

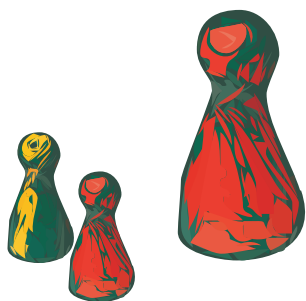


El Trabajo en Red

**Nuevas metodologías en la
protección a la infancia:**

**“La construcción del caso en los
Servicios Sociales, Centros de Salud y
Centros Educativos del Municipio de
Lorquí”**

Consejo Sectorial de la Infancia y Adolescencia



María Fuster Martínez

El Trabajo en Red

El Trabajo en Red

**Nuevas metodologías
en la protección a la
Infancia y Adolescencia:**

**“La Construcción del Caso en
los Servicios Sociales,
Centros de Salud y
Centros Educativos del
Municipio de Lorquí”**



Lorquí
Ayuntamiento

Consejo Sectorial de la Infancia y Adolescencia

EDICIÓN:

**Concejalía de Política Social
Ayuntamiento de Lorquí (Murcia)**

DISEÑO DE PORTADA:

Carlos Fuster Martínez

COMPOSICIÓN E IMPRESIÓN:

I.S.B.N.: 978-84-608-1881-6

Dep. Legal: MU 952-2015

Primera Edición: Septiembre, 2015

Imprenta Ros - Lorquí

COORDINACIÓN

M^a Teresa Guillén Fernández (Dir.^a Centro de SSAP Lorquí)
María Fuster Martínez (Coord.^a P. Intervención Familiar SSAP)
M^a Fernanda Rull Segura (Servicio de Familia, DGPS)
Concepción Pérez Lara (Servicio de Familia, DGPS)
Isabel Montero Sémelas (Dir.^a CEIP “Jesús G^a”, C^a Educación)

AUTORA

María Fuster Martínez (Psicóloga, CSSAPL)

COMISIÓN TÉCNICA

Directores de los Centros Educativos de Lorquí
CONSEJERIA DE EDUCACIÓN

Isabel Montero Sémelas (CEIP “Jesús García”)
Carmen Gallego Contreras (CEIP “Dolores Escámez”)
Ginés Solano Rojo (CEIP “Dolores Escámez” 2010-11)
Juan Enrique Bernal González (IES “Romano García”)
M^a Dolores Asensio Alacid (Escuela Infantil Municipal)
Orientador/a Centros Educativos:
M^a Dolores Hernández Gómez (IES “Romano García”)
José M. Cartagena Ros (IES “Romano García” 2010-13)

Policía Local de Lorquí
AYUNTAMIENTO DE LORQUÍ

Cayetano Ruiz García (Sargento Jefe Policía Local)

Centro de Salud de Atención Primaria de Lorquí
CONSEJERIA DE SANIDAD

Jacinto Ros García (Coordinador)
J. Alberto Anaya Reiche (Coordinador 2010-13)
Emilio Hernández Pérez (Pediatra)
Begoña Almenzar Pérez (Pediatra 2010-11)
Carolina Alcón Belchí (Responsable Enfermería)
Médicos Residentes
Alumnos de prácticas de Enfermería

Servicio de Familia

CONSEJERIA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

M^a Fernanda Rull Segura (Trabajadora Social, Téc. Apoyo)
Concepción Pérez Lara (Educadora, Téc. Zona)
Carmen Gomariz Rodríguez (Educadora, Téc. Zona 2011-12)
Marta Soriano Salinas (Trabajadora Social, Unidad Valoración)
Alumnos de prácticas de la Escuela de Educación Social y de Trabajo Social

Centro de Servicios Sociales de Atención Primaria
AYUNTAMIENTO DE LORQUÍ

Isabel Sánchez Ramírez (Trabajadora Social UTS 02)
Laura Vidal López (Trabajadora Social UTS 02)
Antonia Cremades Puche (Trabajadora Social UTS 01)
Isabel Guillén Torregrosa (Trabajadora Social UTS 01)
Francisca Parra Iniesta (Trabajadora Social del Prog. PAIN)
M^a José Castillo Millán (Educadora Social)

Agradecer a toda la de Comisión Técnica del Consejo Sectorial de Infancia y Adolescencia, la confianza en este proyecto que, a través de sus aportaciones, permite cada día más, construirnos como una realidad, a la que muchos denominan en la actualidad, territorios socialmente responsables.

Mención especial queremos hacer a la Fiscalía de la Región de Murcia, en las figuras de su Teniente Fiscal, José Francisco Sánchez Lucerga y al Fiscal Decano de Familia, Fernando Florit de Carranza. Solo con profesionales sensibles a los compromisos efectivos en el quehacer diario, se avanza en los cambios sociales y nos permiten evolucionar en otras maneras de hacer desde la responsabilidad de la Administración Pública.

Nuestro más sincero agradecimiento.

Lorquí, 16 de febrero de 2015

PRESENTACIÓN



ALCALDÍA

La preocupación por la infancia es prioritaria en los compromisos de esta Corporación Local con el Municipio de Lorquí, así como lo es la atención y prestación de servicios sociales a los vecinos y vecinas. Por ello, es motivo de orgullo para mí, como alcalde de este municipio, presentar un trabajo pionero que apuesta por una forma nueva y alternativa de identificar y abordar los problemas de la infancia y que nos sitúa como ejemplo para otras administraciones.

Nuestro municipio inició su andadura en la metodología de trabajo en red hace más de cuatro años, y fruto del compromiso institucional se impulsó la creación del Consejo Sectorial de la Infancia y Adolescencia, que se constituyó oficialmente el 8 de mayo de 2014 (BORM 4 de julio de 2014), aunque el grupo de trabajo de técnicos que dio lugar a este proyecto tiene su comienzo en 2010.

A lo largo de estos años, profesionales de diversos ámbitos se han reunido en torno a una mesa de trabajo para hablar de los menores afectados por diversas circunstancias de adversidad, todas ellas relacionadas con situaciones de desprotección. Una forma de abordaje interprofesional, que responde a una metodología de trabajo en red, que ha contado con la colaboración y participación de esta corporación municipal especialmente sensibilizada con este tema.

Estos profesionales constituyen *un observatorio* privilegiado a la hora de detectar necesidades de protección de menores en situación de riesgo, sin los cuales sería imposible la consecución de objetivos de protección infantil con aspiraciones de calidad y compromiso técnico y especializado. Éste equipo interprofesional está compuesto por representantes de diversas instituciones: Centros de Salud de Atención Primaria, con colaboraciones puntuales por necesarias de los Centros de Salud Mental de Adultos e Infanto-Juvenil; Centros Educativos; Policía Local y los Servicios Sociales de Atención Primaria y Especializada.

Nuestro deseo es consolidar este trabajo y sensibilizar al resto de instituciones para que el trabajo en red se constituya en una metodología recomendada y premisa de buenas prácticas difundiendo nuestro ejemplo de actuación interadministrativa.

Tal vez seamos muy ambiciosos, pero creemos que la realidad social actual, afecta en sus ecos de crisis de forma grave a la infancia y la adolescencia y está teniendo unas consecuencias devastadoras para toda una generación que necesita de respuestas innovadoras y con vocación reformista, de compromiso técnico, político e institucional. Una forma integral de trabajo capaz de incidir en las génesis y sostenimiento de los problemas que rodean a los menores y sus familias y que se convierta en el reflejo de un compromiso ético y de valores que devuelva la esperanza en todos aquellos que desean seguir confiando en la administración pública y en los poderes políticos que la sustentan.

Joaquín Hernández Gomariz

CONCEJALÍA DE POLÍTICA SOCIAL



Centro Servicios Sociales
Lorquí

Como responsable del Área de Política Social del Ayuntamiento de Lorquí manifestar mi compromiso para continuar la acción que hasta ahora hemos venido desarrollando, de la cual es fruto esta edición.

Apostar por dar a conocer y fomentar esta metodología de trabajo desde la experiencia conformada e impulsada desde nuestra administración local, dando cabida y amparo, desde el Consejo Sectorial de Infancia y Adolescencia, como órgano consultivo y espacio facilitador de pensamiento, consenso y planificación de actuaciones y valoraciones sobre las necesidades de nuestra Infancia y Adolescencia, a todo el conjunto de profesionales que tan generosamente se han sumado al compromiso técnico de hacer realidad esta forma alternativa de trabajar, no es más que uno de los principales ejes de la política por la que apuesta de forma relevante nuestra Corporación.

Además, destacar que nuestra visión y posicionamiento en relación a las actuaciones a desarrollar en materia de Protección Infantil o Buen Trato a la Infancia y Adolescencia, va más allá de las situaciones o casos concretos que se producen en nuestro municipio, con una perspectiva de futuro para fomentar desde la prevención y la inclusión social, espacios de convivencia, haciendo de nuestra pequeña localidad, un lugar de y para sus menores.

Agradecer el esfuerzo, la confianza y la implicación de los distintos agentes locales, educativos, sanitarios e institucionales que han participado y participan en este proyecto, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible llevarlo a cabo, así como el resultado tan positivo que se ha logrado. En este sentido, subrayar la labor más estrecha de María Fuster Martínez, como Coordinadora del Programa de Intervención Familiar en el Centro de Servicios Sociales de nuestro ayuntamiento, que merece ser mencionada en un lugar destacado por su entusiasmo y rigor en el trabajo.

Carmen Baños Ruiz

DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SS.SS.

El trabajo en red: La importancia de trabajar juntos

El sistema de servicios sociales tiene una estructura organizativa donde los servicios sociales de base o de atención primaria son la puerta de entrada y, en principio, el sitio privilegiado, el espacio natural para la gestión de los casos, dado que es el punto del sistema próximo a las personas, familias y comunidad, que se ubica en el entorno de referencia de las destinatarias y destinatarios de la intervención social.

Sin embargo, el ámbito de los servicios sociales, a su vez, forman parte de una red más amplia que sería el sistema de bienestar o protección social, conectado con otros sistemas formales e informales para desencadenar distintos efectos, tanto en la construcción en red como en las personas destinatarias. En esa red, los distintos profesionales y agentes tienen diferentes papeles, que vienen, en cierto modo, marcados por esa estructura de la que proceden en su origen. Sin embargo, hemos de ser conscientes de que nos encontramos en un proceso de cambio del tejido institucional de nuestras sociedades, de las administraciones públicas y del sistema público de protección social, de modo que se multiplica el número de agentes presentes y correlativamente van variando las funciones de cada uno de ellos.

Estamos construyendo los servicios sociales y la intervención social en un determinado contexto y momento histórico: en la denominada sociedad red, en la denominada sociedad del conocimiento, en la denominada sociedad del riesgo. En ese contexto ya no podemos - quizá nunca debimos -, pensar que

nos bastara con el conocimiento enlatado de hace años sino que la complejidad a la que nos enfrentamos, nos lanza a la vez al reto de la especialización y la polivalencia.

En ese contexto de cambio y, muchas veces de confusión, descubrimos que todo este escenario se puede analizar desde muchos puntos de vista; que cada agente tiene el suyo propio; y que mirado desde una perspectiva conjunta, vemos que nos encontramos con que hemos de asumir nuestro protagonismo a la hora de construir dicho conocimiento útil. La población usuaria de dichos servicios aumenta en número y complejidad cada día más, obligándonos a reflexionar y repensar las formas de la intervención.

La comprensión de lo social desde una perspectiva multidimensional y compleja, redimensiona las relaciones en los equipos interprofesionales donde se agrupan diferentes roles (educadores, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores, pedagogos, juristas, etc.), otorgándole a dicha relación una nueva lógica reunificada en la intervención, dirigida en un intento por adaptarse a las nuevas necesidades poliédricas que demanda la población.

Para poder ver, comprender y explicar se adopta la perspectiva desde *la Construcción del Caso* como modo de pensar. De esta manera se sostiene que el conocimiento es válido en cuanto al propósito del conocer y no para descubrir verdades absolutas. El objetivo es llegar a una construcción compartida de la explicación de los hechos; generada a partir de la interacción de los diferentes marcos epistemológicos que sustentan a cada profesión, mostrando como resultado que se puede definir una intervención profesional sólida.

Usando la metáfora de la compañera Luz Dary Ruiz Botero (2003)¹, de la afamada torre de Babel, recordaríamos que nuestros antepasados remotos intentaron construir un edificio tan alto que llegase hasta el cielo, pero su propósito fue burlado porque se confundieron las lenguas que hablaban, lo que imposibilitó su comunicación y, por ende, la finalización del referido edificio.

En los últimos tiempos hemos intentado de nuevo llegar hasta el cielo, pero no a base de ladrillos, sino de conocimiento. Cuando parecía que ya habíamos alcanzado los confines del universo con nuestros hallazgos, aquí se produce no una confusión, sino el desmembramiento del saber en disciplinas que se hacen mutuamente irreconocibles. El resultado podría asemejarse. Una vez más, quedarían frustradas las insensatas esperanzas de la humanidad como en la primera torre de Babel.

Tal vez, en esta segunda ocasión, en la Babel contemporánea, la confusión no ha sido de las lenguas, sino que a medida que la torre se hizo más y más alta, era necesario mucho tiempo para subir y bajar por ella, por lo que sus habitantes empezaron a hacer vida sedentaria, sin alejarse demasiado del piso donde habitaba. Cada vecindad comenzó a tener su propio argot, su acento peculiar y sus expresiones características, y con el tiempo cada cual se entendía solamente con sus vecinos, siendo imposible la comunicación entre los que habitaban la base y la cúspide, de manera que si estos les pedían ladrillos, aquellos les enviaban andamios, y la construcción tuvo que detenerse. Finalmente la torre del conocimiento se ha

¹ Trabajadora Social de la Universidad de Antioquia (Colombia) en su artículo *“El Trabajo Social en Grupos interdisciplinarios”* en el Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Edición nº 28 año 2003 <http://www.margen.org/suscri/margen28/botero.html#nota>

construido grande e imponente, tanto que ninguno de nosotros es capaz de recorrerla en su totalidad, por lo que nos afincamos y permanecemos en las partes que nos resultan más familiares. Lo que hemos fabricado es un conjunto de edificios en los que cada uno lleva en la puerta, el nombre de la ciencia correspondiente.

En un mundo global e interconectado, nos encontramos inmersos en un paisaje donde el desarrollo y la evolución humana nos muestra un escenario donde las torres levantadas son sustituidas por entramados complejos de múltiples conexiones, y donde la construcción de una red puede ser entendida, tal vez, como una trampa, o quizás, como un mecanismo de amortiguación en el aislamiento...

M^a Teresa Guillén Hernández

ÍNDICE

Presentación	9
Prólogo	19
Introducción	23
1. Fundamentación. Justificación	37
. Marco Legal: Situación de Riesgo y de Desamparo	55
. Referentes Teóricos. La Desprotección: Apuntes	71
. El Concepto de Maltrato	71
. La Valoración	72
. Sobre el Contexto Social	74
. Consecuencias Posibles	79
. La Intervención	91
. Las Competencias:	97
. Los Servicios Sociales Especializados	97
. Los Servicios Sociales de Atención Primaria	100
. Articular el procedimiento interprofesional	101
. Antecedentes: La creación de la red en Lorquí	103
2. Destinatarios	105
3. Objetivos	106
4. Una Propuesta Metodológica	108
5. De Procedimiento e Implementación	117
6. Recursos: Institucionales y Humanos	119
7. Calendarización	124
8. Evaluación	125
. Valoración Global 2010-2014: Descripción de Casos	128
. Análisis y Resultados de las Actuaciones Comunitarias	160
9. Conclusiones: ventajas, desventajas y lo constatado	165

Bibliografía	171
Anexos	
• Cronograma de reuniones plenarias 2010-2014	177
• Recursos elaborados desde la red	179
• Artículo de Prensa: “Protocolo de actuación para la prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF)”	181
• Reglamento del Consejo Sectorial de Infancia y Adolescencia del Municipio de Lorquí	183
• Talleres de Familias 2013-2014 (Cartel)	195

PRÓLOGO

La Psicología social siempre ha señalado el riesgo que supone centrarse en lo micro y no ver más allá de lo individual: la persona es consecuencia de las interacciones que mantiene con los demás, así como de las características del medio en el que éstas se realizan. Igualmente considera que en esas características se incluyen los factores estructurales que definen los contextos. Por ello, como psicóloga social, no puedo más que elogiar las páginas que siguen.

Los entornos de pobreza, de exclusión, de marginación, de discriminación o rechazo generan formas de relación y desarrollan en las personas patrones de conducta que intentan ser ‘adaptativos’ y al tiempo ‘denuncian’ su medio.

Las instituciones forman parte de los factores estructurales y tienen un papel fundamental en el desarrollo personal. Como se describe en este libro, cuando recogen demandas y generan estrategias integradas en una red multidimensional aumentan de manera relevante su eficacia.

Otro principio rector de la Psicología social, y de su desarrollo posterior en la Psicología Comunitaria, es abrirse a la comunidad, participar de ella para comprenderla y, en términos psicosociales, *problematizar*, *concientizar* y *empoderar*. En este sentido las personas, las políticas, las instituciones y los programas deben ir de la mano a la hora de promover el bienestar y la calidad de vida que le precede.

Obviamente para promover el bienestar no podemos adoptar una mirada individualista; se precisa de una aproximación multinivel y multidimensional. En consecuencia, y dados los complejos sistemas, estructuras e instituciones en la que la sociedad del siglo XXI se articula, deberá ser multiprofesional.

El bienestar psicológico no es un concepto estático, tampoco binario, ni ajeno a modelos culturales. A lo largo de la vida pasamos por etapas con necesidades diferentes que conforman y definen nuestro estado de bienestar. El sentido de identidad y afecto, el sentimiento de pertenencia y control, o la satisfacción con la vida se van presentando como ejes centrales a lo largo de nuestro desarrollo. Pero sí es cierto que promover el bienestar psicológico desde el inicio es, no solo un imperativo moral, sino la forma más eficaz de construir una sociedad 'sana'. Pese a ello con frecuencia debemos llevar a cabo intervenciones psicológicas en contextos sumamente complejos. Como sabemos desde hace tiempo, la aproximación ecológica es la más eficaz: micro, meso y macro sistema deben ser tenidos en cuenta en las actuaciones de reparación que llevemos a cabo, si bien al profesional de la psicología le son propias el micro y meso sistema.

El bienestar en los menores suele ser abordado desde el micro sistema familiar y el mesosistema educativo que refleja su experiencia escolar, poniendo así en relación el grupo de pares, la escuela y la familia. La influencia social del exosistema y macrosistema parece menos directa, pero fundamenta las estructuras sociales que relacionan, por ejemplo, el sistema judicial y las oportunidades laborales, lo que obviamente tiene un impacto directo sobre el bienestar psicológico.

Este texto se hace eco de esta complejidad y aborda desde el trabajo en red, entendido como el diálogo y la fusión de

perspectivas de los diferentes profesionales implicados en la vida de cada menor, la complicada tarea de restituir el bienestar psicológico en los menores. Pero este abordaje, pudiendo tomar otras opciones, se desarrolla desde dos posiciones: el construccionismo y la interseccionalidad. Empecemos por la segunda. El principio de interseccionalidad llama la atención sobre la necesidad de considerar simultáneamente las consecuencias de las diferentes categorías sociales de pertenencia como elementos básicos de la intervención y la investigación. Entiéndase: categorías socialmente construidas y relevantes para el sistema social en el que nos movemos. Es entonces cuando género, clase, edad, orientación sexual, cultura, y un posible etcétera determinan el caso que vamos a abordar. Pero este conjunto de categorías no se relacionan de forma aditiva sino a través de intersecciones que definen un campo (al estilo lewiniano) en el que es la configuración, la *gestalt* que se conforma, lo que puede determinar la experiencia. Una adolescente, marroquí y con poco dominio del español construirá una subjetividad diferente a la de una niña, gitana, cuyos padres son temporeros. Aunque ambas sean objeto de discriminación de género. Y me estoy situando aquí en una posición *etic*, desde fuera, como analista que valora y explica su conducta. Pero podemos completar esta aproximación desde una aproximación *emic*. ¿Qué y cómo piensan estas mujeres su situación? ¿Cómo ellas sienten y construyen la narración de su vivencia? Es ahora cuando entra en juego la aproximación construccionista de la Psicología social que nos alerta sobre la necesidad de entender que nuestra acción profesional ‘construye’ nuestro objeto.

En términos generales se puede decir que la pluralidad en la caracterización de una situación, o en la definición de un caso es inevitable. La construcción de la realidad del caso está determinada por el lenguaje y los modelos desde el que

hablemos. Nuestra forma de comprender y de dar significado al caso usará un lenguaje diferente al de otras disciplinas. Pero más aun, nos interesa conocer cómo la persona está dando significado a su propia experiencia: dar voz a la persona *con* la que trabajamos. Encontrar en esa narración la forma de comprender y de intervenir en las relaciones, y de reconstruirlas, es el trabajo expuesto en esta obra.

El cambio de aproximación que desde la década de los 90 se ha producido en relación a la intervención psicológica ha tenido tres puntos clave: personalización, potenciación y colaboración. Y ello ha supuesto en muchas ocasiones, y en el caso de los menores, poner el centro de atención en lo relacional y no en lo individual. Hay pues un cambio en lo que se considera foco de actuación ya que pasamos de conceptualizar nuestra acción como psicólog@s en términos de entidades discretas (Yo) a considerar formas continuas (Interacciones) y es ahí donde el concepto de red adquiere su completo significado.

Pero esta no es una tarea fácil, ya que no se trata de privilegiar una narración sobre otra, ni tampoco de validarlas todas; se trata de conocer cómo se están relacionando esas formas diferentes y qué consecuencias prácticas tienen de cara al bienestar psicológico de las y los menores. Y de forma práctica y concreta estas páginas se explican y justifican tales principios. Su lectura es toda una lección de experiencia, trabajo y voluntad.

