232-19237.

VII ANEXOS

- ANEXO A:** Hoja de detección y notificación del maltrato infantil.
- ANEXO B:** Instrumento de Evaluación de las Necesidades de la Infancia y Protección Infantil (López, 2008).
- ANEXO C:** Canalización del CORE a los ETF.
- ANEXO D:** Escala de Valoración de Gravedad de Situaciones de Riesgo, Desprotección y Desamparo (VALORAME).
- ANEXO E:** Sucesos/situaciones estresantes para la familia.
- ANEXO F:** Consentimiento Informado.
- ANEXO G:** Memorias técnicas anuales de evaluación del programa de tratamiento a familias con menores.
- ANEXO H:** Ficha de datos sociodemográficos e historial de intervención.
- ANEXO I:** Cuestionario de Salud General (GHQ-28).
- ANEXO J:** Family Adaptability And Cohesion Scale (FACES III).
- ANEXO K:** Family Communication Scale (FCS).
- ANEXO L:** Escala De Afrontamiento Del Estrés Abreviada (Brief Coping wiht stress scale, COPE-A).

ANEXO B

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LA INFANCIA Y PROTECCIÓN INFANTIL (LÓPEZ, 2008)

FÍSICO-BIOLÓGICAS

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

NECESIDADES COGNITIVAS

NECESIDADES	PREVENCIÓN	RIESGO
Estimulación	<ul style="list-style-type: none"> Estimular los sentidos. Un entorno que estimule los sentidos. Interacción lúdica en la familia. Estimulación planificada en el colegio. Estimulación lingüística tanto en el entorno familiar como en la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> Privación sensorial Pobreza sensorial. Monotonía de estímulos. Currículo no secuencial. Falta de estimulación lingüística.
Exploración física y social	<ul style="list-style-type: none"> Contacto con un entorno físico y social rico en objetos: juguetes, elementos naturales, personas, etc. Proporcionar a los niños bases de seguridad. Compartir la exploración con ellos (adultos e iguales). 	<ul style="list-style-type: none"> Entorno pobre. No sentirse seguro durante las exploraciones. No compartir las exploraciones.
Comprensión de la realidad física y social	<ul style="list-style-type: none"> Escuchar y responder de forma contingente. 	<ul style="list-style-type: none"> No escuchar. No responder. Responder en un momento inadecuado.

Adquisición de un sistema de valores y normas	<ul style="list-style-type: none"> • Decir la verdad. • Hacerlos participar en el conocimiento de la vida, el placer, el dolor, la muerte. • Transmitir los valores y las normas. • Tolerancia con las discrepancias y las diferencias: sexo, razas, discapacidades, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mentir. • Ocultar la verdad. • Visión pesimista. • Anomia o valores antisociales. • Dogmatismo. • Racismo.
<p>La no atención a estas necesidades se relaciona especialmente con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandono físico o negligencia. • Retraso del desarrollo no orgánico (es decir, que es evitable). 		

EMOCIONALES Y SOCIALES

NECESIDADES	PREVENCIÓN	RIESGO
1.- SOCIALES:		
Seguridad emocional, identidad emocional y autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> • Apego incondicional: aceptación, disponibilidad, accesibilidad, respuesta adecuada a las demandas. • Contacto íntimo: visual, lingüístico, etc. • Capacidad de control. • Capacidad de protección. • Resolver los conflictos con moral inductiva: explicaciones, exigencias conforme a la edad, posibilidad de revisión si el niño protesta la decisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo. • Ausencia. • No accesibles. • No interpretar. • No responder. • No responder contingentemente. • Incoherencia en la respuesta. • Autoritarismo. • Amenazas de retirada de amor.
Red de relaciones sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el contacto y las interacciones con iguales, tanto en la familia como en la escuela. • Continuidad en las relaciones. • Actividades conjuntas de familias con hijos que son amigos. • Incorporación a grupos o asociaciones infantiles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social. • Imposibilidad de contacto con amigos. • Prohibición de amistades. • Aburrimiento. • Compañeros peligrosos.
Participación y autonomía progresiva, a la vez que necesidad de establecer unos límites al comportamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en decisiones y gestión de todo aquello que le afecta y puede hacer por sí mismo y los demás de la familia, el colegio y la sociedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • No ser escuchado. • No ser tenido en cuenta. • Dependencia.
2.- SEXUALES:		
Curiosidad, imitación y contacto.	<ul style="list-style-type: none"> • Responder a las preguntas. • Permitir juegos y autoestimulación sexual. • Proteger de los abusos. 	<ul style="list-style-type: none"> • No escuchar. • No responder. • Engañar. • Castigar manifestaciones sexuales. • Abuso sexual.
3.- CON EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL:		
Protección de riesgos imaginarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar, comprender y responder a sus temores: miedo al abandono, miedo a la enfermedad, a la muerte, etc. • Posibilidad de expresar el miedo. • Evitar verbalizaciones y conductas que fomenten los miedos: violencia verbal, física, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • No escuchar. • No responder. • No tranquilizar. • Inhibición emocional. • Violencia verbal. • Violencia física en el entorno. • Amenazas.
Interacción lúdica.	<ul style="list-style-type: none"> • Con la madre, el padre y otros familiares. • Juegos con iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> • No -disponibilidad de tiempo por parte de los padres. • No- accesibilidad. • Tono vital de los padres: tristeza. • Ausencia de iguales en el entorno. • Falta de juegos o juegos inadecuados (bélicos, sexistas, sofisticados, etc.).
<p>La no-atención a estas necesidades se relaciona especialmente con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maltrato emocional. • Abandono emocional. • Abandono. • Abuso sexual. • Explotación laboral. • Corrupción. • Incapacidad. 		