Carmen Martínez

**Profesora Titular de la Universidad de Murcia
Coordinadora del Máster en Psicología de la Intervención Social**

INTRODUCCIÓN

El trabajo en red: Una respuesta posible a las crisis

La crisis en la que estamos inmersos es una crisis global que va más allá de sus componentes económicos y laborales. Es una crisis que pone en cuestión también los modelos asistenciales de salud, educación y servicios sociales.

El paradigma asistencial hoy dominante está basado en sistemas derivados de las organizaciones empresariales. Nacido al albor de la Nueva Gestión Pública implica consecuencias directas en la relación asistencial.

Para resumirlas en las cuatro principales diremos que supone una pérdida de confianza de los ciudadanos en los servicios y en los profesionales que les atienden. Como respuesta éstos tienden a adoptar posiciones defensivas para evitar las quejas o demandas que puedan surgir. Además, este paradigma supone un aumento notable de la burocratización de la tarea profesional, lo que conlleva, como cuarto elemento, una pérdida de la calidad asistencial y del vínculo transferencial del profesional con el ciudadano. Hoy somos ya conocedores del alcance de estos efectos negativos y de los impasses que generan.

Afortunadamente hay otros paradigmas asistenciales posibles. Uno de ellos, basado en las prácticas colaborativas del trabajo en red, plantea otra manera de hacer donde lo individual y lo colectivo se articulan alrededor de dos objetivos básicos. Por una parte ayudar a los profesionales que intervienen a hacerse una representación compartida del caso, donde la mirada

sobre lo global y lo singular permita captar la lógica interna de cada caso, sus líneas de fuerza, aquello que cojea pero sobre todo sus invenciones y logros. Es allí donde nos podemos apoyar para acompañar a las familias en la búsqueda de respuestas a sus crisis.

Por otra parte, esta orientación del trabajo colaborativo proporciona a los profesionales un apoyo mutuo frente a la angustia e incertidumbre que generan la complejidad y gravedad de las realidades asistenciales. Este apoyo posibilita que cada uno pueda sostener su acto profesional (clínico, educativo o social) sin verse obligado a precipitar su actuación forzado por la urgencia subjetiva y emocional.

Evidentemente esta propuesta no es sin dificultades. Algunas están relacionadas con el tiempo y las cargas de trabajo, otras con el intercambio de datos e informaciones. Algunas con las tensiones políticas e institucionales entre departamentos y finalmente, la más importante, con las resistencias de los propios profesionales que no siempre están en buena disposición para compartir el trabajo, sea por desconocimiento, temor o falta de voluntad.

El trabajo realizado desde el Ayuntamiento de Lorquí es ejemplar por la disponibilidad y capacidad tanto de los profesionales de las diferentes redes como de los responsables institucionales.

Este libro es una buena muestra de la convicción que tienen en los beneficios del trabajo en red y en el hecho de que hoy es ya una elección forzada si queremos responder con eficacia y buen hacer a los retos y problemáticas que la ciudadanía tiene en estos tiempos de crisis.

José Ramón Ubieto



***Nuevas formas, para nuevos tiempos:
Desde el reto profesional hacia la calidad asistencial.***

Llevamos desde el ámbito de las políticas sociales y, por tanto, de la configuración legislativa y administrativa de los servicios que la desarrollan, muchos años ya de respuesta ante realidades tan complejas como son las necesidades de la infancia y de la adolescencia vulnerable, en materia de desprotección.

Este grueso bagaje experiencial, unido indefectiblemente a los desarrollos normativos progresivos, han permitido un avance en su obligado abordaje y un continuado estudio de sus dimensiones y la consiguiente planificación de sus actuaciones, sostenidos desde los conocimientos que las valoraciones y evaluaciones de estas situaciones, nos permite el quehacer técnico y profesional.

Esta necesaria inercia hacia el desarrollo y la evolución nos lleva a todos los actores responsables de intervenciones asistenciales, sea cual sea el sector o ámbito desde el que se actúe, a cuestionarnos a tiempo real, el alcance y la validez de las mismas, toda vez que no podemos olvidar, que tratar con seres humanos es una dimensión compleja e inexacta que por su propia naturaleza ha de cuestionarnos y que bajo ninguna circunstancia debemos perder de vista, razón que a su vez, siempre ha movido la búsqueda del conocimiento, lejos de las certezas, que por rígidas y obligadas, impone la *cientificidad*.

Movidos por los propios cuestionamientos e interrogantes que la casuística de la desprotección nos interpela día tras día, muchas veces desde el sentimiento general de llegar a posibles callejones sin salida, este trabajo recoge esa forma de hacer que, tal vez, a su origen de vocación comunitaria, no sea tan novedosa, pero cuyas propuestas actuales de puesta en marcha en redes interprofesionales, ya sí desde nuevas formas programáticas, nos han permitido a los servicios comunitarios de nuestro municipio de Lorquí, y todos aquellos profesionales que desde los ámbitos técnicos más especializados de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, se veían comprometidos por igual en la intervención directa de los casos, unirnos en el deseo conjunto de conversar, reflexionar y atrevernos a innovar, adaptando nuestra forma de hacer las cosas y de afrontar las dificultades más y mejor a las necesidades de los menores y de sus familias.

El desarrollo actual en los servicios de la administración pública asistencial queda configurado cada vez más, en enriquecidas plantillas interprofesionales, cuya variada configuración son un reflejo de lo que las problemáticas y la realidad humana nos devuelve con contundencia: el supuesto saber del que somos depositarios ha de nutrirse de todo el conocimiento que rodea

al ser humano, por lo que la propia respuesta asistencial ha de estar integrada por equipos de variada composición en su interdisciplinariedad, hasta el punto, que muchos de ellos no pueden ser entendidos ya, sin esa mirada plural y compleja en sus análisis y respuestas.

Todo servicio que apueste por el protagonismo de un solo rol profesional dominante, quedará mermado, mediatizado y empobrecido en su análisis de la realidad humana y social, y abocado al fracaso en su respuesta de vocación cualificada, efectiva y eficiente. De ahí la importancia y necesidad imperiosa del trabajo interdisciplinar.²

Así, el diálogo entre las distintas administraciones concretado en sus responsables y actores cotidianos donde se expresa, no es más que la natural confluencia de su devenir y desarrollo.

Sectores como la Educación, la Salud, lo Social y la Justicia, son contenido y son administración, y tienen su fin último en el ser humano y en la sociedad que lo integra. Lo indivisible, lo complejo e incierto, lo individual y lo social, tienen su máximo encuentro en todos nosotros, sujetos y objetos, pasivos y activos, incluidos y excluidos todos, en el devenir que nosotros mismos en tanto que menores, familias o profesionales, no somos más que unos con otros.

Muchos de los casos que atañen a los Servicios Sociales de Atención Primaria (en adelante SSAP), tienen en sus

² García, M. y Fuster, M. (2014) “Reflexiones desde la Praxis Psicológica en los Servicios Sociales de Atención Primaria” Jornada de trabajo: Nuevos retos desde la Psicología en los Servicios Sociales de Atención Primaria. Ayuntamiento de Molina de Segura (Murcia).

protagonistas, las demandas de atención de niños, niñas y adolescentes, cuya realidad familiar pone en cuestión su capacidad para garantizar unas mínimas condiciones en la cobertura de sus necesidades básicas³.

En los perfiles de desprotección que manejamos, en un porcentaje de los casos existe un nivel de tal gravedad, que solo desde la actuación interinstitucional puede visualizarse y entenderse el alcance de la misma, en la más que probable afectación futura para el desarrollo integral del menor y que frecuentemente correlacionan con familias de llamado perfil multiproblemático, o cuyo deterioro evolutivo, de no ser restaurado, terminará en dicha deriva.

Las familias del mencionado perfil, se caracterizan por su polisintomatología, sufrir crisis recurrentes, con más de un sujeto portador de síntomas, con una desorganización en su estructura y dinámica familiar, con patrones de comunicación disfuncionales y ambivalentes, con tendencia al abandono de sus funciones parentales, negligencia y maltrato infantil, y asilamiento y exclusión social (Gómez et al., 2007). En definitiva, familias en donde la disfuncionalidad y la adversidad se vuelve crónica y transgeneracional, y la intervención de los agentes sociales prácticamente inevitable (Colapinto, 1995).

Como agentes sociales, cuando nos manejamos con la necesidad de intervenir en estas familias, es sobre la detección de determinadas realidades, donde las condiciones que se manejan para su visualización, giran en torno a la determinación y análisis

³ Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración Guía de Atención al Maltrato Infantil: "Necesidades básicas en la Infancia y adolescencia: indicadores de evaluación según grupos de edad" (Anexo 1), tomado de "Framework for the assessment of children in need and their families" (2000). Departamento of Health, UK Government.

de un contexto familiar concreto, en relación con un menor o menores, en donde los factores de riesgo y las condiciones de vulnerabilidad (Gómez, E. & Kotliarenco, M. A., 2010)⁴ marcarán la pauta, una vez constatados y verificados, muy a menudo, sobre la presencia frecuentemente de los indicadores, ya si éstos en muchos casos, testigos innegables del daño sobre el menor.

Para poder concretar este grado de afectación en el nivel de desprotección, desde los Servicios Sociales Especializados en el ámbito de protección a la infancia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en especial desde los Servicios de Protección y el Servicio de Familia (Dirección General de Política Social), en colaboración y apoyo, según el nivel de gravedad (de leve a moderado), con los Servicios Sociales de Atención Primaria (con funciones de detección, notificación e investigación) se dispone desde sus actuaciones propias y en la valoración de las situaciones de riesgo y desamparo, del *Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil*⁵.

⁴ Factores de riesgo: son variables que aumentan la probabilidad de un resultado disfuncional o patológico en un individuo o grupo (Rutter, 2007), normalmente asociado a la posibilidad de exposición a: a) de forma cotidiana y crónica a condiciones sociales adversas como, por ejemplo, la pobreza, b) a un evento traumático, como el abuso sexual, guerras, catástrofes, etc. c) un evento traumático particular. El concepto de vulnerabilidad se refiere a variables que incrementan la susceptibilidad a los efectos negativos de los factores de riesgo, por ejemplo una historia de baja cohesión familiar (Kalil, 2003); en definitiva, son debilidades de funcionamiento que aumentan la probabilidad de impacto con daño de los problemas o crisis que acontecen al universo familiar, pudiéndose tornar crónicos, si no median procesos de recuperación o fortalecimiento familiar.

⁵ Dirección General de Asuntos Sociales, Igualdad e Inmigración en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Este instrumento de medida ha sido diseñado con el fin de poder calibrar, dentro de unos determinados parámetros definidos previamente como “necesidades de la infancia”, los criterios mínimos que marcan lo que se definen como situaciones de desprotección en distintos niveles de gravedad, y con dichas medidas, y se establece la línea divisoria que nos permite validar la gravedad y urgencia en la necesidad de intervención.

En muchos de los casos señalados, los perfiles de las familias con los que actuamos, muestran problemáticas que, bien puntualmente por su intensidad y cualidad deficitaria de determinados factores económicos, sociales y de salud, entre otros, no han podido o sabido activar los recursos y estrategias necesarias para poder resolver situaciones de riesgo y proteger a sus menores, quedando estos expuestos a las mismas; bien, nos encontramos con adultos limitados por crisis no normativas (muertes inesperadas, accidentes que provocan discapacidad, drogadicciones, embarazos adolescentes, despidos laborales inesperados...) ya sean de consecuencias estructurales o funcionales (Minuchin & Fishman, 2004; Navarro Góngora &

(2012). “El instrumento proporciona criterios técnicos que pretenden ayudar a los y las profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria y Especializados de la Región de Murcia a identificar y valorar la gravedad de las situaciones de desprotección infantil que se producen en el contexto familiar y que estos servicios detectan directamente en su trabajo cotidiano o conocen a través de la información proporcionada por otros profesionales o ciudadanos. Con la provisión de criterios técnicos más específicos que los disponibles hasta el momento, el instrumento persigue contribuir a mejorar, homogeneizar y agilizar los procesos de valoración, toma de decisión y atención a este tipo de situaciones, así como mejorar la coordinación entre los Servicios Sociales de Atención Primaria y Especializados.” [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=246&RASTRO=c886\\$m5855](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=246&RASTRO=c886$m5855)

Beyebach, 1995), pero emocionalmente dañinas en su cobertura protectora, si dicho entorno no es capaz de activar las habilidades de compensación suficientes que garanticen unos mínimos en la necesaria estabilidad de los menores.

Muchas de las familias a las que nos referiremos, comparten un perfil de exclusión y vulnerabilidad social y, entre ellas, sus hijos menores se encuentran en lo que nuestro ámbito legal denomina como situación de riesgo o desamparo, y de forma global, el número de familias que se encuentran expuestas a un incremento de los factores de riesgo y de vulnerabilidad se incrementa en la actualidad ante la exposición a los efectos que la crisis socioeconómica está imponiendo a la realidad familiar y social en nuestro país.

En todos están presentes, las graves consecuencias que la misma está suponiendo no sólo para el funcionamiento de nuestras instituciones y sus recursos, sino y, en especial, para la infancia y la adolescencia en particular, sometidos a unos niveles de pobreza que no se recordaban desde hace muchas décadas, y ante una administración pública afectada por los recortes presupuestarios en sus prestaciones asistenciales de igual manera.

“En España y según los datos del INE, el 27% de los hogares no puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado cada dos días. Esta referencia se hace porque uno de los parámetros que tiene en cuenta el índice AROPE⁶, que se utiliza para medir la pobreza, es precisamente si la persona puede permitirse al menos una comida de carne, pollo o pescado cada dos días.

⁶ Unicef (2012). Informe “*La Infancia en España 2012-2013: El impacto de la crisis en los niños.*”

https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/infancia_2012_2013_final.pdf Consultado el 30/03/2015.

Según este índice se determinó en 2013 que **el 27,3% de la población española estaba en riesgo de exclusión social.**⁷

Hablar hoy de **infancia vulnerable**⁸ no es más que una realidad en España:

- Menores atendidos por Caritas: 36% (pobreza infantil crónica)
- OSE: aumento pobreza infantil: 45% entre 2007 y 2009
- Save the Children: 2.226.000 (27,2 %) niños por debajo del umbral de la pobreza.
- Cruz Roja: 63% viven en condiciones de miseria, con unos ingresos familiares por debajo de los 566 euros mensuales.
- ANAR: Aumento de las llamadas por ideas suicidas (más del 50%)
- Aumento conflictos padres-hijos adolescentes (violencia)

Partiendo de esta realidad social y, sin perderla de vista por ello, para no olvidar en ningún momento la complejidad a la que se enfrentan las familias de hoy en sus retos vitales, las problemáticas en los mencionados casos suponen la fusión de todo estos planos dimensionales: pobreza, exclusión, problemas de salud física y mental, de instrucción formativa, de fallas

⁷ Ref. "Guía Práctica del buen trato al niño"

<http://plataformadeinfancia.org/documento/guia-practica-del-buen-trato-al-nino/> Consultado 26/11/2014

⁸ Ubieto, J.R. (2014) Jornada de Trabajo *Nuevos Retos de la Psicología en los Servicios Sociales de Atención Primaria*: Molina de Segura (Murcia); extraído de la Conferencia «Trabajando desde la invención y participación más que desde el déficit: Infancias vulnerables» Fuentes: El impacto de la crisis en las familias y en la infancia, realizado por el Observatorio Social de España (OSE) y la Universidad Pompeu Fabra (noviembre, 2012). Cruz Roja en Catalunya: cuarto estudio del Observatorio de Vulnerabilidad

vitales en los vínculos emocionales saludables en biografías transgeneracionales,... todos ellos válidos en las incursiones que realizamos en la gnoseología de su devenir, que retroalimentan y fundamenta la circularidad que activa la generación de patrones cíclicos tanto en los niveles individuales, como sociales, y que finalmente alcanzan, por sus efectos, al contexto global de los componentes y de la sinergia de la unidad familiar, con consecuencias desfavorables innegables a largo plazo, sobre el desarrollo integral de los menores.

Las carencias y dificultades, muchas de ellas cronificadas, de los adultos responsables son claras, pero pueden pasar muchas veces desapercibidas, por su falta de vinculación social e invisibilidad de los menores, si los servicios no aúnan esfuerzos por plasmarlas en su interconexión y efectos, que a menudo, derivan de y en situaciones de desprotección parental, en el marco de comportamientos alejados con demasiada frecuencia del buen trato a la infancia.

En este contexto, la valoración global de los casos entre servicios, nos permite concretar el alcance de la situación y determinar sus necesidades partiendo de un conocimiento y comprensión más profunda y real de su singularidad.

La red, por tanto, se constituye así, en el método que nos permite abordar el caso desde una perspectiva no fragmentada entre servicios, pero con un matiz fundamental añadido, la construcción de una nueva mirada que incluye a los excluidos nuevamente en el sistema de atención pública, rompiendo la visión que los propios miembros de la unidad familiar y del contexto social, mantienen de su exclusión.

Desde el año 2010, los distintos servicios comunitarios del municipio de Lorquí, donde desempeñamos nuestra labor, vienen realizando un esfuerzo de trabajo conjunto en base a

una comunicación compartida en reuniones interinstitucionales, que comenzaron con el objetivo de conocernos mutuamente con una mayor profundidad técnica, y poder compartir aquellas cuestiones de interés y preocupación que rodeaban los temas de atención y protección a la infancia.

De la mano, de las publicaciones del psicólogo J.R. Ubieto, y del proyecto creado a través de la Red “Interxarxes”, adaptamos su propuesta metodológica a nuestra pequeña realidad asistencial pública.

El resultado final empieza a perfilarse en la actualidad, reflejado por la consolidación del trabajo conseguido hasta el momento. Bien es cierto, que la tarea de construir una identidad grupal consolidada, está en avanzado proceso, pero solo el resultado de lo ya andado ha merecido la pena por la riqueza de sus aportaciones, tal y como lo han expresado sus componentes a día de hoy.

En este grupo de trabajo, abierto en su composición y en continua evolución, se han ido sumando y despidiendo compañeros fruto del devenir que los procesos de las distintas instituciones depara a los agentes públicos, pero a todos nosotros nos ha permitido construir una nueva imagen de la labor asistencial centrada en la persona, devolviéndoles esa dignidad que muchos de nuestros casos perdían en el devenir administrativo de los expedientes y derivaciones entre servicios, que reducían a sus protagonistas a un mero “*código de barras*” (Ubieto, 2009). Pensar en ellos, a través de la red y de *la construcción del caso*, les ha devuelto su humanidad, que no es, ni más ni menos, que la nuestra como profesionales.

Sólo cuando los niveles de gravedad y urgencia en la desprotección infantil, marcan un grado tal de importancia y de inadecuación en la capacidad de respuesta del sistema público

de protección social, mínimamente suficientes para responder a la situación de vulnerabilidad del menor, la red se constituye como necesario amortiguador hacia la caída en la exclusión social del mismo. De otro modo, las ausencias en la existencia de adecuados recursos institucionales especializados y orientados a las respuestas de protección de estas características, terminan por sumarse a la invisibilidad del dolor infantil.

La preocupación y atención a la infancia, unida en una actuación conjunta que reúne a todos los agentes sociales que los menores y sus familias son capaces de identificar en un proceso de intervención, de los distintos servicios públicos en un momento determinado, se traduce en un sincero interés por parte de dicha administración a la que los mismos representan, y que dichos destinatarios captan y reconocen como tal, enviando el mensaje de consideración y justicia asistencial que nuestro estado social y de derecho pretende para con todos sus ciudadanos.

1. FUNDAMENTACIÓN

Justificación

Este trabajo se enmarca dentro los compromisos establecidos el 20 de noviembre de 1989, fecha en la cual se redactó y aprobó esta Declaración de Derechos del Niño en la Convención de la Asamblea General de la ONU y constituyó el punto de partida para que su cumplimiento, hoy en día, sean un objetivo a conseguir de responsabilidad pública⁹.

Este marco internacional de los Derechos de la Infancia, nos oferta los principios rectores a través de los cuales han de guiarse todas las actuaciones que se diseñan, ofertando el contenido fundamental que tales derechos recogen como irrenunciables para las administraciones públicas y la ciudadanía.

El “Buen Trato al niño” comienza ya desde su gestación, y continua a lo largo de su desarrollo, en los distintos contextos donde se incluye: la familia de forma protagonista, en la escuela, en el ámbito sanitario y en los espacios públicos en especial.

En nuestra sociedad actual, fruto de su propia deriva evolutiva, las estructuras y los cambios sociales, económicos, laborales y culturales, marcados especialmente por variaciones muy importantes en las estructuras y funciones del modelo tradicional patriarcal, que durante muchos siglos dominó la intimidad del territorio familiar, ha sufrido una enorme

⁹ Ratificación de España, el 30 de noviembre de 1990, de la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

modificación, hasta el punto de redefinir las tareas de responsabilidad y cuidado de la infancia y adolescencia, haciéndolas extensivas, entre otras variaciones, al contexto social y más concretamente a las instituciones protagonistas que en él se expresan.

En este nuevo modelo hay un cambio sustancial, pues todos los agentes sociales, y el ciudadano en su sentido global, pasan a ser protagonistas de la educación y del desarrollo psicosocial de los menores, haciéndonos a todos corresponsables de su cuidado y atención.

El “Buen Trato al niño”¹⁰ es tener la alegría y disponibilidad de tiempo y espacio para compartir con los hijos, estar pendientes de ellos, viéndoles crecer y desarrollarse.

Al niño y adolescente que se le brinda un “buen trato” es feliz, siente que se le escucha y reconoce, expresa fielmente sus emociones, comunica y deposita su confianza en las personas que le rodean.

El “Buen Trato al niño” y las buenas prácticas educativas en el ámbito familiar siguen siendo las bases fundamentales para la socialización y formación de la personalidad de cada niño.

Para todos aquellos que trabajan en el ámbito de la protección a la infancia, y en el desarrollo de marcos de planificación y actuación en la línea de evolucionar en el mejor trato a nuestros menores, incluyendo en ellos a los adolescentes, son conocidos los principios rectores que han de regir las

¹⁰ La Plataforma de Infancia “Guía Práctica del buen trato al niño” (p. 3) <http://plataformadeinfancia.org/documento/guia-practica-del-buen-trato-al-nino/> Consultado 26/11/2014

intervenciones en esta materia, cuyo espíritu se fundamenta en todo el elenco jurídico que desde los marcos internacionales, estatales y autonómicos tienen vigencia en la actualidad.

Creemos que recordar el espíritu que mueve este proyecto de trabajo en red es fundamental para entender el objetivo último que nos mueve, y es a través de **los principios rectores** que lo fundamentan como se puede entender lo que constituye el pilar que definen el marco de nuestra intervención¹¹:

1. **La protección de los niños, niñas y adolescentes como responsabilidad compartida:** padres y madres son sus responsables principales, y para ello cuentan con ayudas informales (p.ej. familiares, amistades y vecinos) y formales (servicios comunitarios, principalmente servicios sociales de atención primaria – SSAP-, servicios sanitarios, educativos, etc.), y de todos es la responsabilidad de que los menores puedan vivir en condiciones que les permitan satisfacer sus necesidades.
2. **La familia como entorno idóneo para la crianza y el desarrollo infantil:** preferentemente la suya. Los servicios sociales han de proteger el núcleo familiar como base esencial y garantista para el normal desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, en especial aquellos que se encuentren en desventaja social.

¹¹ Dirección General de Familia y Menor. Consejería de Sanidad y Política Social. CARM (2009) *“Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito de los Servicios Sociales de Atención Primaria”*. Principios de actuación en materia de protección a la infancia (p. 28-31) [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5134&IDTIPO=246&RASTRO=c890\\$m5859](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5134&IDTIPO=246&RASTRO=c890$m5859) Consultado 09/03/2015

3. **El apoyo a los padres y madres desde las instituciones de forma complementaria a las familias desde sus competencias.** Cuando de situaciones abusivas, resulte que los padres no pueden o no deseen protegerles, la sociedad ha de intervenir para protegerlos.
4. **La intervención externa se precisa cuando el menor no recibe la atención o el trato adecuado,** y los adultos e instituciones públicas tienen el deber de ofrecer los apoyos y recursos que sean necesarios, y denunciar si es preciso las carencias que amenacen su adecuado desarrollo.
5. **Los servicios sociales (SS.SS.) tienen que intervenir en las situaciones de desprotección de los menores en la familia, cuando ello implique un daño significativo en su bienestar y desarrollo,** de cara a:
 - a. Salvaguardar sus derechos y protegerles.
 - b. Proporcionar a sus padres o tutores los servicios y recursos de apoyo necesarios para ser capaces de cumplir adecuadamente sus obligaciones parentales.
 - c. Intentar prevenir la separación del menor de su familia.
 - d. Si fuera necesario, sustituir temporalmente a los responsables legales, proporcionando al menor un entorno alternativo, estable y seguro, cuando no sea posible su permanencia o reincorporación a su familia de origen.
6. **La mejor forma de proteger a un menor, es apoyar a sus padres o tutores,** para que estos puedan superar sus dificultades.

- 7. Los vínculos familiares han de ser respetados, mantenidos y preservados,** y solo serán limitados cuando dañen la integridad o salud física, psíquica o el desarrollo social del menor.
- 8. Las decisiones y actuaciones de los SS.SS. se guiarán por el principio de la primacía del interés superior del menor,** prevaleciendo incluso por encima de otros que puedan concurrir por legítimos que estos sean.
- 9. La calidad en la toma de decisiones de los SS.SS., se asegurará** en base a los siguientes criterios:
 - a. La evaluación individual, completa, contrastada y actualizada de la situación actual de los menores y sus familias.
 - b. Se contará con la máxima participación de los menores (atendiendo a desarrollo y grado de madurez) y sus familias, y los profesionales/servicios que hayan tenido contacto con el caso.
 - c. Son adoptadas en equipo, de forma colegiada e interdisciplinar.
 - d. Son adoptadas por profesionales con la capacitación técnica adecuada.
 - e. Son adoptadas en plazos de tiempo adecuados.
 - f. Son revisadas de forma periódica.
- 10. Los menores y sus padres deberán ser informados** de manera honesta, comprensible y completa de todas las decisiones y actuaciones que puedan afectar significativamente a su situación personal o familiar.

11. **Las intervenciones de los SS.SS. han de ajustarse al mínimo en su función reparadora y protectora**, en cuanto a la intromisión, mayor brevedad posible y preferencia por recursos normalizados, próximos al menor y su familia.
12. **Ha de existir alternativas de retorno** en planes que contemplen dicha posibilidad, cuando se encuentran en situación de desprotección, para que puedan volver a su familia de origen a la mayor brevedad posible. Si no es posible, el menor tiene derecho a un entorno alternativo, estable y seguro, preferentemente de carácter familiar.
13. **La importancia de actuar desde los SS.SS. preventivamente**, actuando antes de que las carencias se agraven y con recursos e intervenciones dirigidos a la promoción del bienestar y la calidad de los niños, niñas y adolescentes y sus familias.



La finalidad de nuestro proyecto centrado en la metodología de red, que nos articula en aras a pensar y proceder entre todos, está guiada por este interés público principal: ofertar a aquellos tutores responsables de los menores, la posibilidad de ser ayudados para corregir las circunstancias que determinan una situación de desprotección infantil, al objeto de que desde esa mirada comprensiva se pueda incidir para crear las adecuadas condiciones para ese desarrollo integral del menor atendido, paliando y corrigiendo los efectos adversos de un pasado con ecos actuales en los daños causados al menor, en un presente que frene y mejore dichas condiciones y hacia una nueva oportunidad de futuro que minimice y desarrolle una dinámica distinta y posibilitadora en la condición familiar de protección de los mismos.

Señalar igualmente, que el propio Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 aprobado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹², otorga especial importancia a todas aquellas actuaciones que conllevan el desarrollo de *“la prestación de servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad”*. Este proyecto se constituye dentro de este marco y en consonancia con los objetivos que dicho Plan promueve en su contenido, como garante y protector del bienestar mental de los menores, al comprometerse en el trabajo de atención en red de aquellos casos más graves y, por tanto, con mayor condición de vulnerabilidad¹³ y riesgo social.

¹² Plan de Acción Integral sobre la Salud Mental 2013-2020. Fuente: Mental Health and Development report. OMS.2010. http://whglibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949_eng.pdf Consultado el 09/03/2015.

¹³ Plan de Acción Integral sobre la Salud Mental 2013-2020. Fuente: Mental Health and Development report. OMS. 2010

La realidad de las actuaciones de protección a la infancia desde los servicios asistenciales públicos es amplia, compleja y abarca distintas necesidades que, a su vez, establecen la dirección de los diferentes niveles competenciales administrativos desde los que es necesario intervenir.

Su ámbito de actuación comienza en la obligada sensibilización comunitaria a realizar, con objetivos que permitan dar a conocer y fomentar el “Buen Trato a la Infancia”, tanto en la población universal, como en los distintos agentes sociales que tienen un contacto directo con la infancia, tal y como se ha venido haciendo en los últimos años en nuestro municipio.

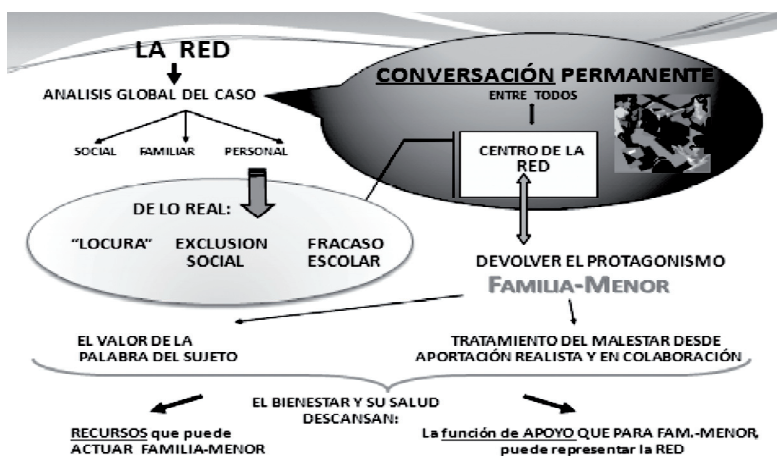
Desde el Centro de Servicios Sociales de Lorquí, comenzamos nuestra andadura, con fines de sensibilización y de integración social, con una campaña dirigida a toda la población del municipio en el año 2010.

Paralela y sectorialmente, de forma relativamente pronta, la red de profesionales que fueron adhiriéndose al proyecto se consolidó a través de reuniones periódicas bimensuales con una identidad inicial de trabajo conjunto centrada en conocer los distintos ámbitos competentes desde el estudio, con cierto grado de profundidad, de cuál era el alcance de nuestras actuaciones en materia de menores y situaciones de riesgo en general, y fuimos abordando todas las dudas e impedimentos que creíamos nos separaban, buscando vías de encuentro que se fueron abriendo camino a través de los asesoramientos técnicos pertinentes que no dudamos en demandar dentro de toda la red pública disponible: asesorías jurídicas sectoriales, Agencia Nacional de Protección de Datos, así como y fundamentalmente, las distintas Consejerías competentes,

http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
(p. 44) Consultado el 02/03/2015.

como marco obligado y necesario para todo ello; sin ellos, el proyecto no se habría iniciado.

Este diálogo permitió ir ahondando en los aspectos de interés para atender a la población infantil, y sobre todo, guió el desarrollo en la articulación de nuestras actuaciones de manera conjunta. Finalmente, terminamos dando forma a nuestro actuar consensuado de la mano de aquellos otros que ya iniciaron el camino, y el modelo de referencia fue la red Interxarxes¹⁴.



Centrándonos en la descripción de los agentes sociales que nos hemos reunido a trabajar en torno a la conversación compartida de los casos, este grueso de profesionales que conformamos en la actualidad la red de nuestro municipio, pertenece a ámbitos institucionales claramente diferenciados, a saber:

¹⁴ <http://www.interxarxes.net/> Consultado el 30/03/2015

El Centro de Salud de Atención Primaria (CSAP) ¹⁵ **de Lorquí** y todo su equipo de profesionales sanitarios: coordinadores, médicos de familia, pediatras, enfermeros y enfermeras, matró, personal administrativo y todos aquellos que conforman su equipo; su labor y disponibilidad supone uno de los pilares que nos sustentan; en ellos hemos encontrado desde el primer momento, la más amplia colaboración e interés, y ellos han liderado la implicación en materia de salud de todo aquello que nos compete, siendo los primeros participantes activos en visualizar las posibilidades de la utilidad y alcance de la red; su iniciativa ha derivado en actuaciones conjuntas en materia de prevención para mutilación genital femenina (MGF) que han supuesto, por primera vez en nuestra región, la materialización de un protocolo conjunto intersectorial fundamentado en la red, concretado en el caso y, finalmente, en un auto judicial.

Mencionar también a **los Servicios Especializados de nuestra Área de Salud (Área 6)**, han sido participantes indirectos de la red, cuyos pertinentes contactos, nos permiten un diálogo continuado con los especialistas de los Programas de Adultos e Infanto-Juvenil del **Centro de Salud Mental “Dr. Vicente Campillo” de Molina de Segura**; señalar que nuestro trabajo, cada vez más, se articula dentro de los parámetros de esta metodología, en un esfuerzo de dichos profesionales por poder abrir caminos, iniciados ya desde las actuaciones de coordinación pero con vocación de futuro hacia el trabajo en red, o así lo deseamos. Sus equipos de trabajadores y trabajadoras sociales, enfermeros y enfermeras, psiquiatras, psicólogos y psicólogas, personal administrativo y demás

¹⁵ Salmerón Giménez, J., Pérez Hernández, F., Castellanos Sanz, B. y Gea Serrano, A. (2009) Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Dirección General de Familia y Menor (2005) *“Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario: Manual del Profesional”* [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=4674&RASTRO=c890\\$m5859&IDTIPO=246](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=4674&RASTRO=c890$m5859&IDTIPO=246) Consultado el 16/02/2015.

miembros integrantes, cuyos conocimientos y recursos son obligados e inestimables, se han traducido en colaboraciones cada vez más estrechas en relación con la detección y fundamentación en las situaciones de desprotección que nos competen a todos.

Los Centros Educativos de Infantil (Escuela Infantil Municipal de Lorquí), Primaria – el CEIP “Maestra Dolores Escámez” y, mención especial por su dedicación y compromiso con este proyecto, al CEIP “Maestro Jesús García”-, así como, el IES “Romano García”, y todos los profesionales que los conforman: equipos directivos, claustros, EOEPS, departamentos de orientación, administrativos y todos los que conforman su equipo. Así como, los Centros Específicos Educativos, en especial, el CPEE “Pérez Urruti”, cuya disponibilidad y saber hacer, que no es más que la de sus profesionales, ha supuesto una labor de consecuencias determinantes con algunos de nuestros niños.

Decir que el trabajo de todos ellos es fundamental, es decir muy poco. Ellos articulan nuestro día a día, todos los profesionales del ámbito educativo dan sentido al quehacer de la intervención en red, su labor continuada permite en los casos de desprotección infantil más graves, que son todos los que abordamos desde esta perspectiva, puedan hacer de la implementación de este proyecto, un real en el que el menor es el directo beneficiario.

Su cuidado continuado, desde la implicación que proporciona la visibilidad y trabajo diario con el menor, permite que los beneficios de la red se materialicen a tiempo real, y sin ellos, sencillamente, no existiríamos. Su trabajo de detección en las situaciones de desprotección es insustituible, y activado normalmente a través de los protocolos habilitados al respecto por la Dirección General de Política Social (Consejería de Sanidad y Política Social) en coordinación con la Consejería de Educación, a través de los *Protocolos de Observación de Situaciones de Riesgo en la Infancia*

*en Centros Escolares/Escuelas Infantiles/Centros de Secundaria y Atención al Maltrato Infantil desde centros educativos*¹⁶. La posterior intervención en los casos desde el ámbito educativo es una labor de continuidad y de obligado sentido en el proceso.

La Policía Local de Lorquí, en sus funciones adscritas por ley, por lo que tiene una función concreta respecto al contexto que lo enmarca, siendo su coordinación con aquello que le compete en aras de la mejor defensa de los derechos de los menores, englobando actuaciones de coordinación en apoyo a las distintas instituciones cuando su pertinencia lo requiere. Su actuación se enmarca dentro de marco recogido por la propia CARM, en los protocolos de actuación diseñados para todo el colectivo de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.¹⁷

“Cualquier actuación jurídica y de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad deberá guiarse por la búsqueda prioritaria del bienestar del menor. Por tanto, toda actuación tiene un enfoque preventivo, tendente a solucionar los conflictos a través de los distintos recursos comunitarios e institucionales de apoyo a la infancia.

¹⁶ Salmerón Giménez, J., Pérez Hernández, F., Andreu Fernández, A. y Calvo Rodríguez, Á. (2007) Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Dirección General de Familia y Menor (2005) *“Atención al maltrato infantil desde el ámbito educativo: Manual del Profesional”* [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=547&IDTIPO=246&RASTRO=c887\\$m5857](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=547&IDTIPO=246&RASTRO=c887$m5857) Consultado el 16/02/2015.

¹⁷ Salmerón Giménez, J.A., Pérez Hernández, F., Vera Sánchez, J. y Pérez Ruiz, D. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Dirección General de Familia y Menor. CARM (2005) *“Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad: Manual del Profesional”*. (p.98) [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=554&IDTIPO=246&RASTRO=c890\\$m5859](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=554&IDTIPO=246&RASTRO=c890$m5859) Consultado el 16/02/2015.

Así, cualquier sistema de actuación de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad debe seguir unos principios:

- . El interés del menor.*
- . Los derechos de la víctima del delito.*
- . El criterio de la mínima intervención.*
- . Los criterios de la prueba judicial.*

Dentro de un enfoque preventivo, la actuación de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad implica que se potencie la detección e intervención en las fases más incipientes del proceso que fue descrito. En este sentido, los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad cumplen una importante función de prevención secundaria y terciaria”.

Señalar que la participación y las actuaciones de todos los profesionales que componen la Policía Local de nuestro municipio, sus agentes y su jefatura, han mostrado su total disponibilidad en todo momento, de cara a participar en la red dentro siempre del marco de sus competencias, pero aportando unos conocimientos jurídicos y administrativos, una especial cualificación y una visión de gran ayuda en momentos de gravedad y urgencia, facilitando y apoyando de forma determinante algunas de las intervenciones y actuaciones más delicadas; su profesionalidad y sensibilidad con los casos y con las personas, adultas y menores, ha sido fiel reflejo de la vocación de servicio público que les acompaña.

Especial relevancia ha tenido el papel desempeñado por **las Instituciones Jurídicas**, en sus máximos responsables en materia de protección del menor, y en especial, en los profesionales que integran **la Fiscalía de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en las figuras de su Teniente Fiscal, así como del Decano de los Fiscales de Familia**. En ellos hemos encontrado, la respuesta inmediata tanto, en los casos concretos en los que ha sido fundamental y necesaria su actuación, como en su voluntaria

y generosa participación, ya haya sido en la intervención directa en los casos, como en su disposición a conocer nuestra red de forma personal. Han hecho gala de ser quienes son, el máximo exponente en la protección y tutela de la infancia, los garantes de este bien jurídico superior, el interés supremo del menor.

Los Servicios Sociales Especializados (SSE) de la CARM, en concreto el **Servicio de Familia (Dirección General de Política Social)**, con los que trabajamos desde nuestro Centro de SSAP, en intervención y/o coordinación directa con los profesionales técnicos del mismo (educadores de zona y de apoyo), siendo nuestro trabajo conjunto, un ejemplo de red y de construcción del caso; sin ellos, una vez más, la red no existiría, pues su quehacer cargado de experiencia y profesionalidad especializada en las intervenciones con familias en situación de riesgo, competencia directa y fruto de años de servicio, es el eje que vertebra toda la actuación; su diligencia, dedicación e implicación ha permitido que la construcción de la red confiriera a su génesis su sentido último, y los responsables que los sustentan validen su configuración. Su colaboración permitió la realización de los Talleres de Familia, en un intento que aunque no pudo reeditarse, permitió desarrollar la actividad contando con la colaboración de uno de sus técnicos a lo largo de toda su edición. Una vez más, sin ellos, no existe red.

Igualmente, la red que conformamos ha encontrado el apoyo y la colaboración de forma inmediata en los técnicos y responsables de **los SSE de Protección de Menores** (competencia propia en los niveles de desamparo) más allá del marco que les determina; al igual, su actitud ante las propuestas, algunas de ellas, con enfoques novedosos, se han articulado con su experiencia y participación en casos cuya complejidad y alcance era de máxima importancia y gravedad, y nos ha permitido el estudio, diseño y actuación de planificaciones conjuntas con el rigor que se precisa, y sin cuya colaboración no habiéramos llegado a puerto.

Señalar que en ambos casos, y en materia de desprotección infantil, se maneja el instrumento para la baremación del maltrato *“Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil.”*¹⁸

Por último, **los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP)**¹⁹ **municipales** cuya competencia legal y vocación de intervención con proximidad al ciudadano, a las familias y sus menores, nos convierte en los interlocutores naturales en el ámbito de las actuaciones directas con los ciudadanos, así como de relación de ayuda para las familias. Algunos de nosotros, creímos en esta realidad, y como no podía ser de otro modo, trabajamos para ello.

Cierto es que, la realidad, en los casos en donde se valora la situación de un menor en riesgo o desamparo, establece los límites en los recursos disponibles, y no siempre éstos son los necesarios o suficientes, por lo que ajustándonos a lo que aquella impone, se trata de establecer la mejor forma de actuar desde lo que sí está en nuestras manos, haciendo que la comunicación entre los distintos ámbitos y agentes sociales, permita atemperar y dar respuesta a las importantes carencias que todavía existen en la atención y recursos públicos, en tanto que la metodología del trabajo en red nos aporta una nueva forma de entender la intervención con familias en situaciones especiales, que se ajusta

¹⁸ Dirección General de Asuntos Sociales, Igualdad e Inmigración en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012) *Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil*.

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=9415&IDTIPO=246&RASTRO=c886\\$m5855](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=9415&IDTIPO=246&RASTRO=c886$m5855) Consultado el 25/02/2015

¹⁹ Dirección General de Familia y Menor. Consejería Política Social, Mujer e Inmigración. CARM (2009) *“Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito de los Servicios Sociales de Atención Primaria”*. [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5134&IDTIPO=246&RASTRO=c890\\$m5859](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5134&IDTIPO=246&RASTRO=c890$m5859) Consultado el 16/02/2015

a sus necesidades, algunas cronificadas en el tiempo y otras emergentes, más aún dentro de la grave crisis socioeconómica en la que estamos inmersos.

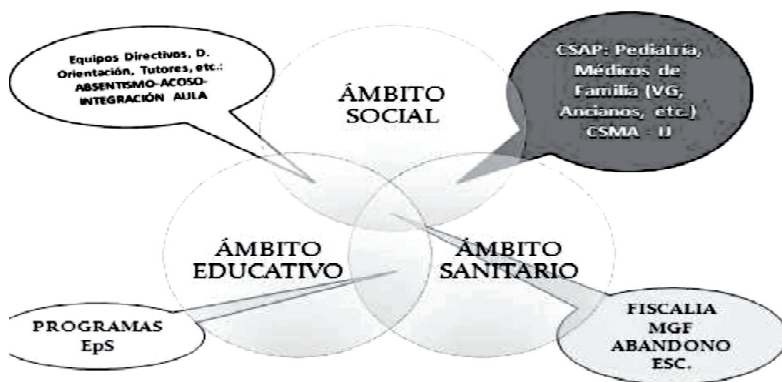
Este esfuerzo técnico interdisciplinar devuelve el papel protagonista, a la necesidad de adaptación tanto de los recursos del sistema asistencial, como a la realidad del menor y su familia, haciendo de la interdisciplinariedad el eje de la comprensión de un caso (Ubieto, 2009), evitando los reduccionismos que en muchos casos han imperado, al basar las intervenciones, en diagnósticos concretos de necesidades específicas, dominadas a veces por el poder alarmante de un síntoma o de una realidad vivida como intolerable en un momento puntual, que han hecho de las derivaciones entre servicios institucionales, el centro de la atención asistencial, pero olvidando el análisis global y la atención integral de las necesidades de ese contexto.