ANEXO C

CANALIZACIÓN DEL CORE A LOS ETF

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN.**
 - 1.1. Datos de Identificación de las Menores.
 - 1.2. Datos de Identificación de los Adultos responsables.
2. **BREVE HISTORIA FAMILIAR.**
 - 2.1. Genograma.
 - 2.2. Breve historia familiar.
3. **MOTIVO FUNDAMENTAL POR EL QUE SE CANALIZA EL CASO** (carencias detectadas, demandas principales, etc.).
4. **INTERVENCIONES REALIZADAS POR SERVICIO DERIVANTE.**
 - 4.1 Desde el SIOV.
 - 4.2 Desde el SCORE.
5. **FACTORES / INDICADORES RIESGO Y PROTECCIÓN.**
 - 5.1 Indicadores de riesgo (incluyo los indicadores determinantes para el ETF) que puntúan moderado o grave.
 - 5.1.1 **FACTORES DE LAS PERSONAS CUIDADORAS:**
 - 5.1.1.1 Historia personal de maltrato/abandono: la madre de las menores ha sido víctima en su infancia de situaciones violentas, tiene escasa integración de su historia personal y su función parental se ve afectada.
 - 5.1.1.2 Equilibrio emocional / tolerancia a la frustración. (ambos progenitores).
 - 5.1.1.3 Resolución de problemas / toma de decisiones. (ambos progenitores).
 - 5.1.1.4 Empatía / sociabilidad (madre).
 - 5.1.2.1 Autoestima / autonomía (madre).
 - 5.1.3 **FACTORES DE LOS/AS MENORES:**
 - 5.1.3.1 Relaciones de las personas cuidadoras con las menores.
 - 5.1.3.2 Aceptación, aprobación y afecto parental hacia las menores (entre leve y moderado, sobre todo en la relación madre con las hijas).
 - 5.1.3.3 Expectativas parentales hacia las menores (moderado en ambos progenitores).
 - 5.1.3.4 Educación formal (moderado).
 - 5.1.3.5 Educación no formal (moderado).
 - 5.1.3.6 Características comportamentales de las menores/ adaptación (moderado). Este comportamiento se muestra en el hogar o en contextos informales.
 - 5.1.4 **FACTOR DE CALIDAD RELACIONES FAMILIARES:**
 - 5.1.4.1 Relaciones de pareja de los cuidadores (grave)
 - 5.1.4.2 Nivel de conocimiento de las necesidades de desarrollo (grave)

5.1.4.3 Adecuación de expectativas hacia la menor (moderado)

5.1.4.4 Afrontamiento del estrés familiar (moderado)

5.2 Indicadores de protección.

5.2.1 *AMBOS PROGENITORES TIENEN CONCIENCIA DEL DAÑO QUE LE PUEDEN CAUSAR A SUS HIJAS Y MUESTRAN VOLUNTAD PARA TRABAJAR POR UN CAMBIO EN SU DINÁMICA.*

Demandan apoyo externo para ello:

- Apoyo de familia extensa paterna.
- Aceptación de la Unidad de Día.
- Normalización escolar.

6. DIAGNÓSTICO

Sistema familiar que puede impedir la evolución de sus miembros al no cubrir las necesidades básicas para el desarrollo, colocando a las menores en una situación de riesgo moderado.

Personas adultas sin reconocimiento de su problemática, sin proactividad resolutive y con escasez de habilidades personales que dificultan la intervención recuperadora desde el SCORE, considerándose, por nuestra parte, que la situación familiar puede mejorar con el tratamiento por parte del ETF, preservando con ello el bienestar de las hijas menores.

7. PRONÓSTICO Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

En base a lo trabajado hasta ahora con la familia, desde un contexto de ayuda y un trabajo educativo, el pronóstico es desfavorable para el cambio siendo necesario un cambio de contexto donde exista un mayor control y una intervención de carácter terapéutico con ambos progenitores para que la dinámica familiar sufra los cambios necesarios y garanticen una adecuada atención a las necesidades de las menores.

La propuesta de intervención, por lo tanto, se centra en el trabajo parental, en mejorar las competencias de ambos progenitores, mejorar el conocimiento sobre las necesidades de sus hijas, cambiar las estrategias educativas, trabajar las dificultades personales de ambos que impiden que su relación cambie y esto le ayude a minimizar el conflicto y la violencia familiar. En definitiva, ofrecer un contexto familiar más seguro y estable a las menores.

ANEXO D

ESCALA DE VALORACIÓN DE GRAVEDAD DE SITUACIONES DE RIESGO, DESPROTECCIÓN Y DESAMPARO (VALORAME)

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA HOJA-RESUMEN.

- Se cumplimentará una hoja resumen para cada niño, niña o adolescente, incluso aunque pertenezcan a una misma familia y convivan en un mismo domicilio.
- En el campo “discapacidad” se consignará “sí”, sólo cuando exista una valoración de un grado de discapacidad igual o superior al 33%.
- Se han de completar todos los apartados que requieren ser evaluados. Cuando no haya información sobre alguno de ellos, se señalará así. Las casillas “riesgo leve”, “gravedad moderada”, “gravedad elevada” y “gravedad muy elevada”, se marcarán sólo en caso de constatación de las tipologías de desprotección.
- Recuérdese que además de la tipología de maltrato que se esté investigando, siempre habrá que valorar C. NEGLIGENCIA y B.1 MALTRATO EMOCIONAL.
- En la categoría “Exposición a situaciones de violencia” se marcará el check “V.G.” cuando se detecte exposición a situaciones de violencia de género, entendiendo como tal la que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. Comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de la libertad (art. 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género).
- Si tras la investigación y recogida de información se tiene la certeza de que una determinada tipología no está presente se consignará como “No existe”.
- En caso de que se presuma que puede existir riesgo o desprotección en alguna tipología, pero no se disponga de la suficiente información como para consignarlo con seguridad, se señalará como “Sospecha”, y se harán constar en el informe correspondiente los datos que fundamentan dicha sospecha. En estos casos, en esta casilla se especificará, si es posible, el nivel de gravedad de las sospechas: “S= Sospecha sin determinar el posible nivel de gravedad, S-R= Sospecha de situación de riesgo, S-M= Sospecha de desprotección moderada, S-G= Sospecha de desprotección grave.
- Si como resultado de la investigación se constata que existen “OTRAS SITUACIONES QUE PODRÍAN DAR LUGAR A DESPROTECCIÓN GRAVE”, únicamente se consignarán como “sí” en caso de que dichas situaciones estén poniendo en peligro la integridad del/la niño/a y no existan elementos de control en el entorno familiar que suplan esos déficits.
- Las siguientes tipologías no admiten calificación en:
 - “Negligencia hacia las necesidades físicas”: todas las relativas a los niveles de gravedad.
 - “Vestido”: gravedad elevada y gravedad muy elevada.
 - “Higiene personal”: gravedad muy elevada.
 - “Negligencia hacia necesidades de seguridad”: todas las relativas a los niveles de gravedad.
 - “Protección ante otros”: riesgo leve.
 - “Negligencia hacia necesidades escolares”: gravedad muy elevada.
 - “Negligencia hacia necesidades psíquicas”: gravedad moderada, elevada y muy elevada.
 - “Interacción y afecto”: riesgo leve.
 - “Estimulación”: riesgo leve.
 - “Atención a problemas emocionales graves”: riesgo leve y gravedad moderada.
 - “Normas, límites y transmisión de valores”: riesgo leve.
 - “Violencia sexual”: riesgo leve y gravedad moderada.
 - “Síndrome de Munchausen por poderes”: riesgo leve.

ANEXO F

SUCESOS/SITUACIONES ESTRESANTES PARA LA FAMILIA

Listado de sucesos/condiciones estresantes (durante el último año)

1. Embarazo en la familia (padres/adultos)
2. Embarazo en la familia (menores/adolescentes)
3. Aborto
4. Salida de un miembro de la familia del hogar (matrimonio, servicio militar, colegio interno, ...)
5. Divorcio o separación en la familia
6. Entrada en el hogar de una nueva figura parental
7. Vuelta al hogar de un miembro de la familia ausente anteriormente
8. Muerte de un miembro de la familia nuclear (padre, madre, hermano, ...)
9. Muerte de un pariente cercano (abuelos, tíos, sobrinos, ...)
10. Muerte de un amigo de la familia (de los padres o de los hijos)
11. Pérdida (no por muerte) de amistades (de padres o de los hijos)
12. Enfermedad en el niño requiriendo hospitalización
13. Enfermedad del padre/madre (figura parental) requiriendo hospitalización
14. Enfermedad de otro miembro de la familia requiriendo hospitalización
15. Consumo/abuso de alcohol y/o drogas por el padre/madre (figura parental)
16. Consumo/abuso de alcohol y/o drogas por el hijo/a(s)
17. Tratamiento psiquiátrico (hospitalización o ambulatorio) del padre/madre (figura parental)
18. Tratamiento psiquiátrico (hospitalización o ambulatorio) de algún hijo.
19. Problemas del padre/madre (figura parental) con la ley
20. Problemas del menor/hijo con la ley
21. Problemas de otros familiares cercanos con la ley
22. Encarcelamiento del padre/madre (figura parental)
23. Encarcelamiento de un miembro cercano de la familia
24. Problemas con la vivienda (daños serios, pérdida de residencia...)
25. Cambio de residencia/mudanza
26. Desempleo/despido en padre /madre (figura parental)
27. Ascenso o descenso en el trabajo para el padre/madre (figura parental)
28. Descenso o aumento significativo en los ingresos económico de la familia (>25%)
29. Dificultades financieras/económicas importantes
30. Problemas serios en la escuela (expulsión, graves problemas de disciplina, fracaso escolar, ...)
31. Conflictos significativos entre los hijos/menores y sus compañeros/amigos
32. Conflicto o ruptura de relación de noviazgo (hijos adolescentes)
33. Incremento significativo en la conflictividad de la relación de pareja de los padre/cuidadores
34. Violencia física entre los padres/ figuras parentales
35. Incremento significativo en la conflictividad de la relación padre-hijos
36. Violencia física del padre/madre (figura parental) hacia los hijos
37. Incremento significativo en la conflictividad de la relación entre los hermanos
38. Violencia física en la relación entre los hermanos
39. Conflicto significativo entre los padre/tutores/cuidadores y la familia extensa
40. Menor sacado fuera del hogar y puesto en cuidado alternativo (acogimiento institucional o familiar)
41. Un miembro adulto de la familia ha sido víctima de violación u otro abuso/agresión sexual
42. Abuso sexual a un menor de la familia

ANEXO F

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Dirección General de Asuntos Sociales y la Universidad de Sevilla están realizando una investigación con el objetivo de conocer aspectos de la situación familiar que ayuden a mejorar la calidad de los servicios que trabajan con las familias en los Servicios Sociales Comunitarios.