Todo este amplio despliegue de actuaciones coordinadas entre instituciones fundamentalmente sanitarias, educativas y de protección social, tanto a nivel local como de servicios especializados, a pesar de no existir mayores recursos financieros —que por el contrario, han disminuido—, a efectos reales, ha permitido una ampliación de la red de profesionales implicados en los casos de desprotección a la infancia en el municipio de Lorquí, lo que supone un claro aumento, en última instancia, de los recursos humanos que de forma directa e indirecta están implicados en los casos y en el programa, todo lo cual revierte en una mejor y mayor atención directa a las necesidades de los usuarios de esta población.

Paralelamente, y consecuencia del devenir de su propio desarrollo, nuestra red de trabajo ha evolucionado hacia formas de cooperación, tanto dando salida a propuestas programáticas que la propia administración ya tenía previstas, pero no

materializadas, como a otras más novedosas que han supuesto la creación de nuevas formas de colaboración y trabajo conjunto.

APORTACIONES Y DESARROLLOS PROGRAMÁTICOS DE LA RED



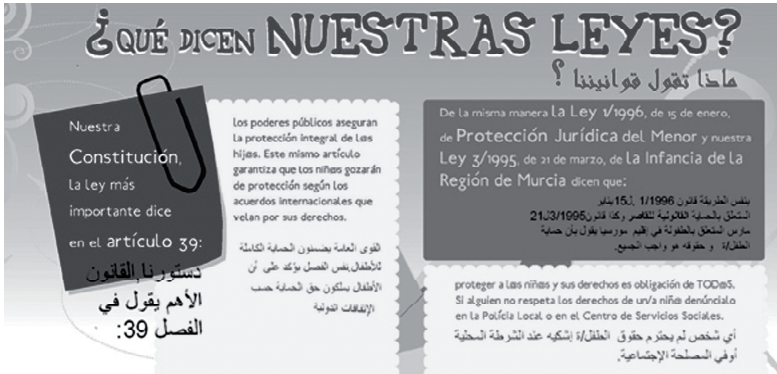
Por último, mencionar a nuestros gestores políticos, en sus máximos representantes de nuestra corporación local, en especial, **la Alcaldía y la Concejalía de Política Social**; mostraron su respaldo y sensibilidad a este proyecto desde sus inicios, facilitando y apoyando todo el proceso, acompañándonos activamente en las actuaciones de desarrollo para su configuración, constituyendo el Consejo Sectorial de Infancia y Adolescencia, cuya mesa técnica la conforma la red, permitiéndonos así situarnos como órgano consultivo y de trabajo que nos ha dado entidad legal y administrativa definitiva. Igualmente, nos siguen acompañando en las actuaciones de sensibilización que realizamos desde el Consejo Sectorial para su divulgación en aras a darnos a conocer en el resto de instancias y organismos superiores, pues creemos que en el espíritu de nuestro trabajo, existe un “saber hacer” cuyas “buenas prácticas”

merecen ser difundidas y mejoradas al abrirnos a todos ellos. Sin ellos, tampoco existiría red.

En este programa, uno de los ejes que guiarán las actuaciones en los casos más graves de desprotección, es establecer esta metodología en red, pero sin depender de ello, se mantendrá el cumplimiento de sus objetivos propios de cada ámbito, intentando que la comunicación interdisciplinar entre los distintos actores de las instituciones asistenciales, se conviertan progresivamente en los auténticos agentes que faciliten la ***“construcción del caso”***, entendiendo esto último, como la capacidad de captar las necesidades que plantea un contexto familiar y el menor, a través del análisis global aportado por la mirada profesional de todos ellos, y en función de las demandas emergentes en ese momento concreto.

Se trata de que cada institución pueda aportar su saber y “quehacer” en el análisis, y en donde cada ámbito asistencial aporte su conocimiento y recursos, generando una red de intervención única o múltiple, según la importancia de la necesidad, que permita responder a la misma.

MARCO LEGAL



En el Preámbulo de la nueva Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, que referimos a continuación, se realiza un recorrido completo del elenco jurídico que fundamentan los mandatos legales en esta materia. Nos parece que no hay nada más claro, que la propia literalidad del texto:

“La Constitución Española establece en su artículo 39 la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, y en especial de los menores de edad, de conformidad con los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

Entre estos acuerdos e instrumentos internacionales destacan dos Convenciones de Naciones Unidas, la Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989, ratificada el 30 de noviembre de 1990 y sus Protocolos facultativos, y la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, de

13 de diciembre de 2006, instrumento de ratificación de 23 noviembre de 2007. Además, resultan reseñables dos Convenios impulsados por la Conferencia de La Haya de Derecho internacional privado: el Convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, de 29 de mayo de 1993, ratificado el 30 de junio de 1995 y el Convenio relativo a la competencia, la ley aplicable, el reconocimiento, la ejecución y la cooperación en materia de responsabilidad parental y de medidas de protección de los niños, de 28 de mayo de 2010, ratificado el 6 de septiembre de 2010. Por otra parte, deben destacarse también tres Convenios del Consejo de Europa, el relativo a la adopción de menores, hecho en Estrasburgo el 27 de noviembre de 2008, ratificado el 16 de julio de 2010, el relativo a la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, hecho en Lanzarote el 25 de octubre de 2007, ratificado el 22 de julio de 2010, así como el Convenio Europeo sobre el Ejercicio de los Derechos de los Niños, hecho en Estrasburgo el 25 de enero de 1996, ratificado el 11 de noviembre de 2014. Y, finalmente, el Reglamento (CE) n.º 2201/2003 del Consejo de 27 de noviembre de 2003, relativo a la competencia, el reconocimiento y la ejecución de resoluciones judiciales en materia matrimonial y de responsabilidad parental, por el que se deroga el Reglamento (CE) n.º 1347/2000.

La 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, en adelante Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor constituye, junto a las previsiones del código Civil en esta materia, el principal marco regulador de los derechos de los menores de edad, garantizándoles una protección uniforme en todo el territorio del Estado. Esta ley ha sido el referente de la legislación que las Comunidades Autónomas han ido aprobando posteriormente, de acuerdo con sus competencias en esta materia.”

A continuación ofrecemos un breve recorrido por el marco legislativo:

Marco Internacional

- *Convención de los Derechos del Niño* (1989, ONU), ratificada por España (1990).
- *Carta Europea de los Derechos del Niño* (1992)

Marco Nacional

- Constitución Española (1978): Art. 148.1.20 (competencia autonómica en materia de asistencia y bienestar social); Art. 39 (especial referencia al menor y a la familia).
- Ley 21/87, 11 de noviembre, modificaciones sobre adopción. Punto de inflexión:
 - Introduce el concepto de desamparo, agilizando de forma automática el procedimiento al introducir la tutela automática del menor por parte de la administración pública en los casos de desprotección grave.
 - Introduce la adopción como un elemento de plena integración familiar.
 - el acogimiento familiar como una nueva institución de protección.
 - de la tutela para los supuestos de desprotección grave.
- Ley 1/1996, 21 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
- Ley 5/2000, 12 de enero, de Responsabilidad Penal del Menor.

- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia.

La edición de este documento ha llegado a tiempo de incorporar esta nueva modificación legislativa, dirigida a garantizar la uniformidad en la protección de los menores a nivel nacional. En ella, se concretan de forma más precisa los conceptos jurídicos de situación de riesgo y desamparo, mediante la reforma del art. 17 y el art. 18, incorporando de forma sustantiva lo que la jurisprudencia y la legislación autonómica ha ido desarrollando desde la entrada en vigor de la LO 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, en vigor desde hace ya casi veinte años.

El artículo primero de la presente ley recoge las modificaciones a la LO 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, y en ella se contienen aspectos tan interesantes y concretos en relación con nuestras actuaciones como la modificación en referencia al Título I, la introducción de un nuevo capítulo III en el Título I, en especial la modificación del artículo 11, que refiere los *Principios rectores de la acción administrativa*, así como su artículo 12 *Actuaciones de protección*.

Marco Autonómico:

- Ley 4/1982, de 9 de junio, sobre el Estatuto de Autonomía de la RM (Art. 10.1.18)
- Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la RM.
- Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección G. de Política Social. *Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil.*

Servicios Sociales de Atención Primaria y Especializados de la Región de Murcia.

Marco Local:

- . Constitución Española (art. 140, reconocimiento de la autonomía y responsabilidad jurídica plena de los ayuntamientos)
- . Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local. Art. 27.3. como competencia delegada.
- . Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la RM (Competencias, art. 45), *“...funciones de prevención, información, promoción y reinserción social, en materia de menores, así como de intervención y seguimiento de aquellos casos que requieran actuaciones en su propio medio”*.

Categorías Legales

Situación de Riesgo:

- . Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. El siguiente artículo 17 ha quedado modificado por la nueva Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, aun así lo reproducimos a continuación, al objeto de que se vea como su formulación genérica, se modifica y recoge de forma concreta y sustantiva con la nueva modificación legislativa, coincidiendo en las líneas generales de lo que conforma los principios rectores de esta metodología en

red con dicho contenido legal, por lo que desde el momento en que empezamos nuestra andadura, hemos ido conformando un modo de hacer en la dirección de las necesidades imperantes de nuestra época, anticipándonos a estas necesarias modificaciones legales, con la referencia presente en todo momento, en la más estricta aplicación del principio garantista del *interés superior del menor*, ahora ya tiene su concreción legal, que seguidamente trasladamos, fiel reflejo del esfuerzo legislativo por adaptarse a los nuevos tiempos en materia de protección a la infancia en aras del efectivo cumplimiento del art. 39 de la Constitución, así como de las normas de carácter internacional.

Este artículo que es modificado decía: Art. 17: *en situaciones de riesgo de cualquier índole que **perjudique el desarrollo personal o social del menor** que no requieran la asunción de la tutela por ministerio de la ley, la actuación de los poderes públicos deberá garantizar en todo caso los derechos que le asisten y se orientará a disminuir los factores de riesgo y dificultad social que incidan en la situación personal y social que se encuentren y a promover los factores del menor y su **pondrá en marcha las actuaciones pertinentes para reducirla y realizará el seguimiento de la evolución del menor en la familia***". En el apartado c. vemos como queda redactado el nuevo artículo 17.

- Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la RM, art. 22.2. "*Se considera situación de riesgo aquella en la que por sus circunstancias personales o por influencias de su entorno o extrañas, exijan la adopción de **medidas de prevención y rehabilitación** para evitar situaciones de desamparo o de inadaptación*".

- **Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia.**

«Artículo 17. Actuaciones en situación de riesgo.

1. Se considerará situación de riesgo aquella en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar. A tales efectos, se considerará indicador de riesgo, entre otros, el tener un hermano declarado en tal situación salvo que las circunstancias familiares hayan cambiado de forma evidente. La concurrencia de circunstancias o carencias materiales se considerará indicador de riesgo, pero nunca podrá desembocar en la separación del entorno familiar.

2. En situación de riesgo de cualquier índole, la intervención de la administración pública competente deberá garantizar, en todo caso, los derechos del menor y se orientará a disminuir los indicadores de riesgo y dificultad que incidan en la situación personal, familiar y social en que se encuentra, y a promover medidas para su protección y preservación del entorno familiar.

3. La intervención en la situación de riesgo corresponde a la administración pública competente conforme a lo dispuesto en la legislación estatal y autonómica aplicable, en coordinación con los centros escolares y servicios sociales y sanitarios y, en su

caso, con las entidades colaboradoras del respectivo ámbito territorial o cualesquiera otras

4. La valoración de la situación de riesgo conllevará la elaboración y puesta en marcha de un proyecto de intervención social y educativo familiar que deberá recoger los objetivos, actuaciones, recursos y previsión de plazos, promoviendo los factores de protección del menor y manteniendo a éste en su medio familiar. Se procurará la participación de los progenitores, tutores, guardadores o acogedores en la elaboración del proyecto. En cualquier caso, será oída y tenida en cuenta la opinión de éstos en el intento de consensuar el proyecto, que deberá ser firmado por las partes, para lo que se les comunicará de manera comprensible y en formato accesible. También se comunicará y consultará con el menor si tiene suficiente madurez y, en todo caso, a partir de los doce años.

5. Los progenitores, tutores, guardadores o acogedores, dentro de sus respectivas funciones, colaborarán activamente, según su capacidad, en la ejecución de las medidas indicadas en el referido proyecto. La omisión de la colaboración prevista en el mismo dará lugar a la declaración de la situación de riesgo del menor.

6. La situación de riesgo será declarada por la administración pública competente conforme a lo dispuesto en la legislación estatal y autonómica aplicable mediante una resolución administrativa motivada, previa audiencia a los progenitores, tutores, guardadores o acogedores y del menor si tiene suficiente madurez y, en todo caso, a partir de los doce años. La resolución administrativa incluirá las medidas tendentes a corregir la situación de riesgo del menor, incluidas las atinentes a los deberes al respecto de los progenitores, tutores, guardadores o acogedores. Frente a la resolución administrativa que declare la

situación de riesgo del menor, se podrá interponer recurso conforme a la Ley de Enjuiciamiento Civil.

7. Cuando la administración pública competente esté desarrollando una intervención ante una situación de riesgo de un menor y tenga noticia de que va a ser trasladado al ámbito de otra entidad territorial, la administración pública de origen lo pondrá en conocimiento de la de destino al efecto de que, si procede, ésta continúe la intervención que se venía realizando, con remisión de la información y documentación necesaria. Si la administración pública de origen desconociera el lugar de destino, podrá solicitar el auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad a fin de que procedan a su averiguación. Una vez conocida la localización del menor, se pondrá en conocimiento de la Entidad Pública competente en dicho territorio, que continuará la intervención.

8. En los supuestos en que la administración pública competente para apreciar e intervenir en la situación de riesgo estime que existe una situación de desprotección que puede requerir la separación del menor de su ámbito familiar o cuando, concluido el período previsto en el proyecto de intervención o Convenio, no se hayan conseguido cambios en el desempeño de los deberes de guarda que garanticen que el menor cuenta con la necesaria asistencia moral o material, lo pondrá en conocimiento de la Entidad Pública a fin de que valore la procedencia de declarar la situación de desamparo, comunicándolo al Ministerio Fiscal. Cuando la Entidad Pública considere que no procede declarar la situación de desamparo, pese a la propuesta en tal sentido formulada por la administración pública competente para apreciar la situación de riesgo, lo pondrá en conocimiento de la administración pública que haya intervenido en la situación de riesgo y del Ministerio Fiscal. Este último hará una supervisión de la situación del menor, pudiendo para ello recabar la

colaboración de los centros escolares y los servicios sociales, sanitarios o cualesquiera otros.

9. La administración pública competente para intervenir en la situación de riesgo adoptará, en colaboración con los servicios de salud correspondientes, las medidas adecuadas de prevención, intervención y seguimiento, de las situaciones de posible riesgo prenatal, a los efectos de evitar con posterioridad una eventual declaración de situación de riesgo o desamparo del recién nacido. A tales efectos, se entenderá por situación de riesgo prenatal la falta de cuidado físico de la mujer gestante o el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo, así cualquier otra acción propia de la mujer o de terceros tolerada por ésta, que perjudique el normal desarrollo o pueda provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales al recién nacido. Los servicios de salud y el personal sanitario deberán notificar esta situación a la administración pública competente, así como al Ministerio Fiscal. Tras el nacimiento se mantendrá la intervención con el menor y su unidad familiar para que, si fuera necesario, se declare la situación de riesgo o desamparo del menor para su adecuada protección.

10. La negativa de los progenitores, tutores, guardadores o acogedores a prestar el consentimiento respecto de los tratamientos médicos necesarios para salvaguardar la vida o integridad física o psíquica de un menor constituye una situación de riesgo. En tales casos, las autoridades sanitarias, pondrán inmediatamente en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, tales situaciones a los efectos de que se adopte la decisión correspondiente en salvaguarda del mejor interés del menor.»

Situación de Desamparo:

- Ley 21/1987, 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de Adopción. (Art. 172.1) *Situación de Desamparo*: “la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de **la necesaria asistencia moral o material**”.
- Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la RM (art. 22) Determina las **situaciones de desamparo** como las siguientes (art. 172.1 del CC)
 - a) Cuando faltan las personas a las que por ley corresponde ejercer las funciones de guarda, o cuando estas personas **están imposibilitadas** para ejercerlas o en situación de ejercerlas con grave peligro para el niño (enfermedad, hospitalización, prisión).
 - b) Cuando se aprecie cualquier forma **de incumplimiento o de ejercicio inadecuado** de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores o falten a éstos los elementos básicos para el desarrollo integral de su personalidad (no reconocimiento del hijo por los padres, abandono de los padres, de la madre, falta de control de la conducta del menor).
 - c) Cuando el menor **sea objeto de malos tratos** físicos o psíquicos, de abusos sexuales, de explotación, mendicidad o cualquier otra situación de naturaleza análoga.

- Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (art.18), que remite al art. 172 y siguientes del código civil. Modificado por la siguiente ley que referimos a continuación.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia. *“Se modifica el artículo 18, que queda redactado como sigue:*
- **«Artículo 18. Actuaciones en situación de desamparo.**

1. Cuando la Entidad Pública constate que el menor se encuentra en situación de desamparo, actuará en la forma prevista en el artículo 172 y siguientes del código Civil, asumiendo la tutela de aquél por ministerio de la ley, adoptando las oportunas medidas de protección y poniéndolo en conocimiento del Ministerio Fiscal y, en su caso, del Juez que acordó la tutela ordinaria.

2. De acuerdo con lo establecido en el artículo 172 y siguientes del código Civil, se considerará situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. La situación de pobreza de los progenitores, tutores o guardadores no podrá ser tenida en cuenta para la valoración de la situación de desamparo. Asimismo, en ningún caso se separará a un menor de sus progenitores en razón de una discapacidad del menor, de ambos progenitores o de uno de ellos. Se considerará un indicador de desamparo, entre otros, el tener un hermano declarado en tal situación, salvo que las circunstancias familiares hayan cambiado de forma evidente. En particular se entenderá que existe situación de desamparo cuando se dé alguna o algunas de las siguientes circunstancias con la suficiente gravedad que, valoradas y

ponderadas conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, supongan una amenaza para la integridad física o mental del menor:

a) 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 o no puedan ejercerla.

b) El transcurso del plazo de guarda voluntaria, bien cuando sus responsables legales se encuentren en condiciones de hacerse cargo de la guarda del menor y no quieran asumirla, o bien cuando, deseando asumirla, no estén en condiciones para hacerlo, salvo los casos excepcionales en los que la guarda voluntaria pueda ser prorrogada más allá del plazo de dos años.

c) El riesgo para la vida, salud e integridad física del menor. En particular cuando se produzcan 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 aquellas; también cuando el menor sea identificado como víctima de trata de seres humanos y haya un conflicto de intereses con los progenitores, tutores y guardadores; o 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 conocimiento, consentimiento o la tolerancia de los progenitores, tutores o guardadores. Se entiende que existe tal consentimiento o tolerancia cuando no se hayan realizado los esfuerzos necesarios para paliar estas conductas, como la solicitud de asesoramiento o el no haber colaborado suficientemente con el tratamiento, una vez conocidas las mismas. También se

entiende que existe desamparo cuando se produzcan perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal.

d) El riesgo para la salud mental del menor, su integridad moral y el desarrollo de su personalidad debido al maltrato psicológico continuado o a la falta de atención grave y crónica de sus necesidades afectivas o educativas por parte de progenitores, tutores o guardadores. Cuando esta falta de atención esté condicionada por un trastorno mental grave, por un consumo habitual de sustancias con potencial adictivo o por otras conductas adictivas habituales, se valorará como un indicador de desamparo la ausencia de tratamiento por parte de progenitores, tutores o guardadores o la falta de colaboración suficiente durante el mismo.

e) El incumplimiento o el imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de guarda como consecuencia del grave deterioro del entorno o de las condiciones de vida familiares, cuando den lugar a circunstancias o comportamientos que perjudiquen el desarrollo del menor o su salud mental.

f) La inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución, o cualquier otra explotación del menor de similar naturaleza o gravedad.

g) La ausencia de escolarización o falta de asistencia reiterada y no justificada adecuadamente al centro educativo y la permisividad continuada o la inducción al absentismo escolar durante las etapas de escolarización obligatoria.

h) Cualquier otra situación gravemente perjudicial para el menor que traiga causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de la patria potestad, la tutela o la

guarda, cuyas consecuencias no puedan ser evitadas mientras permanezca en su entorno de convivencia.

3. Cada Entidad Pública designará al órgano que ejercerá la tutela de acuerdo con sus estructuras orgánicas de funcionamiento.

4. En caso de traslado permanente de residencia de un menor sujeto a una medida de protección desde la Comunidad Autónoma que la adoptó a otra distinta, corresponde a ésta asumir aquella medida o adoptar la que proceda en un plazo máximo de tres meses desde que esta última sea informada por la primera de dicho traslado. No obstante lo anterior, cuando la familia de origen del menor permanezca en la Comunidad Autónoma de origen y sea previsible una reintegración familiar a corto o medio plazo, se mantendrá la medida adoptada y la Entidad Pública del lugar de residencia del menor colaborará en el seguimiento de la evolución de éste. Tampoco será necesaria la adopción de nuevas medidas de protección en los casos de traslado temporal de un menor a un centro residencial ubicado en otra Comunidad Autónoma o cuando se establezca un acogimiento con familia residente en ella, con el acuerdo de ambas Comunidades Autónomas.