Solicitamos su participación en el estudio. Su participación será totalmente confidencial. Le agradecemos de antemano su colaboración

La investigadora del
proyecto

Reyes Casares Ordóñez

Entiendo que:

- Mi participación en este estudio es completamente **voluntaria**;
- Al colaborar en esta investigación contribuyo para el avance del conocimiento en este campo.
- Mi participación implica aceptar responder a una entrevista (cerca de 60 minutos);
- Puedo negarme a colaborar en la investigación o **retirar mi consentimiento** en cualquier momento.
- Toda la información obtenida en el estudio es estrictamente **confidencial**.
- Mi identidad y la de mi hijo/a y mis datos confidenciales **jamás podrán ser revelados** en cualquier informe o publicación o a cualquier persona, a no ser con mi autorización por escrito.

Firma del participante:

Fecha:

ANEXO G

MEMORIAS TÉCNICAS ANUALES DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES

PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES (Convenio suscrito en el año 201x-201X)

(Se consignarán los datos correspondientes al periodo de vigencia del convenio evaluado)

(Esta memoria será un compendio de todos los datos. Se consignarán conjuntamente los datos del trabajo realizado por el o los equipos de tratamiento familiar, en el supuesto de existir más de uno)

A-DATOS GENERALES

Corporación Local:		
Nº de equipos:		
Nº de Profesionales:		

Señalar el periodo de tiempo para la ejecución del programa:

(Periodo de vigencia del convenio)

DD-MM-AA/DD-MM-AA

Objetivos conseguidos durante el periodo evaluado: (En relación a los objetivos del Programa de Tratamiento a familias con menores)

B-DATOS DE LOS CASOS ATENDIDOS:

Número de casos correspondientes a familias en situación de riesgo:

Nº de casos atendidos en el ejercicio evaluado	Iniciados en ejercicios anteriores	Incorporados al programa durante la vigencia del Convenio actual	TOTAL
Familias			
Menores			

Número de casos de reunificación familiar:

Nº de casos atendidos en el ejercicio evaluado	Iniciados en ejercicios anteriores	Incorporados al programa durante la vigencia del Convenio actual	TOTAL
Familias			
Menores			

Número de casos que cambiaron de subprograma (de riesgo social a reunificación familiar):

	TOTAL
Familias	
Menores	

Número de casos pendientes de atender: (Casos ya derivados al equipo con los que aún no se han iniciado las actuaciones, con independencia de que continúen en el servicio derivante:

Nº de casos pendientes de atender	Riesgo Social	Reunificación Familiar
FAMILIAS		
MENORES		

Indicar las causas de la demora en la atención:**Número de bajas producidas durante el periodo evaluado:**

Número de Familias	Subprograma	Motivo de la Baja

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS ATENDIDOS. TIPOLOGÍA DEL MALTRATO:

(Con este cuadro se pretende conocer la tipología de maltrato de los menores que son tratados por los ETF. Debido a que un menor puede sufrir varios tipos de maltrato, el número total de casos por tipologías no tiene porqué coincidir con el número total de menores atendidos).

a) En caso de Riesgo Social:

Tipología	Nº de casos
Maltrato Físico	
Maltrato psicológico/emocional	

Negligencia/Abandono Físico/Cognitivo	
Abandono Sicológico/Emocional	
Abuso Sexual	
Explotación Laboral	
Corrupción	
Maltrato Prenatal	
Retraso no orgánico del crecimiento	
Munchausen por poderes	
Maltrato Institucional	
Otros sin especificar	
TOTAL	

TIPOLOGÍA COMBINADA. (Señalar el número total de casos que han sufrido más de un tipo de maltrato, indicando el número y las combinaciones más frecuentes de tipologías):

COMBINACIÓN	Nº DE CASOS
Negligencia/Abandono Físico/Cognitivo+Abandono Psicológico/Emocional	
Maltrato sicológico/emocional+Negligencia/Abandono Físico/Cognitivo	
Maltrato sicológico/emocional+Abandono Psicológico/Emocional	
Abandono Psicológico/Emocional+Abuso sexual	
Maltrato físico+Negligencia/Abandono físico/Cognitivo	
Negligencia/Abandono físico/Cognitivo+Abuso sexual	
Abuso sexual+Maltrato psicológico/emocional	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional	
Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/Abandono físico/Cognitivo+Abandono psicológico/emocional	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Abandono psicológico/emocional	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+otros	
Maltrato físico+Negligencia/Abandono físico/Cognitivo+Otros	
Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/Abandono Psicológico/Emocional	

encia/Abandono físico/cognitivo+Otros	
Maltrato físico+Negligencia/Abandono físico/Cognitivo+Abandono psicológico/emocional	
Negligencia/Abandono físico/Cognitivo+abandono psicológico/emocional+Otros	
Maltrato físico+Negligencia/Abandono físico/Cognitivo+Abuso sexual	
Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abuso sexual	
Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional+Abuso sexual	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+negligencia/abandono físico/cognitivo	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/agandono físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional	
Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional+Otros	
Maltrato psicológico/emocional+negligencia/abandono físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional+Abuso sexual	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abuso sexual	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional+Abuso sexual	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional+Maltrato prenatal	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono	

físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional+Otros	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional+Munchausen por poderes	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional+Corrupción	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional+Explotación laboral+Corrupción	

B) En caso de Reunificación Familiar:

Tipología	Nº de casos
Maltrato Físico	
Maltrato psicológico/emocional	
Negligencia/Abandono Físico/Cognitivo	
Abandono Psicológico/Emocional	
Abuso Sexual	
Explotación Laboral	
Corrupción	
Maltrato Prenatal	
Retraso no orgánico del crecimiento	
Munchausen por poderes	
Maltrato Institucional	
Otros sin especificar	
TOTAL	

TIPOLOGÍA COMBINADA. (Señalar el número total de casos que han sufrido más de un tipo de maltrato, indicando el número y las combinaciones más frecuentes de tipologías):

COMBINACIÓN	Nº DE CASOS
Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional	
Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo	

Maltrato psicológico/emocional+Abandono psicológico/emocional	
Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abuso sexual	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo	
Maltrato físico+Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Abandono psicológico/emocional+Abuso sexual	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional+Otros	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo+Abandono psicológico/emocional+Maltrato institucional+Otros	
Maltrato físico+Maltrato psicológico/emocional+Negligencia/abandono físico/cognitivo+abandono psicológico/emocional+Maltrato institucional	

Indicar los miembros de la unidad familiar que ha provocado la situación de malos tratos y/o negligencia: (Hacer referencia a la situación en el momento de la derivación del caso, o de la adopción de la medida, en su caso)

MALTRATADOR (Agente activo de la situación de maltrato)	Nº de casos	%
Padre		
Madre		
Ambos		
Hermanos		
Compañero/a del padre o madre		
Familia extensa		
Varios miembros de la familia		
Otros		

C-DATOS DE LOS MENORES:

Datos en relación a los menores:

	Riesgo Social		Reunificación Familiar	
	N	%	N	%
NIÑOS				
NIÑAS				

EDAD	Riesgo Social		Reunificación Familiar	
	N	%	N	%
<1 año				
1 a 3 años				
4 a 6 años				
7 a 9 años				
10 a 12 años				
13 a 15 años				
16 a 18 años				
TOTAL				

D-DATOS DE LA FAMILIA:

Factores asociados a las familias:

Factores Asociados	Riesgo Social		Reunificación Familiar	
	N	%	N	%
Ausencia de conciencia del problema				
Falta de motivación para el cambio				
Desempleo				
Inestabilidad/precariedad laboral				
Problemas en el manejo de la economía familiar				
Carencia de vivienda				
Problemas de habitabilidad/hacinamiento				

Conflictos familiares/pareja				
Problemas en relación con la familia extensa				
Adiciones en padre/madre				
Adicciones en el menor				
Problemas comportamentales en los niños				
Relaciones conflictivas padres/hijos				
Madre/padre adolescente				
Problemas síquicos y/o comportamentales en los padres				
Asunción de roles parentales por parte de los hijos				
Problemas relacionados con la planificación familiar				
Madre/padre delincuente habitual				
Prisión padre/madre				
Aislamiento social				
Inmigrantes ilegales				
Varios de los factores anteriores				
Otros				
TOTAL				

Datos relacionados con el padre o madre, o figura que asuma tales funciones:

	PADRE	MADRE
Media de edad		

EDAD	N	
	PADRE	MADRE
< 20 Años		
20 a 30 años		
30 a 40 años		
40 a 50 años		
>50 años		
TOTAL		

Determinar la media del número de miembros que componen la unidad familiar:

COMPOSICIÓN FAMILIAR	N	%
Familias biparentales		
Familias monoparentales (madre)		
Familias monoparentales (padre)		
Familias reconstituídas		
Familias extensas		
Otros		
TOTAL		

NIVEL EDUCATIVO PARENTAL	PADRE		MADRE	
	N	%	N	%
Analfabetos/Sin escolarización				
Sin concluir estudios obligatorios				
Estudios obligatorios (EGB, ESO)				
Estudios Secundarios (Bachiller, FP)				
Estudios Universitarios				
TOTAL				

SITUACIÓN LABORAL PARENTAL	PADRE		MADRE	
	N	%	N	%
Empleo fijo				
Contratación temporal				
Trabajos esporádicos				
Desempleo				
Amo/a de casa				
Jubilados/pensionistas				
Otros				
TOTAL				

INGRESOS FAMILIARES	N	%
< 50% SMI/AÑO		
50-100% SMI/AÑO		
100-150% SMI/AÑO		
150-200 SMI/AÑO		

>200% SMI/AÑO		

PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS	N	%
Trabajo de los miembros de la familia		
Trabajo de los miembros de la familia en su mayor parte, pero recibe también algún tipo de prestación de los Servicios Sociales		
Parte de los ingresos procede del trabajo de los miembros de la familia, pero son mayores los que reciben de los Servicios Sociales		
Proceden en su práctica totalidad de prestaciones de la Seguridad Social		
Proceden del trabajo y de prestaciones de la Seguridad Social		

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	N	%
ARRENDADA		
OCUPADA		
CEDIDA		
PROPIA		
OTRAS		

D-RESULTADOS FINALES:

Resultados obtenidos en cuanto objetivos finales:

Riesgo social		Familias	
		N	%
ALCANZADOS Se ha preservado o la integridad familiar	Objetivos Alcanzados La seguridad, integridad y atención de las necesidades básicas de los menores están garantizados		
	Objetivos parciales suficientes se han producido cambios notables, pero no todos los esperados. Requieren control de los SS.CC.		
	Objetivos parciales insuficientes se han producido alguno de los cambios esperados, pero no suficientes Requieren presencia regular de los SS.CC.		
NO ALCANZADOS No se ha preservado o la integridad familiar	Objetivos no alcanzados y se propone la adopción de medida El caso es susceptible de Reunificación		
	Objetivos no alcanzados y se propone la adopción de medida No se considera viable la reunificación familiar		
Familias en proceso de tratamiento			