5. En los supuestos en los que se detecte una situación de posible desprotección de un menor de nacionalidad española que se encuentre fuera del territorio nacional, para su protección en España será competente la Entidad Pública correspondiente a la Comunidad Autónoma en la que residan los progenitores o tutores del menor. En su defecto, será competente la Entidad Pública correspondiente a la Comunidad Autónoma con la cual el menor o sus familiares tuvieren mayores vínculos. Cuando, conforme a tales criterios, no pudiese determinarse la competencia, será competente la Entidad Pública de la

Comunidad Autónoma en la que el menor o sus familiares hubieran tenido su última residencia habitual...»

Como vemos, la modificación legislativa es considerable, y entra a matizar numerosos aspectos que permiten entrar en los conceptos, los detalles de las situaciones de riesgo o desamparo y de las intervenciones y condiciones que entrañan las mismas y permite, por tanto, dar cobertura legal a lo que le realidad nos devuelve desde hace años, recogida desde la problemática social y asistencial que la casuística va poniendo de manifiesto en el recorrido experiencial de la protección infanto-juvenil. Sea bienvenida dicha modificación, por esperada y necesaria.

REFERENTES TEÓRICOS:

La Desprotección

Apuntes

El Concepto

La desprotección supone, en líneas generales:

1. La consideración de la misma como un continuo que mide el **grado de perjuicio o daño** sufrido por el menor (indicadores de intensidad y cronicidad), y lo pone en relación con la calidad del desempeño en el rol parental²⁰.
2. Homologación de la situación de desprotección (sentido amplio) con la **situación de maltrato infantil** (sentido más restringido). Toda situación de maltrato tiene como características comunes:
 - 2.1 Afecta negativamente a la **salud física y/o psíquica** del menor y comprometen su desarrollo
 - 2.2 Constituyen la manifestación y el resultado de un conjunto de **problemas** que afectan o han afectado a los **padres/tutores** personalmente o en su entorno inmediato
 - 2.3 Sus **efectos negativos aumentan en intensidad** a medida que la situación **se cronifica** o es **más severa**.

²⁰ Barudy, J. & Dantagnan M., (2013)

<http://www.l-h.cat/gdocs/d4297859.pdf> Consultado el 22/02/2015.

La Valoración



El modelo conceptual de mayor aceptación y uso más generalizado entre los Servicios de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia de nuestro país, y en concreto en la Región de Murcia, es el **Modelo de las Necesidades de la Infancia**²¹ (F. López, 1995)²² sobre el impacto general en la situación del menor, por afectación drástica (afectación al desarrollo integral del menor) en el bienestar personal y/o adaptación psicosocial.

Es, en definitiva, un modelo evolutivo ajustado al desarrollo normativo de los menores y, sin ánimo de adentrarnos en la

²¹ **Los Tipos de Necesidades. Físico-biológicas:** Alimentación, Temperatura, Higiene, Sueño, Actividad Física, Integridad Física, Salud. **Cognitivas:** Estimulación sensorial, Exploración física y social, Comprensión de la realidad física y social. **Emocionales y Sociales:** Seguridad emocional, Expresión emocional, Red de relaciones sociales, Participación y autonomía progresivas, Curiosidad sexual, imitación y contacto, Protección de riesgos imaginarios, Interacción lúdica. (F. López, 1995)

²² El Modelo de Bienestar Infantil (López, 2007)

conveniencia o ajuste de los enfoques dominantes, ello sí, sin dejar de ser críticos con determinadas consideraciones que se manejan en la dialéctica del discurso actual por inevitables en la defensa de los derechos fundamentales, si partiremos de aquello que nos puede ser útil en la construcción de esta mirada alternativa en la respuesta de la intervención.

Es un modelo que nos permite hablar en los siguientes términos, y en relación con las relaciones y efectos entre los mismos en los menores y sus familias, así como en conexión con el contexto social y las relaciones asistenciales, y que serán abordados a lo largo del documento, a saber: factores de protección, factores contenedores, situación o condición de vulnerabilidad, factores de riesgo e indicadores de riesgo; todos ellos, términos habituales en la bibliografía de la desprotección a la infancia.

En base a lo cual, podemos hablar de los estilos de crianza parentales en los adultos de referencia, atendiendo a la globalidad del conjunto de los mismos, lo que en nuestra opinión, puede aportar una visión comprensiva y útil cuando es utilizada de forma orientativa, pero evitando el exceso de utilizar las categorías clasificatorias con un uso estigmatizante y rígido, que simplifique lo complejo, obviando lo esencial. Su importancia radica en la posibilidad de categorizar desde la comprensión, evitando reduccionismos, salvados al basar los estudios diagnósticos de una situación, en el análisis que permite el caso por caso. Pudiendo establecer prioridades de intervención, algo determinante según la importancia o gravedad de todos o cada uno de ellos, sin olvidar la obligada valoración en la articulación de los mismos, direccionada por el juicio técnico en el estudio concreto del caso.



Sobre el Contexto Social

Si comenzamos para el análisis teniendo en cuenta un enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital, entendiendo que la franja de interés en la desprotección infantil comienza desde la vida prenatal seguida de la primera infancia, la niñez y hasta la adolescencia, haremos un rápido recorrido sobre su importancia preventiva y asistencial desde los enfoques intersectoriales.

Las consecuencias de las múltiples formas que adopta la desprotección, desde los comportamientos que derivan en maltrato, tienen en cuenta de forma especialmente relevante por la vulnerabilidad del menor, el periodo que abarca de los cero a los siete años.

Las consecuencias que tienen a nivel físico y/o emocional, por acción u omisión, de forma directa en la manera de infringir el daño (p.e., el maltrato físico, el abuso sexual, maltrato emocional, etc.) o indirecta (negligencias parentales, faltas

graves en la supervisión y prevención de riesgos, exposiciones a modelos de vida inadecuados en los adultos cuidadores, etc.), suponen en cualquier caso, un padecimiento en los menores, cuyo alcance es determinante en los primeros años de vida y, muchas veces, de consecuencias devastadoras para la salud física y mental de las niñas y niños expuestos.

Esta parcelación obedece a un interés destacado y, cada vez más, objeto de elaboraciones programáticas de atención a los cuidados iniciales relacionados con el desarrollo infantil temprano, como forma de empezar a sensibilizar y atender en la corrección de las necesidades sociales y asistencialmente detectadas, cuyo fin marcadamente preventivo, hace especial hincapié en orientar la mirada de todos los cuidadores primarios, de las familias, de las comunidades, de las políticas en salud y educación, hacia el desarrollo emocional temprano, entendiendo que *“Nada es más importante y económico para la vida emocional de las familias y para los sistemas de salud, que la prevención y la detección temprana de estos padecimientos.”* (Redes comunitarias funcionales e integradas: sujetos integrados. Unicef. 2012) ²³

Por otra parte, hablar de la infancia y de la adolescencia en el momento actual, máxime centrándonos en la desprotección, resulta bien complejo, tanto como lo es la sociedad que para ellos construimos día tras día, más aún para aquellos niños, niñas y adolescentes inmersos en procesos de intenso sufrimiento psíquico de variada etiología, por lo que ofrecer

²³ Unicef. Fundación Kaleidos (2012) “Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia” (p. 7)
http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional-0a3_simples.pdf Consultado 10/03/2015

desde este análisis una mirada sintetizada que lo abarque explicativamente desborda su fin.

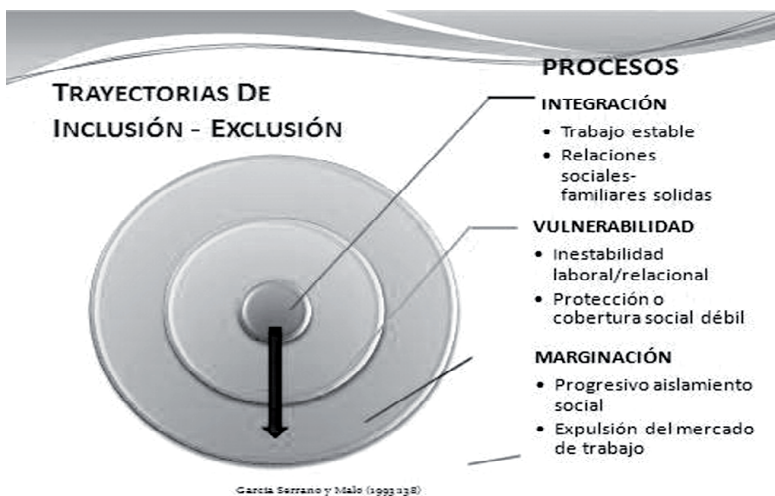
Sin embargo, una breve mirada a los servicios asistenciales tanto en educación, salud mental o lo social, basta para entender que algo está pasando con nuestros niños, niñas y adolescentes que dista de los cuidados bien tratantes, y que nos habla de cómo padres, profesionales de la educación, de la salud infanto-juvenil, de los propios servicios de protección y reforma, estamos enfocando su cuidado y asistencia. Interrogarnos sobre ello es determinante, para poder abordar con un poco de coherencia el sentido del sufrimiento infanto-juvenil.

Estamos hablando de cómo en la normalidad de nuestros días, aun en un mundo que entiende que su legado descansa en la infancia, y paradójicamente se preocupa por protegerla y legislar para ello, sin embargo, es social y culturalmente considerada cada vez más desde *“la idea generalizada de un hombre tipo máquina, que antes que nada, debe producir”* (Janin, B. 2013); estos patrones de los modelos productivos económicos que están marcando las condiciones socio-culturales en donde los pequeños se encuentran inmersos, borran las diferencias de consideración entre la infancia y el mundo adulto, y los menores, tal y como señala la autora, están obligados desde bien pequeños a mostrar sus capacidades adaptándose a un modelo preestablecido en determinadas exigencias, así las respuestas de nuestros menores y jóvenes a cambios evolutivos, crisis normativas o no normativas, han de estar contenidas siempre dentro de parámetros esperados; nuestra mirada habla de niños, niñas y jóvenes *“como alguien que tiene que mostrar de muy pequeño todas sus capacidades, adaptándose armoniosamente a las exigencias de cada momento”* (Janin, B. 2013).

Así, el descubrimiento, la fantasía, la espera, la exploración, lo imprevisto, o las agitaciones del malestar que con frecuencia reflejan un cuerpo en movimiento que expresa su angustia (Ubieto, R. 2014), son confundidos como expresiones fuera de la norma.

Con esta línea de argumentación queremos poner el acento en la necesidad de considerar que respecto a los adecuados cuidados de la infancia, no podemos centrar toda la responsabilidad de su bienestar, cuando hablamos de infancia y adolescencia, en la cuestión de los buenos tratos parentales; obviamente, su garantía es condición obligada para el adecuado desarrollo infantil, pero en una sociedad global, híperconectada, y entretejida en conexiones múltiples, cada vez más, los padres son actores corresponsables con instituciones tan determinantes en la vida de los menores como la escuela y entornos formativos de muy diversa índole que van apareciendo en el devenir del desarrollo, y ni que decir, de todos los demás que desde las estructuras institucionales (de salud, de políticas sociales, de protección y reforma) dan cobertura, asistencia u orientación a todos aquellos en contacto con la infancia y la adolescencia.

El buen trato a la infancia es responsabilidad de todos, en definitiva descansa en razones de justicia social, por lo que no perder de vista el trabajo a realizar en los procesos de inclusión social, que nos permiten pensar y no perder los referentes de las necesidades básicas que toda persona tiene en un sentido global en su desarrollo personal, familiar y social, es determinante para entender que nuestras actuaciones han de enmarcarse en esas trayectorias de inclusión que marcan la diferencia hacia la exclusión social.



La realidad del maltrato se entreteje en esta compleja sociedad actual. Cada vez más, las estadísticas de trastornos mentales en infancia y adolescencia muestran que algo está pasando, los casos de absentismo y abandono escolar, el aumento de las problemáticas que nos hablan del maltrato entre iguales, los padres desbordados con hijos con claras dificultades para crecer y conseguir un lugar en lo social, tantas vicisitudes y problemas que no solo atañen a los padres de hoy, sino a todos los que conformamos ese ser social responsable de lo que acontece y que nos interpela a decidir qué hacer frente al sufrimiento de nuestra infancia y juventud.

Debemos plantearnos esta compleja realidad, dentro de este todo, en principio indiferenciado, en una actitud ética y deontológica irrenunciable que conlleve prácticas no alejadas de lo que debería ser la comprensión y el entendimiento del mundo y la psique de la infancia. Conocer sus necesidades, es poder responder a ellas.

En cualquier caso, introducir incertidumbre en esas aparentes certezas que parecen acompañarnos en un contexto de intervenciones repleto de categorías diagnósticas, con respuestas tal vez muy protocolarizadas y medicalizadas (Moncrieff, J. 2013)²⁴, en un mundo en donde la vivencia del tiempo ha quedado subordinada a lo productivo, sin tiempo para pararnos y pensar, rodeados de angustias en los propios adultos, ciudadanos todos, más allá de nuestros roles, que no sabemos donde depositar la culpa última de que las cosas no funcionan con nuestra infancia y adolescencia, no es más que una realidad que ha de cuestionarnos a todos.

Por ello, conversar en torno al caso, desde la reflexión guiada del supuesto saber que se nos confiere, es devolver al menor su consideración y dignidad, y a nosotros mismos, la humildad del que reconoce la idoneidad de la responsabilidad compartida ante lo complejo e incierto.

Consecuencias Posibles

A continuación ofrecemos un breve recorrido por los posibles efectos que pueden derivarse de las situaciones de desprotección por maltrato, que sin ser exhaustivo ni detallado, nos permite una aproximación a tener en cuenta durante la lectura del documento.

- 1. Problemas Físicos:** derivados de la inadecuada alimentación (desnutrición, alteraciones físicas por dietas inadecuadas, etc.), afectaciones al crecimiento (significativos descensos en

²⁴ Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.

relación con los niveles de peso y talla de acuerdo con los baremos por edades asociados a la alimentación o factores socioambientales, cronopatías del desarrollo, etc.) y/o lesiones crónicas a la exposición de daños físicos y funciones corporales (por consumos de tóxicos, privaciones de comida, agresiones físicas, etc.).

Son muchos ya los programas de diversas instituciones dedicadas a la protección de la infancia, destinados a dar a conocer la importancia de los cuidados bien tratantes en la primera infancia, como base determinante para el adecuado desarrollo madurativo de los niños y niñas. Tener una cobertura de cuidados físicos, cognitivos, emocionales y sociales es la garantía de un desarrollo infantil integral.

Así, la estimulación derivada de los vínculos personales entre los menores y los adultos de su entorno que se produce como resultado de los buenos tratos infantiles antes de los tres años son determinantes para el desarrollo sano del cerebro y sus funciones, por tanto, básicos para el desarrollo motor, cognitivo, afectivo y relacional de los niños.

Barudy (2013)²⁵, destaca la importancia a nivel de consecuencias y alteraciones que se producen en el cerebro emocional o sistema límbico debidos a la falta de cariño o empatía parental; todo ello, se asocia a trastornos de las capacidades sensoriales, en el reconocimiento y manejo de las emociones, en las memorias emocionales traumáticas, en los trastornos de la empatía, en la regulación del apetito, agresividad, frustración y la excitación sexual, alterando las zonas funcionales y la calidad en las conexiones con otras

²⁵ Instituto IFIV de Barcelona – O.N.G. EXIL, Barudy & Dantagnan (2013) <http://www.l-h.cat/gdocs/d4297859.pdf> Consultado el 22/02/2015.

zonas cerebrales, que se tornan imprecisas e inestables. La secuencia determina igualmente la afectación en el desarrollo de la corteza pre-frontal: trastornos de la modulación emocional a través de la reflexión y el pensamiento, dificultad para encontrar sentido a las experiencias, alteraciones en la capacidad de pensar, reflexionar, hacer proyectos y verbalizar la experiencia, trastornos de la afectividad, tendencia a pasar al acto e importantes dificultades para manejar las frustraciones.

Barudy señala el papel clave que el estrés intenso y crónico desempeña en este proceso. Un niño bien tratado presenta aproximadamente un 5% de cortisol libre y un 95% asociado a proteínas (C.B.G.²⁶), mientras que en situaciones de malos tratos, el cerebro aumenta la producción de cortisol, para estimular las hormonas necesarias para hacer frente al estrés. Cuando esta producción sobrepasa las capacidades del cerebro para producir C.B.G., se produce un exceso de cortisol libre en la sangre. El efecto a largo plazo, se produce por una inundación tóxica del cerebro de cortisol con destrucción de neuronas en zonas vitales para el desarrollo: sobre todo, en la región del hipocampo, de papel fundamental en la memorización de las experiencias recientes, por tanto, en las experiencias relacionales afectivas y con alteraciones en el desarrollo de la seguridad de base, fundamental para la configuración de un apego seguro, con la conclusión final en los casos más incisivos donde persiste el maltrato de la probable aparición de los trastornos del apego inseguros y desorganizados.

²⁶ Corticoid-Binding-Globulin o C.B.G. IFIV/EXIL Barudy-Dantagnan (2013) <http://www.l-h.cat/gdocs/d4297859.pdf> Consultado el 22/02/2015.

2. Problemas Psicológicos: tanto de dificultad o entorpecimiento para alcanzar el desarrollo normativo adecuado en relación con la adquisición de los retos evolutivos con muchos factores de riesgo, - pero sin indicadores de psicopatología (prevención primaria), que más tarde y con demasiada frecuencia reflejan dificultades asociadas tanto a la integración social, escolar, formativa y/o laboral, cuyo origen descansa en la progresiva configuración de un perfil de vulnerabilidad social, muchas veces asociados a perfiles con mayor propensión a los problemas psicológicos o psiquiátricos en la vida adulta; como, con posibles diagnósticos en psicopatología, (López Soler, C. 2011), prevención secundaria, así:

1) Trastornos Postraumáticos:

- . T. Adaptativos
- . T. por Estrés Agudo
- . T. por Estrés Postraumático
- . DSM V: *Trastorno del Trauma del Desarrollo*, DTD, Trauma Complejo (Herman, 2009)²⁷, DESNOS (Pelcovitz et al, 1997): evidencia empírica para maltrato intrafamiliar, abuso sexual, negligencia, abandono, etc.

2) Otros Trastornos:

- . Ansiedad

²⁷ IFIV. Barudy-Dantagnan (2013). Formación y Consultoría <http://www.l-h.cat/gdocs/d4297859.pdf> Consultado el 22/02/2015. El impacto en la vida adulta de los malos tratos en la infancia. Los efectos acumulativos de los acontecimientos traumáticos de la infancia y de la vida adulta: 1) mayor prevalencia de trauma complejo en adultos con malos tratos en la infancia: 37,5% si hubo abusos sexuales, 32,7% si existieron malos tratos físicos y 30,6 % en negligencia. 2) Mayor riesgo de revictimización.

- . Depresión
- . T. de Conducta
- . Otros (abusos de sustancias, trastornos en el control de los impulsos, etc.)

Podríamos resumir las afectaciones principales de los procesos traumáticos por malos tratos (Barudy, 2013)²⁸:

- a. Área Emocional Afectiva:
 - . Trastornos del apego
 - . Trastornos de la inteligencia emocional
 - . Trastornos socio-afectivos
 - . Trastornos de la autoestima
- b. Área Relacional:
 - . Trastornos de la Relaciones
 - . Aprendizaje forzado de roles, funciones, tareas abusivas
- c. Área Cognitiva:
 - . Trastornos de la socialización
 - . Trastornos disociativos
 - . Trastornos de la identidad
 - . Trastornos psicóticos
- d. Área Conductual:
 - . Trastornos Educativos
 - . Comportamientos destructivos
 - . Violencia o abusos hacia sus semejantes
- e. Ética:
 - . Trastorno de la capacidad de reflexión y de actuar éticamente (responsabilidad ética)

En cualquier caso, las actuaciones de detección e intervención temprana ante posibles indicadores de

²⁸ IFIV. Barudy-Dantagnan. Formación y Consultoría (2013)
<http://www.l-h.cat/gdocs/d4297859.pdf> Consultado el 22/02/2015.

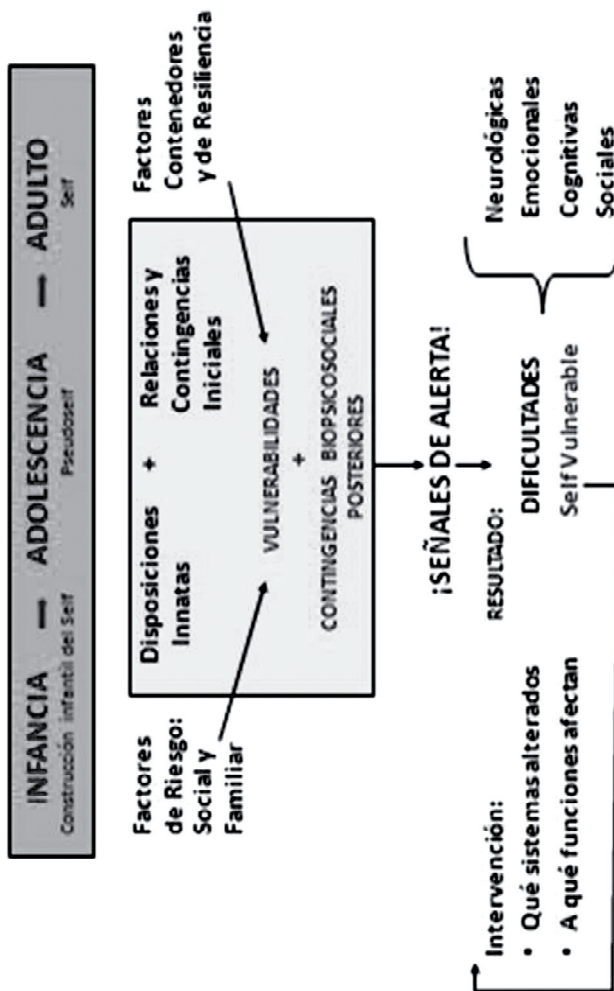
síntomas relacionados con deterioro u afectación de la salud mental de los menores y jóvenes, desde una perspectiva evolutiva y ecológica, fija su atención en los factores de riesgo, a modo de señales de alarma y, por definición contrapuesta, en los factores de protección e índices de bienestar y calidad de vida, como determinantes, a la hora de encarar las intervenciones.