Reunificación familiar		Familias	
		N	%
ALCANZA DOS Se ha conseguido o el retorno de los menores al hogar	Objetivos Alcanzados La seguridad, integridad y atención de las necesidades básicas de los menores están garantizados		
	Objetivos parciales suficientes se han producido cambios notables, pero no todos los esperados. Requieren control de los SS.CC.		
NO ALCANZA DOS No se ha conseguido o el retorno del niño al hogar	Objetivos parciales insuficientes Se han conseguido algunos cambios positivos pero insuficientes		
	Objetivos no alcanzados y se propone la separación definitiva No se ha observado mejoría significativa en la familia		
Familias en proceso de tratamiento			

Situación de los niños atendidos:

Situaciones de Riesgo Social	Al inicio del tratamiento		Al final del tratamiento	
	N	%	N	%
Hogar familiar				
Acogimiento Residencial				
Acogimiento Familiar				
Acogimiento preadoptivo				
Otros (especificar): Centro de reforma / En proceso de tratamiento				
TOTAL				

Casos de Reunificación Familiar	Al inicio del tratamiento		Al final del tratamiento	
	N	%	N	%
Hogar familiar				
Acogimiento Residencial				
Acogimiento Familiar				
Acogimiento preadoptivo				
Otros (especificar): En proceso de tratamiento / Piso tutelado				

TOTAL				

Razón de la finalización del tratamiento:

Riesgo Social		Familias	
		N	%
Porque la familia no acepta el recurso y abandona el tratamiento			
Por decisión de los responsables institucionales	Por cumplimiento del tiempo máximo establecido		
	Por falta de resultados antes del plazo de tiempo previsto		
	Por la consecución de los objetivos previstos		
	Porque las circunstancias familiares hacen innecesaria la intervención		
Otras causas	Por traslado		
	Por fallecimiento del menor		
	Por mayoría de edad		

Reunificación familiar		Familias	
		N	%
Porque la familia no acepta el recurso y abandona el tratamiento			
Por decisión de los responsables institucionales	Por cumplimiento del tiempo máximo establecido		
	Por falta de resultados antes del plazo de tiempo previsto		
	Por la consecución de los objetivos previstos		
	Porque las circunstancias familiares hacen innecesaria la intervención		
Otras causas	Por traslado		
	Por fallecimiento del menor		
	Por mayoría de edad		

E-DATOS DEL TRATAMIENTO:

Duración del tratamiento: (Sólo sobre casos cerrados)

	N	%
<6 meses		
6-12 meses		
12-18 meses		
18-24 meses		
>24 meses		

Recursos y actividades: (Casos atendidos por profesional)

PROFESIONAL	Nº FAMILIAS	Nº MENORES		MEDIA
Educador Sociofamiliar			Horas dedicadas a cada familia en intervención directa	
			Horas dedicadas a cada familia en otras actividades	
Trabajador Social			Horas dedicadas a cada familia en intervención directa	
			Horas dedicadas a cada familia en otras actividades	
Psicólogo			Horas dedicadas a cada familia en intervención directa	
			Horas dedicadas a cada familia en otras actividades	

ACTIVIDAD REALIZADA	Nº FAMILIAS	% FAMILIAS	TIEMPO MEDIO
1, Entrevista			
2, Visita domiciliaria			
3, Gestiones telefónicas			
4, Reuniones coordinación externa			
5, Reuniones coordinación interna			
6, Realización de informes			
7, Registro de actuaciones			
8, Diferentes gestiones en entidades			
9, Lectura y estudio de expedientes			
10, Realización y evaluación del PIF			
11, Acompañamiento Familiar			
12, Formación y Supervisión			
13, Evaluación de pruebas Psicológicas			
14. Atención y seguimiento de alumnas/os en práctica			
15, Gestión de recursos y tareas administrativas			
16, Trabajo de grupo			

Ocupación del equipo:

Media semanal de familias atendidas por equipo:

Media semanal de sesiones del equipo por familia:

Recursos que han colaborado en la resolución de los casos:

RECURSOS EXTERNOS UTILIZADOS	N	%
Unidades de Salud Mental		
Centros de Salud		
Centros Educativos		
Ayudas Económicas		

Centros Socioeducativos (guarderías)		
Otros recursos de Servicios Sociales		
AA.VV/ Asociaciones/O.N.G's		
C. De drogodependencias		
Otros (especificar):		

0

Características de la población tratada:**1. Cumplimiento de los criterios de inclusión**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Nº FAMILIAS	% SOBRE EL TOTAL
Existen posibilidades de que se corrija el comportamiento maltratante		
Existen pocas posibilidades de que se corrija el comportamiento maltratante, pero se pretende apoyar a la familia antes de considerar una separación definitiva		
Hay una figura adulta con mínima capacidad para ejercer responsabilidades parentales		
Los adultos han sido informados de los motivos del tratamiento y han aceptado la participación mediante acuerdo escrito		
No existe ningún otro factor que haga inviable el tratamiento		

2. Antigüedad de los casos tratados (computar en meses):

TIEMPO TRANSCURRIDO		MEDIA (en meses)
RIESGO SOCIAL	Entre la apertura del expediente en los SS.CC. Y la derivación al ETF.	
REUNIFICACIÓN FAMILIAR	Entre la apertura del expediente en los SS.CC. Y la adopción de medida de protección	
	Entre la adopción de medida de protección y la derivación al ETF	

3. Duración media de las fases de tratamiento (computar en meses, y sólo sobre casos cerrados):

	DURACIÓN MEDIA	
	RIESGO SOCIAL	REUNIFICACIÓN
Fase Inicial		
Fase de Tratamiento		
Fase Final		
TOTAL DE LA INTERVENCIÓN		

4. Número de casos derivados a otras instituciones u organismos:

Casos derivados a:	Motivo de la Derivación	N	%
SS.CC			
Sº de Protección Menores			
Otros (especificar):			
		0	

5. En los casos derivados al Servicio de Protección de Menores, especificar:

Número de casos en los que se han propuesto medida protectora:

6. Tipos de intervenciones realizadas a lo largo del proceso terapéutico (Indicar los aspectos cualitativos de la intervención):

7. Describir la metodología de intervención (Modelos teóricos empleados, técnicas e instrumentos utilizados por los profesionales del ETF, media de sesiones empleadas por cada uno de los profesionales a lo largo del año)

8. Plazo de tiempo medio desde que se recepciona el caso hasta que es atendido en la primera entrevista (semanas):

F- DIFICULTADES EN LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA:

G- PROPUESTAS

H- OTROS DATOS DE INTERÉS EN RELACIÓN A LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO FAMILIAR:

I- VALORACIÓN GLOBAL DE LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA:

En Sevilla a X de de 201X

Fdo:

Coordinador Municipal de los Equipos de Tratamiento Familiar de Sevilla

ANEXO H

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS E HISTORIAL DE INTERVENCIÓN (PSD)

DATOS PERSONALES DEL USUARIO/A	
PADRE MADRE DEL MENOR Identificador: Nivel educativo: <input type="checkbox"/> Sin estudios / dificultades para leer/escribir <input type="checkbox"/> Primarios incompletos <input type="checkbox"/> Primarios completos <input type="checkbox"/> Secundarios/FP incompleto <input type="checkbox"/> Secundarios/FP completo <input type="checkbox"/> Universitarios incompletos <input type="checkbox"/> Universitarios completos <input type="checkbox"/> Otros (<i>especificar</i>):	Fecha de nacimiento: / / Lugar de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> España <input type="checkbox"/> Otro país → ¿Cuál? _____ Años en España _____ Estado civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Convive <input type="checkbox"/> Separada/Divorciada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viuda Vivienda habitual: ▪ Tamaño aproximado: _____ m ² ▪ N° de habitaciones: _____
<u>Pareja</u> Nivel educativo: <input type="checkbox"/> Sin estudios / dificultades para leer/escribir <input type="checkbox"/> Primarios incompletos <input type="checkbox"/> Primarios completos <input type="checkbox"/> Secundarios/FP incompleto <input type="checkbox"/> Secundarios/FP completo <input type="checkbox"/> Universitarios incompletos <input type="checkbox"/> Universitarios completos <input type="checkbox"/> Otros (<i>especificar</i>):	Fecha de nacimiento: / / Lugar de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> España <input type="checkbox"/> Otro país → ¿Cuál? _____ Años en España _____
DATOS FAMILIARES	
Núcleo familiar <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Inestable Tipo de familia: <input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Reconstituida <input type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Extensa <input type="checkbox"/> Nuclear N° de hijos que conviven con la usuaria: _____ N° total de hijos (convivan o no con ella): _____	En casa: <input type="checkbox"/> Hay algún menor en acogimiento <input type="checkbox"/> Hay algún menor en adopción
Genograma*	<div style="text-align: right;"><u>Especificar:</u></div> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La edad de cada miembro de la familia. ▪ Quién vive habitualmente en la casa y quién no. ▪ Tipo de relación con la pareja

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Usuaría

Situación profesional: Inactiva (Ama de casa/No busca trabajo)

 Activa y desempleada ¿Hace cuánto tiempo? _____ Activa.

Ingresos totales aproximados: _____ € por mes

Tipo de trabajo: _____ Estabilidad: _____ Contrato: _____

Nº de trabajos: ____ 1. _____ Sí No Sí No2. _____ Sí No Sí No3. _____ Sí No Sí No**Pareja:** Situación profesional: Empleado Desempleado. ¿Hace cuánto tiempo? _____

Ingresos totales aproximados: _____ € por mes

Tipo de trabajo: _____ Estabilidad: Sí No Contrato: Sí No

Nº de trabajos: ____

Prestación por desempleo Sí No: _____ €.Pensión o Ayuda * Sí No: _____ €.

* Aportadas por una institución pública

Ingresos familiares Estables Inestables Cantidad aproximada: _____ € por mes**Fuente de los ingresos familiares****Usuaría:** Trabajo Sí No: _____ €. Ex-pareja Sí No: _____ €.Prestación por desempleo Sí No: _____ €. Padres/suegros Sí No: _____ €.Pensión o Ayuda * Sí No: _____ €. Hijo/a Sí No: _____ €.

* Aportadas por una institución pública

Ayuda social familiar Sí No: _____ €.**Otros (especificar)**

_____: _____ €.

_____: _____ €.

HISTORIAL DE INTERVENCIÓN

Prestación/es en la actualidad

 SIO Ayuda económica familiar SAD Ayuda de emergencia social Programa Comprende y Educa ETF Talleres de Convivencia e Inserción Social Programa de Prevención para adolescentes Programa de prevención, seguimiento y control del absentismo**De otros dispositivos de Bienestar Social** Salud Mental Centro Comarcal de Drogodependencias Centros de la Mujer Empleo Vivienda Otros: _____.