Baste señalar las aportaciones de la psicología social y comunitaria, las perspectivas de los modelos competencial educativo, de la psicopatología de la adolescencia y la psicología social comunitaria o ecología conductual, en relación con la prevención del trastorno mental grave (TMG) y en relación con problemáticas tan complejas como las drogodependencias, el maltrato en general, o los menores en situación de riesgo en particular.

Así, añadir que la prevención de los TMG supone, tal y como señala J.L. Tizón²⁹, aunando los modelos de la psicopatología psicoanalítica y los de la psicología comunitaria, el no hablar solo de trastornos mentales, si no de factores de riesgo de los trastornos mentales, en tanto que estos, determinan la aparición de una mayor vulnerabilidad en la persona a padecerlos.

²⁹ TIZON, J. L. (2010) “La Atención Temprana a la Psicosis: ¿Un punto de inflexión en las prácticas psiquiátricas?”. IX Jornadas de la Asociación Murciana de Salud Mental. El esquema es una reproducción parcial. Hemos añadido la parte de “señales de alerta” y el texto que figura a continuación, ya que su reproducción exacta no se corresponde con la original, pero si la idea del contenido.

Prevención TMG: Intervención Temprana



TIZÓN, J.L. (2010) "La Atención Temprana a la Psicosis: ¿Un punto de inflexión en las prácticas psiquiátricas?", IX Jornadas de la Asociación Murciana de Salud Mental, Murcia

Así, es como la atención en la intervención se fija en la infancia y adolescencia, en tanto que estos colectivos de población se encuentran rodeados de una serie de condiciones (que a su vez, funcionan como factores determinantes, según un probable modelo multivariado con feedbacks interactivos desarrollados en una secuencia longitudinal): ambientales, biológicas y del desarrollo personal evolutivo, que a su vez, y esto es lo realmente importante para la intervención, están conectadas con las actuaciones de numerosos agentes sociales, que a lo largo de todo el recorrido del crecimiento del niño entran en contacto con él (familia, amigos, vecinos, pediatras, maestros, educadores, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, etc.).

Todos ellos, permiten a través de su contacto directo con la población, la detección de las señales de alarma (vía síntomas subclínicos, pródromos o clínicos), que según sus características, se ajusten a un perfil u otro de riesgo psicosocial o de trastorno mental, pero que se corresponderán con patrones más amplios, previamente definidos por la investigación y evidencia científica, de situaciones de riesgo en la infancia y adolescencia.

Desde aquí, el trabajo en red que proporciona el contacto interdisciplinar bajo el objetivo conjunto de realizar una lectura compartida del caso, dando lugar a la construcción del mismo, permite si es preciso responder a criterios de eficiencia económica —el tratamiento especializado es más caro que el preventivo, invertir en protección a la infancia es longitudinalmente más operativo y económico, que en enfermos mentales adultos en sus muy variadas expresiones—, y que los tratamientos farmacológicos, cuyos estudios sobre su idoneidad y eficacia son objeto de un amplio debate en la actualidad, tal y como han evidenciado

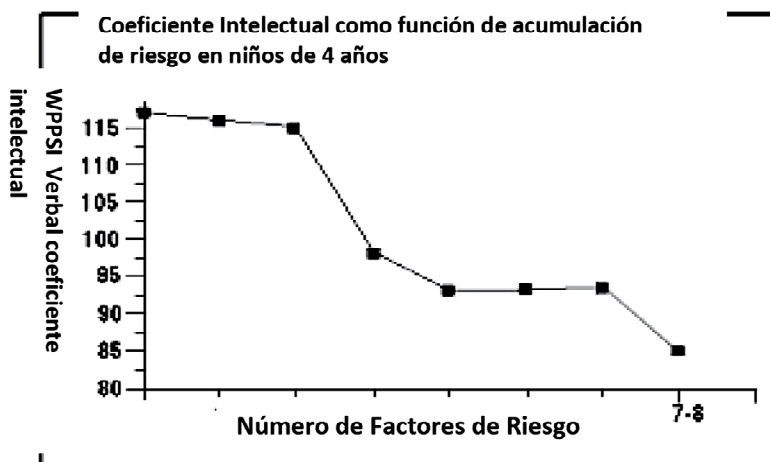
las investigaciones (Moncrieff, J. 2013); así como, de calidad asistencial, en cuanto a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, al actuar desde la atención a los primeros síntomas o al agravamiento de los mismos, en cualquier caso, mostrándose como un contexto global de detección, atención e intervención que se traduce en el estudio del caso por caso y en los diseños individualizados de los planes de intervención al caso, desde la premisa de reconocer el perfil de vulnerabilidad social y de riesgo de desprotección en la infancia y adolescencia.

La vulnerabilidad, así entendida, es bidimensional, condición de riesgo en sí misma y, a su vez, su consecuencia, establece por ende, una circularidad cuya reciprocidad marca la complejidad de la actuación, dimensionando la importancia de la red ante la misma ante su detección primaria y subsiguiente intervención.

3. Problemas Escolares: el abanico es amplio y de complejidad suficiente para requerir toda una amplia disertación que no es abordable desde esta introducción, pero si señalar que las afectaciones son muy varias en sus distintos niveles, tanto en la adquisición de los aprendizajes (a menudo se producen frecuentes concurrencias con retraso mental leve³⁰ articulándose en el desarrollo del menor una afectación de difícil concreción etiológica en su vulnerabilidad genética, congénita o en fuertes déficits de estimulación cognitiva), así como dificultades asociadas a problemas en la adquisición de la lecto-escritura desde los

³⁰ Ver gráfica a continuación: Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997) *Estado de Arte en Resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.alfepsi.org/index.php/biblioteca-virtual-alfepsi/198-estado-de-arte-en-resiliencia> Consultado el 30/03/2015

primeros ciclos de primaria, dificultades en la asistencia escolar en los ciclos de primaria que impiden la adquisición de los conocimientos más básicos, etc.), en el rendimiento (dificultades asociadas a los llamados déficits atencionales, de control y autorregulación de la conducta en el aula, niños con necesidades educativas especiales -NEE-, etc.), como en la integración escolar (estigmatización social/escolar por pertenencia a perfil familiar de exclusión social, absentismo escolar, acoso escolar, etc.).



31

GARBARINO (1995): Sostiene que el riesgo que implica la situación de pobreza no está dada por la presencia de los factores de riesgo, ni por la cualidad de estos, sino que es producto de la acumulación de factores de este tipo.

³¹ Kotliarenko, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997) *Estado de Arte en Resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud (p.17) <http://resilnet.uiuc.edu/library/resulencia/resilencia-paginas.pdf> Consultado 16/02/2015.

4. Problemas en el ámbito de las Relaciones Interpersonales:

las dificultades de vinculación puede manifestarse en numerosos contextos, niveles de edad, de intimidad y de socialización, todas ellas marcan de forma determinante la adquisición de las tareas críticas evolutivas (que permiten, a su vez, el desarrollo de factores de protección) y hacen con mayor frecuencia su aparición en forma de síntomas en la adolescencia, en donde el proceso de vinculación con lo social se vuelve más conflictivo³², por lo que en ausencia o con entornos familiares poco sostenedores de la contención ante el conflicto, las posibles conductas de riesgo a desarrollar por los adolescentes alcanzan niveles poco compatibles con condiciones de desarrollo aceptables para los mismos. Las experiencias relacionales a lo largo de todo el proceso evolutivo de crecimiento y experiencial juegan un rol indispensable (Shonkoff & Phillips, 2000).

5. Problemas Sociales: en relación con un amplio espectro que puede abarcar distintas áreas, como la vocacional, legal, etc. Todo lo anterior en sus muy distintas manifestaciones por cualidad e intensidad supondrán en cualquier caso, una clara dificultad en el desarrollo social posterior del menor, sobre todo, cuando no existan soluciones parciales que permitan la protección en unos mínimos óptimos para el desarrollo y que se traduzcan en la conformación por delegación y déficits en la afectación multidimensional y compleja de la construcción del vínculo social.

³² Díaz Aguado, MJ. (2003) *Aspecto psicosociales de la violencia juve - nil*. Revista de estudios de juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (págs. 21 a 36).
<http://www.injuve.es/sites/default/files/62completa.pdf>
Consultado (16/02/2015).

Estos casos de gravedad descrita, tiene en su manifestación social de múltiples caras: graves absentismos, comportamientos de alta intensidad en su agresividad en menores o adolescentes (vandalismo, acoso escolar, etc.), graves negligencias parentales, psicopatologías asociadas con demasiada frecuencia a la infancia (TDAH, trastornos del comportamiento, del aprendizaje, etc.) y la adolescencia (trastornos de la conducta alimentaria, negativistas desafiantes, del control de los impulsos, toxicomanías, delincuencia juvenil, bandas, etc.). Todos ellos tocan de una forma u otra a la puerta de los servicios sociales, a veces con expedientes, cuya historia social marcaba ya la vulnerabilidad del contexto y consiguiente riesgo social, y que en la continua manifestación de síntomas de crisis y expresiones variadas y recurrentes, terminan por cuestionar al propio sistema de protección social.

La red en sí, se articula como el vínculo social, como el emergente que entreteje una mínima cobertura protectora de cara a garantizar la visibilidad de las necesidades de atención en los casos graves, por tanto, de las necesidades de actuación e intervenciones ineludibles y actuaciones tempranas innegables ante los pronósticos posibles. Así, la conversación interdisciplinar en torno a un caso, entre los agentes formales e informales que se cohesionan en este objetivo común, convergen en la creación de un “otro social” real, cuyo mensaje efectivo ha de responder al dolor y sufrimiento psíquico del menor y del entorno que le acompaña, manteniendo así el efectivo lazo social bajo el sentimiento de inclusión en la preocupación por su bienestar y del deseo de continuidad y pertenencia al sistema que lo integra.

La Intervención

Las intervenciones médicas, psicológicas, jurídicas, educativas y sociales que facilitan la resiliencia son aquellas que consideran los trastornos de los niños y jóvenes como resultado de una historia marcada por carencias afectivas y educativas, agresiones físicas, psicológicas y sexuales.³³

Barudy (2011), propone un Modelo Comprensivo-Integral (de base en la psicología comunitaria de línea humanista), en donde los menores incorporan sus historias de vida en relación con su entorno, como forma de darle sentido al *por qué sienten lo que sienten y hacen lo que hacen*. Los síntomas son así el resultado de los procesos relacionales vividos, derivados de forma protagonista de la patología de la relación, que han dejado reflejos marcados en su condición física, afectiva, cognitiva y/o relacional de muy distinta índole.

Los contextos comunitarios que se organizan para dar respuesta a todos estos niños y jóvenes al objeto de reparar y promover su bienestar, se constituyen como comunidades de resiliencia social (Barudy, 2011).

Es, en esta conformación de un entorno sensible a determinadas necesidades de atención, donde el menor o adolescente puede encontrar lo mínimo pero necesario para comenzar a restaurar los daños infringidos, en un marco de comprensión donde sus necesidades o síntomas son interpretados desde la vulnerabilidad que la desprotección ha generado en su devenir y crecimiento.

³³ IFIVF – EXIL, Barudy (2006)

Las instituciones, y las personas que las representan dentro de la red, asumen así la dificultad del menor o joven a través de la escucha necesariamente compresiva que ha introducido la desventaja del trauma y de los daños, las carencias afectivas y/o de cuidados básicos negligentes, en un intento de restauración para generar la seguridad necesaria, básica para el desarrollo en la confianza interpersonal y, por tanto, para generar su sentimiento de pertenencia e inclusión en el mundo desde el lazo social. El aprendizaje en donde ese otro social que se representa en distintas figuras (monitor, médico, profesor/a, maestro/a, educador, psicólogo/a, etc.) con el que interactúa desde su dinámica personal, desde la preocupación genuina por su bienestar, puede llegar a marcar la diferencia con su anterior bagaje experiencial. Lo demás y subsiguiente, es todo un entramado que se activa de manera multivariada en donde a través de los distintos ámbitos/servicios, y con distinto protagonismo según el vínculo trasferencial que el menor establezca con dichas figuras que le acompañen en este proceso, supondrá en el mejor de los casos, un crecimiento obligado, una maduración de y en la modulación de su cerebro emocional de consecuencias en su pensamiento y capacidad reflexiva, en su autorregulación emocional y, por consiguiente, en la expresión de su comportamiento individual y social, sin que este sea necesariamente el orden que activa la reacción en cadena.

Esta visión reducida y ambiciosa en la síntesis explicativa ofertada, solo pretende ofrecer una mirada comprensiva aproximativa respecto a una realidad en los procesos de intervención altamente compleja, que excede con mucho el objeto de este documento, centrado en la articulación de la red asistencial y su metodología puesta al efecto.

Baste decir, que la respuesta que desde la atención asistencial coordinada puede articular la corrección de las condiciones de desprotección, tal y como señala J. L. Tizón García (2010), ha de estar dirigida al desarrollo de los siguientes **factores contenedores**:

1. La actuación hacia todos aquellos aspectos del desarrollo de su personalidad que permitan al menor, la gestión y regulación emocional interna (la autorregulación), por tanto, en el establecimiento de las condiciones favorables a los procesos biológicos y psicológicos del estrés, y a una adecuada conformación de la citoarquitectura cerebral y su funcionamiento (Shore, 2001), en la construcción de los modelos operativos o esquemas que organizan la experiencia y le confieren sentido (Fonagy & Target, 1997), en la estabilidad dinámica que confiere salud mental (Lecannelier, 2009) y en la conquista de las condiciones biopsicosociales esenciales para el desarrollo (Walker et al., 2007).
2. Desarrollo de sus capacidades yoicas: sistemas que refuercen estas capacidades (habilidades de comunicación, expresión emocional y verbal, desarrollo de relaciones y vínculos sociales, participación activa en las redes comunitarias, de sus capacidades personales y habilidades particulares, los aprendizajes académicos o profesionales, etc.)
3. El dominio del cuerpo: desarrollo de la psicomotricidad individual y relacional. Todas las actividades que desde el ámbito comunitario, educativo, sociocultural, etc., que permiten la interacción lúdica en forma de actividades deportivas, artísticas, culturales, etc. son contextos que permiten el desarrollo integral y específico de esta dimensión, así las escuelas deportivas, los talleres de ocio y

tiempo libre para menores, las ludotecas, las asociaciones culturales, las escuelas municipales de música, etc.

4. Desarrollo y apoyo familiar: en la respuesta a sus necesidades de ayuda y crecimiento, en muy variadas formas de sensibilización, formación, actuaciones de integración socio-comunitaria, fortalecen el tejido familiar y su inserción en la red social formal e informal. Así podemos nombrar algunas actuaciones: programas de educación emocional a padres en los cuidados relacionados con la parentalidad, de prevención sociosanitaria, programas de orientación que proporcionan refuerzo a familias, fortaleciendo el desempeño de sus funciones de protección y socialización, tratando de incrementar el bienestar a través de la orientación, el asesoramiento y el apoyo profesional y de los recursos sociales existentes, de cara a favorecer la permanencia en su entorno habitual, prevenir situaciones graves y crónicas, completar la labor de la familia cuando esta se encuentra desbordada, o en su caso, compensar una atención inadecuada familiar, ayudar a las familias a mejorar el desempeño de sus funciones de protección y socialización, procurar el adiestramiento en el manejo y utilización de los recursos, y en especial, desarrollar actividades dirigidas a la infancia y a la familia que permitan mejorar la calidad de vida de las personas y familias en situaciones de dificultad social.
5. Trabajo-escuela: de especial importancia son los referentes adultos de vinculación en la escuela, la adecuada y favorable integración escolar, la promoción escolar, la adquisición de los hábitos y de los objetivos mínimos curriculares, la atención y desarrollo a pesar de los retrasos en los aprendizajes, la atención a la vulnerabilidad desde la singularidad de las condiciones personales... Para todo ello, se desarrollan programas de distinta índole: de refuerzo y

apoyo escolar, actividades complementarias de ocio y tiempo libre que favorecen la integración socioeducativa, la educación en valores como la igualdad, la tolerancia, la solidaridad y el respeto por la naturaleza, las actuaciones con los padres dirigidas a lograr su integración en los centros escolares (solicitudes, becas y participación e implicación en las actividades de los centros educativos).

6. Desarrollo e inserción en redes profanas (no profesionales): muchas ya nombradas en las anteriores, son las asociaciones, escuelas municipales, talleres, agrupaciones culturales, municipales, etc. Todas ellas ayudan a favorecer procesos de participación social en la comunidad, completando las intervenciones institucionales, en la resolución de las problemáticas a través de un trabajo comunitario, dirigido a las situaciones de dificultad social o personal que comprometen el desarrollo como ciudadanos y dificultan o impiden la integración social y el ejercicio de los derechos sociales.
7. Redes profesionalizadas: han de ser el último recurso, la normalidad no puede ser confundida con la atención desde las actuaciones desde los servicios especializados (p. e., salud mental).

Normalmente, la presentación de la realidad de un niño que vive una situación de maltrato, arroja una amalgama compleja y específica de problemas, que han de ser valorados globalmente y en su interacción, de cara a construir una narrativa de evaluación que nos marque el camino de la intervención. Es aquí, donde la red conforma una nueva lectura de las circunstancias vitales del universo familiar y personal del menor, y en donde el resultado final se apoya en una

conversación continua en donde los agentes comparten la visión del caso, y de lo que concluyen en la siempre dinámica construcción del mismo.

Factores Contenedores (Protección)

1. **Cómo contenerlo desde su mundo interno. Autorregulación emocional**
2. **Capacidades yoicas. Sistemas que refuerzan sus capacidades / habilidades .**
3. **Cuerpo. Desarrollo de la psicomotricidad individual y relacional.**
4. **Familia: soporte en la construcción psíquica (0-5 años) y en los procesos de socialización/individuación (2ª infancia/adolescencia).**
5. **Escuela/trabajo: adquisición de tareas evolutivas críticas de 3-12 a.**
6. **Redes Profanas (no profesionales): redes de apoyo informal**
7. **Redes Profesionalizadas. Último recurso: Salud Mental**
¡Antes de la psicoterapia y los psicofármacos pensar en todo lo demás!

Tizón, J.L., (2010) "La Atención Temprana a la Psicosis: ¿Un punto de inflexión en las prácticas psiquiátricas?". IX Jornadas de la Asociación Murciana de Salud Mental. Murcia

34

³⁴ TIZÓN, J. L. (2010) "La Atención Temprana a la Psicosis: ¿Un punto de inflexión en las prácticas psiquiátricas?". IX Jornadas de la Asociación Murciana de Salud Mental. El esquema es una reproducción que es entresacada de la exposición de su conferencia, el breve contenido que se explicita no ha sido elaborado por el autor referido, salvo en los títulos iniciales.

LAS COMPETENCIAS

Los Servicios Sociales Especializados

1. **Ley 4/1982, de 9 de junio, sobre el Estatuto de Autonomía de la RM** (Art. 10.1.18)
2. **Ley de la Infancia**, Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la RM: Título II, Cap. I. Disposiciones Generales. *art. 11. 1. Finalidad: “La acción protectora de los menores, de acuerdo con el sistema público de servicios sociales, comprenderá todas aquellas actuaciones encaminadas a prevenir o erradicar situaciones de riesgo o desamparo de la infancia”, y .2 “La adopción de medidas o su propuesta corresponde a los órganos administrativos competentes, sin perjuicio de las facultades atribuidas por la legislación vigente al Ministerio Fiscal y a las autoridades judiciales”; y art. 44. Comunidad Autónoma, “1. La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia es la entidad pública competente, en su ámbito territorial, para el ejercicio de las funciones de protección y tutela de menores a que se refiere la ley 21/1987, de 11 de* que como vemos, refiere la competencia de la CC. AA. De la Región de Murcia.
3. **Decreto nº 135/2000**, atribuye al Servicio de Familia el ejercicio de las funciones de planificación, coordinación, dirección y control de las unidades dependientes del mismo, y entre otros: *“ejecución de programas de prevención de riesgo y dificultad social en el medio familiar, y de apoyo a la reinserción social de familias desfavorecidas”.*

4. Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de SS.SS. de la RM.

“Artículo 10. Servicios Sociales Especializados.

1. *Los servicios sociales especializados constituyen el nivel de intervención específico para la programación, implantación y gestión de aquellas actuaciones que, atendiendo a las características concretas de la situación de necesidad de la población a las que van dirigidas, no estén encomendadas a los servicios sociales de atención primaria.*

Estos servicios desarrollarán actuaciones y establecerán equipamientos para cada uno de los sectores de población siguientes:

Familia

Infancia

Personas mayores

Personas con discapacidad

Inmigrantes

Minorías étnicas

Personas en situación de emergencia, riesgo o exclusión social.

Cualquier otro colectivo o situación de exclusión que así lo requiera.

2. *Los servicios sociales especializados cumplirán las siguientes funciones:*
 - a) *Valorar, diagnosticar y orientar en situaciones que por su especificidad precisen la aplicación de recursos especializados.*
 - b) *Gestionar y equipar los centros y servicios que proporcionen prestaciones a los sectores de población citados en el apartado 1 de este artículo, así como garantizar el acceso a los mismos de las personas que lo precisen.*

- c) *Proporcionar prestaciones técnicas y/ o económicas a personas que tengan dificultades físicas, psíquicas o sociales para acceder al uso normalizado de los sistemas ordinarios de protección social, correspondiendo a los sistemas sanitario, educativo y laboral aportar los recursos necesarios para el desarrollo de actuaciones referidas al ámbito de sus respectivas competencias, coordinándose con los servicios sociales especializados.*
 - d) *Apoyar las medidas de reinserción orientadas a normalizar las condiciones de vida de aquellas áreas con alto riesgo de marginalidad.*
3. *El acceso a los servicios sociales de atención especializada se produce previa intervención del servicio social de atención primaria, salvo las excepciones que se determinen reglamentariamente.”*

“Artículo 11. Actuaciones de los servicios sociales especializados en el sector de Familia e Infancia.

- 1. *Los servicios sociales especializados en el sector de familia e infancia realizarán actuaciones tendentes a la protección, promoción de los menores y familias y a la estabilización de la estructura familiar.*
- 2. *Para tal fin, se desarrollarán, entre otros, programas de intervención familiar, defensa de los derechos de los menores en caso de ruptura familiar, apoyo a familias numerosas, atención a la violencia familiar, programas para la conciliación de la vida familiar y laboral, acogimiento y protección de menores en situación de desamparo o en riesgo de exclusión social, mediación familiar e intergeneracional y promoción de la adopción nacional e internacional.*

3. *La Administración regional llevará a cabo programas para la ejecución de medidas judiciales que afecten a menores a través de recursos propios o de entidades colaboradoras.*

Servicios Sociales de Atención Primaria

1. **Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de SS.SS. de la RM.,** sobre la competencia legal a nivel local.

“Artículo 9.-Servicios Sociales de Atención Primaria.

1. *Los servicios sociales de atención primaria constituyen el primer nivel de atención y son, en consecuencia, de exclusiva responsabilidad pública. éstos incluirán, como mínimo, los siguientes:*
 - a) *Servicio de Información, Valoración y Asesoramiento a toda la población, en cuanto a derechos y recursos sociales existentes, derivando las demandas, en su caso, hacia los servicios especializados u otros recursos sociales, así como la detección y análisis de las necesidades sociales con el fin de servir de base en las labores de planificación de los recursos locales y regionales.*
 - b) *Servicio de Atención en el Medio Familiar y Comunitario, que tiene por objeto proporcionar, en el propio medio familiar o comunitario, atenciones de carácter social, doméstico, de apoyo psicológico, rehabilitador y socioeducativo, facilitando de este modo la permanencia y la autonomía en el medio habitual de convivencia.*
 - c) *Servicio de Inserción Social, destinado a la prevención, detección, atenuación y eliminación de las situaciones de exclusión social.*

- d) *Servicio de Promoción y Cooperación Social, dedicado a la promoción de la participación social y la solidaridad, especialmente a través del voluntariado y la iniciativa social en servicios sociales.*
 - e) *Cualesquiera otros que con tal carácter se determinen.*
2. *Los servicios sociales de atención primaria se organizan territorialmente y se desarrollan en el ámbito local, por medio de los Centros de Servicios Sociales."*
2. **Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la RM** (Competencias, art. 45), *"...funciones de prevención, información, promoción y reinserción social, en materia de menores, así como de intervención y seguimiento de aquellos casos que requieran actuaciones en su propio medio".*

Articular el procedimiento interprofesional

Las competencias y, por tanto, las funciones de cada ámbito público, determinan la **obligada interdisciplinarietà** entre los distintos agentes sociales protectores intervinientes (policías, médicos, educadores, psicólogos, trabajadores sociales, jueces, abogados, etc.), dentro unos principios de respeto y protección a la mayor vulnerabilidad del menor.

El procedimiento de actuación está, por tanto, claramente establecido, actuando los servicios sociales como eje principal, en torno al cual, se recogen y articulan las distintas actuaciones para su protección y, por ello, estableciendo los distintas comunicaciones con los demás servicios públicos: los Servicios de Salud, Centros Educativos, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o los Tribunales de Justicia.

Todo ello, fundamenta la obligada **interinstitucionalidad**, que está a la base de una práctica diligente y técnicamente competente, en la que **el Modelo de Trabajo en Red**, oferta una nueva metodología capaz de adecuarse a la especial idiosincrasia y complejidad de esta realidad social.

Sin embargo, el papel determinante en las actuaciones directas con el menor y su familia, viene marcado por el vínculo trasferencial que ése menor y esa familia hayan construido con el profesional o los profesionales implicados en las intervenciones directas, por lo que toda su actuación girará en torno a los mismos, si bien en una visión cohesionada del caso en los distintos ejes y niveles de actuación.

ANTECEDENTES:

La creación de la red en Lorquí

A continuación pasamos a describir la existencia de nuestro grupo de trabajo interinstitucional, constituido en el municipio de Lorquí desde octubre del año 2010, promovido desde el Centro de Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP), pero cuya existencia, como ya hemos señalado, no habría sido posible sin la participación y colaboración necesaria, de una serie de profesionales que desde este ámbito local, fueron aceptando una progresiva implicación, que en definitiva, respondió a motivaciones de compromiso ético y personal.

Lorquí es un municipio de unos aproximadamente 7100 habitantes (datos del Padrón de habitantes municipal 2014). El proceso de constitución de esta comisión fue el siguiente:

- o Reuniones previas desde los SSAP con cada institución, motivadas por casos particulares y donde se volcaban intereses comunes respecto a las intervenciones y dudas sobre los procedimientos en los casos de riesgo o desamparo en menores, donde se planteaban distintas necesidades de actuación en relación con la protección a la infancia, que justifican y proporcionan contactos cada vez más continuados, tanto entre SSAP y Centros Educativos fundamentalmente (termina configurándose un coequipo de trabajo con una continuidad temporal con algunos de ellos), como SSAP y Centro de Salud (tanto coordinador del centro, pediatra y médicos de familia). Igualmente existía una coordinación continua con Policía Local, con los que se

implementó un fluido protocolo de funcionamiento en relación con los casos de violencia en general, y en particular, con los menores desde hacía años.

- o Convocatoria de una reunión conjunta entre distintos servicios: 28/09/2010, concretamente entre Centros Educativos, Policía local y SSAP, ante la necesidad inicial de aclarar dudas sobre aspectos legales, procedimiento, carencias de información, etc. Estas reuniones iniciales son las que establecen las bases y motivan a continuar las reuniones y a ir ampliando el grupo. Todos tenían conocimiento de la existencia previa de un trabajo conjunto bisectorial entre cada una de las instituciones y los SSAP.
- o Puesta en conocimiento de las 4 primeras reuniones al Centro de Salud y a los SSE, e invitación a participar en las siguientes.
- o Convocatoria formal del Grupo de Trabajo Interinstitucional desde 14/04/2011.
- o Propuesta de incorporación de la Escuela Infantil (verano 2011), a la que se le remiten las actas-resúmenes anteriores y se realiza invitación formal, mostrando su interés y participando finalmente, en el mes de noviembre, 9/11/2011.
- o A lo largo de las reuniones desarrolladas en este tiempo hemos recibido la visita de otros compañeros: el equipo de profesionales que conformaba el CAVI de la Torres de Cotillas, los alumnos de prácticas de las Escuelas de Trabajo Social y de Educación Social que acompañaban a los compañeros de los SSEF y los residentes que acompañaban a los compañeros médicos y enfermeras del Centro de Salud de Atención Primaria.

2. DESTINATARIOS

La construcción del caso se dirige a la conversación compartida en torno a aquellas familias con niños, niñas y/o adolescentes del municipio de Lorquí, que cumplan con el perfil descrito a continuación:

Criterios de selección de familias

- Que intervengan 3 servicios como mínimo.
- Que la familia tenga menores a cargo en situación de riesgo, con nivel de gravedad suficiente en proceso de valoración o declarada.
- Que tengan problemática compleja (social, educativa y clínica), abordando el caso tanto desde la perspectiva preventiva, como desde el tratamiento.
- Colaboración de la familia para abordar la problemática.

La mayor parte de estos casos, por no decir todos, por su complejidad y perfil de exclusión, son casos fáciles de encontrar en el contexto de los servicios sociales, donde la fusión de la problemáticas, tanto en los niveles individuales como sociales alcanza, por sus efectos, al contexto global de sus componentes y de la sinergia de la unidad familiar, con consecuencias desfavorables innegables a largo plazo, sobre el desarrollo integral de los menores.

3. OBJETIVOS

Objetivo General 1

Atender y apoyar entre las instituciones intervinientes en el caso, a la familia y los menores en casos graves de desprotección infantil del Municipio de Lorquí, que se ajustan al perfil de gravedad, complejidad y dificultades en la intervención familiar, de cara a corregir la situación de desprotección valorada.

Los objetivos prioritarios giran en torno a la corrección de los siguientes indicadores y factores de riesgo valorados en los ámbitos:

1. De la Salud

- 1.1. Aumentar los factores de protección de bienestar físico y psicológico.
- 1.2. Reducir/eliminar los factores y/o indicadores de riesgo en relación con ausencia de salud-enfermedad/trastorno mental.

2. De Educación / Formación:

- 2.1. Controlar y fomentar la asistencia y adecuado rendimiento escolar, favoreciendo especialmente su integración escolar.
- 2.2. Erradicar o disminuir el absentismo y fracaso escolar, así como el abandono de la acción formativa.

3. De Socialización:

- 3.1. Garantizar las necesarias condiciones para la adquisición del desarrollo normativo social de los menores.
- 3.2. Incidir sobre los factores e indicadores que favorecen la marginalidad y, por ello, la exclusión social.

Objetivo General 2

Desarrollar actuaciones de tipo comunitario destinadas a la prevención de cualquier situación de desajuste social, en relación con la población infanto-juvenil del municipio de Lorquí.

4. UNA PROPUESTA METODOLÓGICA

*Inspirada y adaptada del
Modelo “Interxarxes”³⁵*

“Los casos no existen per se, existen los expedientes que recogen las informaciones sobre el sujeto y su familia, la cronología de las actuaciones, pero eso no basta para captar la lógica del caso. Necesitamos construir el caso a partir de un saber que ponga el foco en esa lógica, partiendo de la formulación de hipótesis interpretativas de los fenómenos observados y de las posiciones subjetivas, las de los diversos miembros de la familia y las nuestras mismas, como profesionales que interactuamos con ellos. Para encontrar ese hilo conductor hay que aceptar que cada caso es único, singular, a pesar de todos los rasgos comunes que pueda tener con otros. El método de la construcción del caso, que hemos puesto a prueba en los casos presentados propone una serie de casos como forma evaluativa del trabajo en red, proceso más acorde con la naturaleza de nuestra tarea ya que parte del propio sujeto como el primero que construye su caso como una defensa frente a ese real que le desborda (violencia, ruptura, fracaso, exclusión). Esa construcción original, que tomamos como su invención, es nuestro punto de partida, no para asumirla acríticamente, sino para confrontar a ese sujeto con sus dichos y sus actos. Esa operación sólo es posible si

³⁵ El Programa Interxarxes se lleva a cabo en el distrito de Horta-Guinardó, impulsado por el Ajuntament de Barcelona, la Diputació de Barcelona y la Generalitat de Catalunya, desde el año 2000: www.interxarxes.net

previamente hemos sido capaces de establecer un vínculo transferencial que permita que nuestra palabra encuentre algún eco en el propio sujeto atendido.”³⁶

En esta Comisión Técnica hay una metodología en desarrollo en su configuración a la hora de ir abordando los casos y, de momento, se trabaja considerando una necesidad actual y constatada de intervención en una situación de desprotección grave infantil, que implica a tres o más servicios, aportando cada ámbito lo que, en el pasado ha realizado con el menor y/o la familia hasta el momento presente en la conversación del caso, como punto de partida para su construcción.

Todo ello, se articula en la exposición común en torno a una reflexión conjunta de los participantes que, primero directamente intervienen en el caso, y después comparten con el resto de instituciones que forman parte de la red, desde la exposición que permite la historia de intervención social del mismo, siguiendo el recorrido biográfico que marca la trayectoria familiar en relación con los aspectos relevantes para las necesidades planteadas.

Hasta llegar al punto en que nos encontramos, el grupo de trabajo se ha centrado durante los dos primeros años principalmente en la discusión y análisis de numerosos aspectos técnicos: cuáles eran nuestras respectivas funciones, los límites en las actuaciones, los protocolos que manejamos, qué es una situación de riesgo, cuáles son los recursos de protección, conocer los procedimientos y los marcos legales, las dudas que surgían en relación a los límites sobre la protección de datos, las condiciones para actuar, cómo hacerlo, cuándo, etc. Hablar de todo ello, nos enseñó a conversar y a

³⁶ Ubieto, J.R. (2013) “La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica” Barcelona: EdiUDOC.

reflexionar entre nosotros, siempre movidos en torno a una realidad que la casuística familiar traía desde la gravedad y la urgencia.

En casos tan graves, uno de los objetivos implícitos a trabajar, era reflejar como los recursos especializados desde el ámbito de la protección eran muy limitados, en tanto que en el pasado, fruto de la experiencia, se había constatado las enormes dificultades tanto para poder intervenir de forma efectiva en casos muy graves y cronificados, así como de carecer de recursos específicos dentro del propio sistema de protección social a la infancia adaptados a determinados perfiles, en los que las situaciones de negligencia parental muchas veces, asociadas a maltrato emocional cronificado, eran difícilmente constatables y de intervención muy compleja y poco eficaz, y como por ello, era fundamental trabajar desde el contexto comunitario por ser lo más cercano al menor y lo que garantizaba su visibilidad y una mayor actuación a tiempo real, sin olvidar que dicha intervención permitía mantener al menor y la familia en su entorno, apuesta de primera elección antes de tomar decisiones más drásticas.

Uno de los grandes debates, giró en torno a **los límites en la protección de datos y la confidencialidad**, tema que en el fondo, ha permitido profundizar en los distintos aspectos de la desprotección y de nuestros objetivos, permitiendo un análisis más detallado y profundo, aclarando muchos matices, que finalmente han permitido ampliar la comprensión de las funciones de cada sector o disciplina de intervención.

La nueva modificación de la LO de Protección Jurídica del Menor, avala, en torno al tema de la protección de datos, el posicionamiento que la Comisión Técnica adoptó respecto a los casos y las informaciones que eran compartidas, en función del

informe emitido por la Agencia Nacional de Protección de Datos a resultas de la consulta que le fue solicitada por dicha Comisión. Adjuntamos seguidamente la referencia expresa realizada e introducida por la modificación de la nueva ley:

«Artículo 22 quáter.

Tratamiento de datos de carácter personal.

1. Para el cumplimiento de las finalidades previstas en el capítulo I del título II de esta ley, las Administraciones Públicas competentes podrán proceder, sin el consentimiento del interesado, a la recogida y tratamiento de los datos que resulten necesarios para valorar la situación del menor, incluyendo tanto los relativos al mismo como los relacionados con su entorno familiar o social. Los profesionales, las Entidades Públicas y privadas y, en general, cualquier persona facilitarán a las Administraciones Públicas los informes y antecedentes sobre los menores, sus progenitores, tutores, guardadores o acogedores, que les sean requeridos por ser necesarios para este fin, sin precisar del consentimiento del afectado.

2. Las entidades a las que se refiere el artículo 13 podrán tratar sin consentimiento del interesado la información que resulte imprescindible para el cumplimiento de las obligaciones establecidas en dicho precepto con la única finalidad de poner dichos datos en conocimiento de las Administraciones Públicas competentes o del Ministerio Fiscal.

3. Los datos recabados por las Administraciones Públicas podrán utilizarse única y exclusivamente para la adopción de las medidas de protección establecidas en la presente ley, atendiendo en todo caso a la garantía del interés superior del menor y sólo podrán ser comunicados a las Administraciones Públicas que hubieran de adoptar las resoluciones correspondientes, al Ministerio Fiscal y a los órganos judiciales.

4. Los datos podrán ser igualmente cedidos sin consentimiento del interesado al Ministerio Fiscal, que los tratará para el ejercicio de las funciones establecidas en esta ley y en la normativa que le es aplicable. 5. En todo caso, el tratamiento de los mencionados datos quedará sometido a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y sus disposición de desarrollo, siendo exigible la implantación de las medidas de seguridad de nivel alto previstas en dicha normativa.»

Lo que para nosotros fue objeto de debate durante un largo periodo en relación con el tema de la protección de datos, hoy día tal y como hemos señalado en la fundamentación legislativa ya aportada, viene a resolverse de forma clara y contundente con la mencionada Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia.

En los dos últimos años, nuestra atención ha estado muy centrada en el análisis e intervención de los propios casos que teníamos abiertos, permitiendo este trabajo una propuesta de formulación metodológica que quedaría como sigue.

Una Propuesta Metodológica

Análisis de Casos:

“Nuestra brújula sería... La reflexión compartida como eje de construcción del caso hacia la toma de decisiones dirigidas al apoyo a la familia y al menor, que permita paliar o corregir positivamente su situación de riesgo”.

Plan de Actuación: Criterios

- Según el Modelo de Caso Único
- Propuesta y establecimiento de un Plan de Trabajo para el caso, con:
 - Objetivos.
 - Funciones de cada profesional / ámbito (hemos llegado hasta este punto).
 - Mecanismo de evaluación.
 - Frecuencia de las coordinaciones.
 - El referente del caso (la persona de referencia) es el:
 - Responsable del seguimiento del caso.
 - Responsable de la documentación del caso (envía copia al coordinador).
 - Interlocutor responsable del caso.
- Seguimiento:
 - Equipo del caso (equipo de intervención directa) y de seguimiento (los que trabajan y los que pueden incidir en el caso).
 - Exposición y análisis en las reuniones plenarias.

Criterios de Confidencialidad, fundamental tener en cuenta:

- Si actuamos desde el consentimiento informado familiar.
- Si actuamos desde la situación de riesgo declarada (marco legal vigente, en relación con los mecanismos que la ley establece para la protección de la infancia en riesgo y/o desamparo).

Sesiones Clínicas de Casos o sobre Temas Específicos (Seminarios).

Programación, planificación y recogida de las reuniones a través de la realización de actas-resúmenes (favorece la construcción de una identidad de grupo y su cohesión, además de ser un documento que se articula como eje de continuidad en los contenidos y en el proceso)

Utilización del **correo electrónico** como un instrumento que facilita la coordinación, así como las gestiones telefónicas.

Se remite a los libros de **Ubieto, J. R.**³⁷:

- ✓ (2009) ***“El trabajo en red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales”***. Barcelona: Editorial Gedisa.
- ✓ (2012) ***“La Construcción del Caso en el Trabajo en Red”***, Barcelona: Editorial UOC.

Ambos para para consultas sobre:

- o Principios Generales del Modelo
- o Base Teórica
- o Metodología: Cómo se construye el caso desde el trabajo en red, fundamental para profundizar y entender cuáles son las leyes del método que resumimos muy escuetamente a continuación.

³⁷ Toda la aportación teórica y metodológica en la que está inspirada este proyecto, se ha basado en las enseñanzas del psicólogo J.R. Ubieto, y en sus libros, tal y como se mencionan a lo largo de este trabajo, si bien su adaptación presenta variantes respecto a los modelos originales que se manejan, entendiendo que esta es necesaria desde el marco que nos define.

Aspectos a tener en cuenta desde el modelo de red en los análisis de casos:

- 1. La secuencia temporal** (ciclo evolutivo, la secuencia de los hechos, las transmisiones, etc.)
- 2. Descubrir el ciclo:** una serie al repetirse se configura con forma de ley = al patrón de funcionamiento familiar – se repiten conductas, actitudes y valores-, y refiere en lo profundo a una forma de posicionarse en la deriva de *su vida*, de dar sentido a lo que hace, piensa o siente. La red ha de posicionarse en esta brújula que indica hacia donde se orienta el sujeto y la dinámica familiar.
- 3. La crisis y sus soluciones temporales:**
 - Toda solución es finita y termina por ser cambiada por otra nueva, igualmente temporal.
 - Hay soluciones fallidas que impiden el cambio y la adaptación a la solución creativa de la crisis: aparece el síntoma, se impide el cambio y se invalida al sujeto (ej., estas incluyen las soluciones a veces de los profesionales que toman decisiones sin contar con el sujeto)

El análisis sobre los siguientes niveles:

- 1) Tener en cuenta todas las perspectivas disciplinares:** el saber de los distintos profesionales y sus áreas de conocimiento, y:
 - ¿qué lugar ocupamos para él/familia?
 - ¿cuáles son las estrategias para poder acompañarle?
 - ¿cómo hacerlo? VINCULO TRANSFERENCIAL

2) Perspectiva de cada miembro de la familia: conocer al sujeto/s supone

- Descubrir la certeza en la que descansa el saber de esa persona, ¿cuál es la brújula de este sujeto?
- Descubrir su angustia ¿por qué ahora se desatapa esto?, ¿a qué responde la urgencia (certeza-angustia)?

3) Perspectiva temporal (ciclos evolutivos):

- Analizar las secuencias de: fracasos-*impasses*-repeticiones
- Analizar las novedades: las secuencias creativas (soluciones nuevas y distintas) que suponen una ruptura respecto de la repetición.

Las Leyes del Método. Remitimos a las publicaciones para su desarrollo:

1. La repetición
2. Tener en cuenta y desvelar lo inconsciente
3. El vínculo transferencial

5. DE PROCEDIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN

El proceso de implementación ha sido progresivo respecto a la evolución del grupo y la definición del proyecto; a continuación se desarrolla como se conformó desde sus inicios.

- Reuniones previas puntuales motivadas por casos particulares y donde se vuelcan intereses comunes respecto a dudas sobre los procedimientos, que justifican y proporcionan contactos cada vez más continuados, entre SS.SS y Centro Educativo fundamentalmente, así como SS.SS. y Centro de Salud (tanto pediatra como médico de familia y, a su vez, coordinador del centro de salud)
- Convocatoria entre Centros Educativos, Policía local y Centro de SS.SS ante la necesidad inicial de aclarar dudas sobre aspectos legales, procedimiento, carencias de información, etc.
- Puesta en conocimiento de las 4 primeras reuniones al Centro de Salud, e invitación a participar.
- Convocatoria formal del Grupo de Trabajo Interinstitucional desde 2011.
- Incorporación de la Escuela Infantil, en el verano de 2011, a la que se le remiten las actas y se realiza invitación formal, manifestando su conformidad definitiva.
- Puesta en marcha con mayor profundidad, el proceso de análisis, valoración y actuaciones de intervención en los casos, entre 2012 y 2014.
- Culminación con la creación del Consejo Sectorial Municipal de Infancia y Adolescencia en mayo de 2014.