ANEXO H

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD. GHQ-28

Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber cómo has estado de salud **durante las últimas semanas**. Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

1. ¿Te has sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?				
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	
2. ¿Has tenido la sensación de que necesitabas un reconstituyente o unas vitaminas?				
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	
3. ¿Te has sentido agotada y sin fuerzas para nada?				
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	
4. ¿Has tenido la sensación de que estabas enferma?				
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	
5. ¿Has tenido dolores de cabeza?				
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	
6. ¿Has tenido la sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza te va a estallar?				
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	
7. ¿Has tenido oleadas de calor o escalofríos?				
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	
8. ¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?				
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	
9. ¿Has tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?				
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	
10. ¿Te has notado constantemente agobiada y en tensión?				
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	
11. ¿Te has sentido con los nervios a flor de piel y malhumorada?				
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	
12. ¿Te has asustado o has tenido pánico sin motivo?				
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	
13. ¿Has tenido la sensación de que todo se te viene encima?				
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho	

ANEXO J

FAMILI ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SACALE FACES III

A continuación encontrará una serie de frases que hacen referencia al funcionamiento de las familias. Pensando en su familia, indique en qué medida está de acuerdo con cada una de las afirmaciones según las siguientes opciones:

	Nunca o casi nunca	Pocas veces	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Los miembros de la familia nos pedimos ayuda unos a otros.					
2. A la hora de solucionar los problemas solemos tener en cuenta las opiniones de los hijos.					
3. Tanto los padres como los hijos aceptamos los amigos que tiene cada uno.					
4. A la hora de poner normas en casa, tenemos en cuenta la opinión de nuestros hijos.					
5. Nos gusta hacer cosas en las que estemos solo nosotros.					
6. Hay distintas personas que mandan dentro de nuestra familia.					
7. Los miembros de nuestra familia nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de la familia.					
8. En nuestra familia cambiamos la manera de hacer las cosas.					
9. A los miembros de la familia nos gusta pasar el tiempo libre juntos.					
10. Los padres y los hijos decidimos juntos los castigos.					
11. Los miembros de la familia nos sentimos muy unidos.					
12. Los hijos son quienes toman las decisiones en nuestra familia.					
13. Cuando nos reunimos para alguna actividad, todos estamos presentes.					
14. Las reglas y las normas cambian en nuestra familia.					
15. Se nos ocurren fácilmente cosas que podemos hacer en familia.					
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17. Los miembros de la familia nos consultamos las decisiones.					
18. Resulta fácil saber quién o quiénes son los que mandan en nuestra familia.					
19. La unión familiar es muy importante para nosotros.					
20. Resulta fácil decir quién realiza cada tarea doméstica en nuestra casa.					

ANEXO K

ESCALA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR (FAMILY COMMUNICATION SCALE-VERSIÓN ESPAÑOLA;FCS VE)

1	Los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos	1	2	3	4	5
2	Los miembros de la familia sabemos escuchar	1	2	3	4	5
3	Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros	1	2	3	4	5
4	En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente	1	2	3	4	5
5	Disfrutamos pasando tiempo juntos	1	2	3	4	5
6	Los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros	1	2	3	4	5
7	Cuando los miembros de la familia preguntamos algo las respuestas son sinceras	1	2	3	4	5
8	Los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros	1	2	3	4	5
9	Los miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas	1	2	3	4	5
10	En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos	1	2	3	4	5

ANEXO L

ESCALA DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ABREVIADA (BRIEF COPING WITH STRESS SCALE, COPE-A.).

Describa en este cuestionario qué hizo para hacer frente a su estrés como madre

	No hice esto en absoluto.	Hice esto un poco	Hice esto bastante.	Hice esto mucho
1. Me volqué en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas desagradables	1	2	3	4
2. Concentré mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que estuve	1	2	3	4
3. Me dije a mí misma "esto no es real"	1	2	3	4
4. Tomé alcohol u otras drogas para sentirme mejor	1	2	3	4
5. Conseguí el apoyo emocional de los demás	1	2	3	4
6. Dejé de intentar hacer frente a la situación	1	2	3	4
7. Di pasos para intentar mejorar la situación	1	2	3	4
8. Me negué a creer que esto había sucedido	1	2	3	4
9. Dije cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables	1	2	3	4
10. Recibí ayuda y consejo de otras personas	1	2	3	4
11. Consumí alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo	1	2	3	4
12. Intenté verlo bajo otro aspecto que lo hiciera parecer más positivo	1	2	3	4
13. Me critiqué a mí misma	1	2	3	4
14. Intenté dar con alguna estrategia acerca de qué hacer	1	2	3	4
15. Conseguí consuelo y comprensión de alguien	1	2	3	4
16. Dejé de intentar afrontarlo	1	2	3	4
17. Busqué algo bueno en lo que estaba pasando	1	2	3	4
18. Intenté hacer bromas sobre ello	1	2	3	4
19. Hice cosas para pensar menos en ello, como ir al cine, ver la televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras	1	2	3	4
20. Acepté la realidad del hecho que ocurrió	1	2	3	4
21. Expresé mis sentimientos negativos	1	2	3	4
22. Intenté encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales	1	2	3	4
23. Intenté conseguir consejo o ayuda de otros acerca de qué hacer	1	2	3	4
24. Aprendí a vivir con ello	1	2	3	4
25. Pensé mucho acerca de los pasos a tomar	1	2	3	4
26. Me culpé a mí misma por cosas que sucedieron	1	2	3	4
27. Recé o medité	1	2	3	4
28. Me burlé de la situación	1	2	3	4