Por tanto, abarca las siguientes fases en relación con el proceso de actuación para valorar el caso:

- La detección de situación de necesidad por desprotección del menor (en sentido amplio, legal y social).
- La constatación del cumplimiento del perfil de la familia.
- La propuesta de análisis del caso y valoración de la información disponible (equipo del caso) en reuniones de coordinación con los intervinientes directos con el menor o los menores y el resto de miembros de la unidad familiar, que facilite el análisis y recogida de la información, compartiendo las primeras valoraciones conjuntas.
- Exposición conjunta del equipo del caso en las sesiones de seguimiento o plenarias: antecedentes, actuaciones realizadas y situación actual del menor asociada a las dificultades que se plantean (secuencia de ciclos).
- Análisis del caso por el equipo: reflexión conjunta, elaboración de hipótesis y propuesta de plan de actuación
- Acuerdos de actuación para seguimiento.

¿Quién trabaja en un caso?

- *Directamente*: aquellas instituciones implicadas en la intervención directa con las familias y menores, el equipo del caso.
- *Indirectamente*: todo el equipo, aporta su reflexión e ideas para la intervención y se genera una matriz del caso (una idea común que queda presente en la mente de todos), una mirada coherente y unificada desde la que todos partimos en nuestra posición con la familia pero desde la particularidad de nuestro ámbito de intervención, respecto a las necesidades que tiene el caso, concretadas en objetivos de trabajo parcelados por la propia idiosincrasia de las competencias asistenciales de cada institución.

6. RECURSOS

Institucionales

Directamente interviniendo en los casos:

- Centros Educativos: Escuela Infantil, Centros de Educación Infantil y Primaria e Instituto de Educación Secundaria.
- Centro de Salud de Atención Primaria y Especializada (Centro de Salud Mental)
- Servicios Sociales: Centro de SSAP y Servicios sociales Especializados, tanto el Servicio de Protección como de Familia de la Dirección General de Política Social.

En colaboración con:

- Policía Local, su intervención queda limitada por el marco legal y es preciso realizar una puntualización, ya que el Modelo Interxarxes no incorpora a los equipos a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, por ser su propio carácter prescriptivo dentro del marco legal un hándicap en la limitación de su actuación; matizar que en el caso de la CARM, sus actuaciones son recogidas tanto para la detección como para la intervención ³⁸:

³⁸ Salmerón Giménez, J., Pérez Hernández, F., Vera Sánchez, J. y Pérez Ruiz, D. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Dirección General de Familia y Menor (2005) *“Atención al maltrato infantil desde el ámbito de los cuerpos y fuerzas de seguridad: Manual del Profesional”* (p. 71)

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=554&IDTIPO=246&RASTRO=c890\\$m5859](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=554&IDTIPO=246&RASTRO=c890$m5859) Consultado el 16/02/2015.

“En este sentido, todas las Administraciones Públicas deben:

- Garantizar desde sus competencias específicas los derechos fundamentales de los niños y de su entorno familiar (artículos 39.2 y 4 de la Constitución; artículos 10 y 11 de la Ley Orgánica 1/1996).*
- Notificar la existencia de situaciones de desamparo (artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1996).*
- Adoptar, en el ejercicio de sus competencias, las medidas necesarias para que los dispositivos y recursos de la comunidad ayuden especialmente a las familias en riesgo, a fin de evitar situaciones de desamparo (artículo 14 de la Ley Orgánica 1/1996).*
- Promover actuaciones encaminadas a prevenir situaciones de riesgo o desamparo (artículo 11 y 12 de la Ley 3/1995), las cuales implican diferentes niveles de intervención social.”*

Pero más concretamente, dentro del ámbito de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, en el mismo texto enunciado se especifica lo que se entiende por prevención secundaria y terciaria en referencia a sus actuaciones de intervención propias³⁹:

“Dentro de un enfoque preventivo, la actuación de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad implica que se potencie la detección e intervención en las fases más incipientes del proceso que fue descrito. En este sentido, los Cuerpos y

³⁹ Salmerón Giménez, J., Pérez Hernández, F., Vera Sánchez, J. y Pérez Ruiz, D. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Dirección General de Familia y Menor (2005) *“Atención al maltrato infantil desde el ámbito de los cuerpos y fuerzas de seguridad: Manual del Profesional”* (p. 98-99)

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=554&IDTIPO=246&RASTRO=c890\\$m5859](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=554&IDTIPO=246&RASTRO=c890$m5859) Consultado el 16/02/2015.

Fuerzas de Seguridad cumplen una importante función de prevención secundaria y terciaria.

Prevención secundaria

Comprenden todos los programas dedicados a la detección precoz de los delitos contra la infancia a través de la observación y seguimiento específico de:

- *Grupos sociales con prácticas de riesgo, con importantes carencias socioculturales, con desarraigo o pocas relaciones extrafamiliares, estrés crónico y falta de habilidades parentales para el cuidado de los niños.*
- *Menores en situación de riesgo que presentan problemas de comportamiento (conductas agresivas, abandono de hogar, absentismo escolar, etc.).*

En ambos casos los profesionales de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad pueden asesorar e informar a los menores y a la familia acerca de sus derechos, y acerca de los recursos institucionales a los que pueden acudir.

Prevención terciaria

*Implica la intervención con el conjunto de administraciones públicas para evitar la **cronicidad de las situaciones de desprotección infantil y normalizar la situación familiar**. En este sentido una función importante es la **vigilancia y el seguimiento de los casos que han sido detectados**. El seguimiento tiene especial relevancia en los casos de violencia familiar dada su cronicidad y naturaleza cíclica. En cada caso debería contarse con un profesional de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad de referencia a fin de evitar la dispersión.”*

Las actuaciones de detección y de coordinación con nuestra Policía Local ha sido considerado como una aportación

especialmente importante, sobre todo, en situaciones de urgencia y especial necesidad, por lo que su inclusión dentro del protocolo de actuación es tomada en cuenta bajo la máxima de la búsqueda del principio legal “de la prevalencia del interés del menor”, buscando la mayor diligencia y rapidez en las actuaciones de posible daño para el menor, conforme a una adecuada preparación para actuar con la adecuada sensibilidad acorde con las necesidades de la infancia y con las situaciones de riesgo, por el ejemplo, violencia de género y, la mayor parte de las veces, violencia familiar.

Su actuación en nuestro modelo se realiza desde el conocimiento de nuestra pequeña realidad local, de la población y de las sinergias que el sustrato social plasma en la realidad de las calles en el día a día y a tiempo real. En determinados casos, sus aportaciones han sido muy interesantes respecto al conocimiento de estos emergentes sociales que afectaban a una familia y a sus menores, y en más de un caso, cuando se han producido situaciones de crisis de impacto administrativo o transcendencia legal, su experiencia y cualificación así como el conocimiento y seguimiento de la situación de riesgo de los menores ha permitido frenar el agravamiento de la situación y permitir un seguimiento continuado de la misma.

- Fiscalía, Sección Familia y Menor. Su colaboración y activa participación se ha plasmado en todo momento al contactar y colaborar con ellos en aquellos casos que suponían medidas judiciales de algún tipo, en especial en relación con los adultos responsables de los menores, en relación a temas como casos graves de absentismo y, en especial, en la detección y actuaciones en relación con la prevención para la erradicación de la mutilación genital femenina.

Recursos Humanos

COMISIÓN TÉCNICA DEL CONSEJO SECTORIAL

CENTROS EDUCATIVOS

2 CEIP, 2 Directores
2 IES, 1 Director y 1 Jefe Estudios
1 Orientador/Orientadora del IES
1 Escuela Infantil, 1 Directora.

CENTRO DE SALUD

1 Coordinador del Centro de Salud de Atención Primaria
1 Pediatra
1 Enfermera
Residentes (invitados en a las reuniones)

POLICIA LOCAL

1 Jefe de la Policía

CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

1 Dr.^a del Centro SSAP (Trabajadora social, TS)
2 TS de UTS
1 TS de PAIN (Programa de Acompañamiento para la Inclusión Social)
1 Psicóloga

SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS

2/3 Técnicos de los SSE (técnicos de zona -educadores- y de apoyo – TS), Servicio de Familia de la CARM.

7. CALENDARIZACIÓN

Reuniones bimensuales o cada mes y medio aproximadamente (varía en función de los trimestres), siempre acordando las agendas de los profesionales, y realizando un intento de respetar la composición del grupo adaptando las mismas para garantizar la mayor asistencia posible.

Con el tiempo se ha ido consensuando el procedimiento para dicha calendarización, de forma que en la actualidad, al final del año natural, la Comisión establece un calendario para el siguiente año natural de sesiones plenarias, realizando la misma previsión en los pequeños grupos de trabajo si bien con mayor flexibilidad y necesidad según los casos, como forma de garantizar los espacios libres en las agendas profesionales.

Tiempo de duración del Proyecto:

- Inicio: Septiembre de 2010 hasta la actualidad, si bien la valoración de este trabajo se ha cerrado a diciembre de 2014.
- Nº Sesiones realizadas: 21 sesiones plenarias en total.

8. EVALUACIÓN

La evaluación de dicha comisión y su trabajo está en construcción, si bien ya hemos realizado los primeros informes de los casos trabajados. A continuación aportamos un balance general de los criterios de los que partimos y de las primeras aproximaciones que hemos realizado de lo abordado.

En cualquier caso, los principios que deseamos que guíen la evaluación, aspiran a poder ser concretados con cierto rigor metodológico y a estar basados en criterios de efectividad (resultados finales producidos), eficacia (relación con objetivos previos programados) y eficiencia (relación entre costos y beneficios) y que respondan a los objetivos que se establecen a medio plazo cuando la evaluación continuada del trabajo realizado hasta el momento, permite su abordaje, pero siempre desde la modestia que nos impone la complejidad de la realidad social y humana.

A día de hoy, la valoración es solo preliminar, pero si hemos constatado que mientras que antes, en los perfiles abordados llegábamos a un punto en donde solo hablábamos de familias resistentes a la intervención, cargadas de cronicidad en los pronósticos negativos y de agravamientos futuros de exclusión social manifiesta, hoy en día, lo constatado y lo real es que no se ha producido la inactivación de los casos “por imposibilidad de intervención”, bien al contrario se ha seguido interviniendo y alcanzando pequeñas metas que han afectado positiva y directamente a los menores en la mayoría de los casos, y a muchos de sus adultos responsables, sin olvidar la máxima

desde esta metodología, de que “las soluciones siempre son finitas y temporales” (Ubieto, 2009).

Un dato que nos ha sorprendido es constatar que en más de un caso, a pesar de que los adultos responsables no han mejorado en su condición global de cuidado parental, si lo han hecho de forma parcial, y en algunos de los padres, incluso se ha producido un empeoramiento, pero en todos ellos, sus menores han mejorado hasta el punto de desaparecer los indicadores de riesgo grave constatados inicialmente, lo cual ha hecho disminuir su gravedad en los niveles de desprotección finalmente. Es un dato que nos acompaña en la reflexión a día de hoy, los menores parecen sostenerse desde los efectos que las actuaciones directas de la red tienen en ellos, desfocalizándose los síntomas que se acrecientan en sus mayores.

Los indicadores de valoración preliminar considerados en la actualidad son:

➤ Sobre el Proceso (participación en el proyecto):

- Nº de reuniones realizadas por años: 21 sesiones plenarias. Con una media cercana a 5 reuniones por año.
- Nº de asistentes a las reuniones: una media de 14 asistentes
- Nº de instituciones implicadas: todas las mencionadas y enumeradas en el apartado de recursos humanos. En todas las sesiones han participado todas las instituciones convocadas (no siempre han participado los mismos miembros), sólo se han producido ausencias individuales justificadas previamente, de muy escasa relevancia en cuanto al número de faltas de asistencia. Los resultados

hablan de una gran implantación y sólida implicación respecto al compromiso de las instituciones y sus representantes participantes.

➤ Sobre los resultados:

- Valoración de casos: en base a la valoración global y particular de la situación de riesgo, medidas adoptadas con padres y menores, y valoración concluida la intervención; indicadores: resolución administrativa de la situación de riesgo, recursos habilitados, entre otros por especificar.
- Avances de carácter comunitario: sobre temas transversales que favorecen el desarrollo de la red, y sus actuaciones en el ámbito comunitario y de interés para la población universal infantil y adolescente respecto al desarrollo y el bienestar de los menores. Por ello hemos adjuntado los proyectos realizados al respecto.

A continuación enumeramos las principales aportaciones que la Comisión ha desarrollado en relación con la valoración global de cada uno de los casos trabajados en red, como de las temáticas específicas transversales de carácter comunitario.

VALORACIÓN GLOBAL 2010-2014

Descripción de Casos

La evaluación que presentamos a continuación es cualitativa por la propia idiosincrasia del proyecto inicial y el proceso desarrollado hasta el momento. El listado se acompaña de una breve descripción en la composición familiar y el nivel de desprotección valorado.

➤ **Listado de Familias desde 2010 y nivel en la situación de desprotección valorada:**

1. Caso 1, familia con 2 hermanos menores. Declaración primero de situación de riesgo (nivel grave) y después de desamparo en H2.
2. Caso 2, familia con 6 hermanos, 4 menores. Declaración de riesgo (nivel grave).
3. Caso 3, familia con 3 hermanos, 2 menores. Declaración de riesgo (nivel grave).
4. Caso 4⁴⁰, familia con 2 hermanos, 1 menor, (Seminario y análisis). Situación de exclusión social.
5. Caso 5, familia con 3 hermanos, 2 menores. Situación de exclusión social.
6. Caso 6, familia de 7 hermanos, 4 menores, (propuesta desde absentismo, caso para Seminario y análisis). Apertura de expediente por situación de riesgo (pendiente de valoración).
7. Caso 7, familia con 4 hermanos, 3 menores. Declaración de situación de riesgo (nivel grave).

⁴⁰ El caso 4 fue un caso cerrado, cuyo valor de contenido sirvió de base para el trabajo conjunto del grupo, a modo de seminario.

8. Caso 8, familia con 2 hermanos, 1 menor. Declaración de situación de riesgo (nivel grave)
9. Caso 9, familia de 4 hermanas, 3 de ellas menores, (caso de prevención MGF). Apertura de expediente de situación de riesgo (pendiente de valoración en el momento de elaboración del documento)

➤ **Datos totales de población contabilizados desde el inicio de las reuniones en el año 2010:**

- Total familias: 9 casos
- Total población menores- adolescentes/jóvenes: 33
- Total hermanos mayores de 18 años: 10
- Total menores de 18 años, adolescentes: 10
- Total niños entre 0 y 12 años: 15

➤ **Valoración y análisis de casos realizada según los siguientes parámetros:**

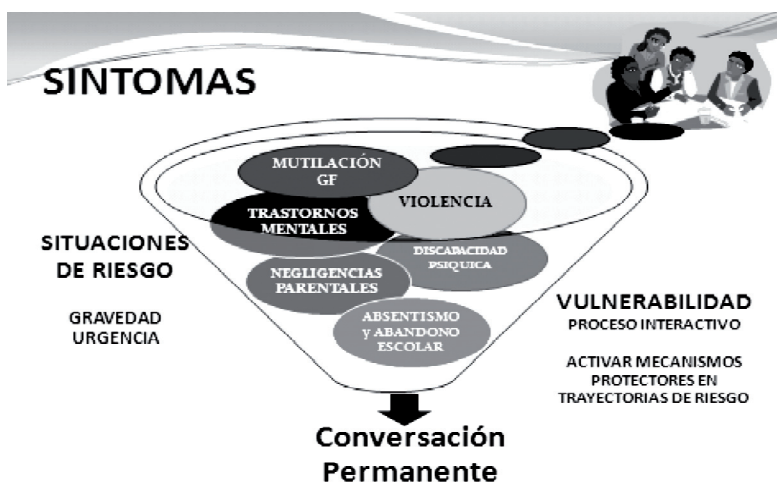
- a. Problemática Inicial.
- b. Evolución del caso (desde su exposición inicial a la red) y Situación actual.
- c. Instituciones implicadas en la intervención y específicamente en qué ha consistido su contribución al caso.
- d. Conclusión de la intervención.

Ofrecemos a continuación un breve resumen de lo abordado, con pocos datos en la descripción de los casos de cara a garantizar la protección de la información de los mismos, haciendo más hincapié en ofrecer un resumen de las

actuaciones de la red que permita visualizar a modo de ejemplo el trabajo realizado.

En aras del respeto de dicha protección de datos, perdemos la ocasión de poder describir todo ese nivel humano y profesional que ha ido activando el proceso respecto a la implicación consensuada entre los distintos profesionales, y de cómo dicho nivel, que tiene que ver con hacerse cargo de la complejidad de las situaciones de los menores y de sus familias que nos confiere el detalle de sus circunstancias más íntimas y personales, permitía un fluir de las actuaciones que destacaba por su sencillez, inmediatez e intento de adecuación a las dificultades del momento y la situación que atravesaban.

Describir con acercamiento o detalle los aspectos más humanos de los casos supone descender a su detalle e individualidad, lo que los personaliza y visibiliza y, eso que es un objetivo alcanzado en su consideración más personal, ha de ser protegido respecto de la confidencialidad.



Caso 1

- a. **Problemática Inicial:** demanda de valoración y propuesta de caso por parte del IES, en relación con H1 por conductas disruptivas graves en el centro educativo. H1⁴¹ pertenecía a una unidad familiar con amplio historial de intervención en los SSAP, con un perfil de familia multiproblemática y de intervención cronicada.
- b. **Evolución del caso y situación actual:** Comienza una nueva intervención en IES con H1 (adolescente en ese momento) derivando el caso a la comisión técnica, y el centro de primaria emitió protocolo de riesgo por agravamiento de la

⁴¹ Nomenclatura: H1: Hijo primero, H2: segundo, etc. P: padre, M: Madre.

situación con H2 que también manifestaba graves dificultades para seguir el ritmo escolar, tanto a nivel de conducta como de aprendizaje, y conductas de riesgo social. En ambos existía un perfil de discapacidad psíquica, marcados por el trastorno mental. Su detección y notificación, permitió la vuelta a la intervención de SSAP y reactivarla con la figura adulta responsable, que había sido bloqueada por la misma en el pasado. El agravamiento de la situación supuso finalmente:

Para H1: no se ha podido conseguir una intervención más personalizada, por su falta de colaboración pero la deriva e implicación en hechos delictivos por los que fue juzgado y condenado, permitía a través de las prestaciones en beneficio a la comunidad impuestas, poder actuar para encauzar una futura respuesta de ayuda de reinserción ya que el perfil del joven tiene claros indicadores hacia la exclusión social. Sigue siendo sujeto de futuros objetivos de trabajo y la intervención no se ha interrumpido.

Para H2: finalmente ingresa en un centro de educación especial, y el agravamiento de la situación familiar determina la declaración de desamparo. La intervención de la red ha sido determinante para poder visualizar la situación de desprotección y alcance del daño que la misma producía en el estado global de la menor. Después de su ingreso, la evolución ha sido positiva tanto a nivel de aprendizajes, de sostenimiento de su salud mental, como adaptación en el centro de protección asignado, sin olvidar que desde su perfil de especial vulnerabilidad ha pasado a estar dentro del circuito de protección administrativa, siendo muy precaria su situación anterior respecto a su cobertura de necesidades específicas.

c. Instituciones implicadas en la intervención y específicamente, en qué ha consistido su contribución al caso:

➤ Centros Educativos:

Primaria:

- Detección, Notificación, Intervención con H2. Constatación de la dificultad de intervenir: evaluación especializada de los indicadores en la menor H2, respecto a la posible necesidad de seguimiento médico y tratamiento especializado.
- Análisis de la intervención previa con el menor H1, y de su historia vital, en relación con lo que en su momento funcionó y lo que no.
- Valoración del caso respecto a H2 para redirigir la intervención con la M. No se realizó, la familia se trasladó de región, interrumpiendo en un primer momento la intervención. Volvió a los pocos meses y se reactivó el trabajo de la red, que tenía ya un camino de trabajo realizado, retomándolo.

Centro de Educación Especial: adaptado a la especial valoración de H2 que fue realizada en el segundo momento, tanto por su salud mental como por su retraso mental. Contribuyeron de forma determinante a la clarificación en la afectación de la menor, y en relación con la cobertura de sus necesidades básicas, dentro de la dinámica familiar en que estaba inmersa, siempre en contacto con la red de forma directa, en especial con los servicios sociales (tanto SSAP, como los Especializados del Servicio de familia, destacar que igualmente se produjo una importante gestión relativa al recurso de la dependencia, reconocimiento al que

tenía derecho H2, pero quedaba especialmente limitado en su procedimiento, por la grave situación de riesgo declarada; nuevamente, la valoración y colaboración de todos los servicios implicados permitió que los trámites no quedaran afectados por la complejidad de la situación administrativa), como entre los propios centros educativos.

Secundaria:

- Redefinió la intervención con H1: replanteamiento formativo desde el centro. No tuvo éxito, a pesar de diseñarse un plan de intervención de especiales características adaptado al perfil del menor y su problemática.
- Actuaciones facilitadoras de Integración escolar: Figuras de referencia con las que el menor, H1, podía tener vínculo dentro del Centro Educativo, dentro de ese plan de intervención.

➤ Centro de Salud Mental:

- Intervención reactivada a través de la actuación coordinada con SSAP. El tratamiento especializado de ambos menores se había abandonado. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil solicitó intervención de SSAP.
 - Seguimiento del tratamiento médico con H1 y H2.
 - H1 abandono el tratamiento, por especial rechazo al tratamiento farmacológico.
- SSE, Servicio de Familia:
Valoración y propuestas de intervención con H2 desde su especial desprotección y perfil de vulnerabilidad, y según los parámetros que se han establecido de trabajo

en nuestra comunidad autónoma. Finalmente se declara la situación de riesgo, y su agravamiento culmina con la propuesta de desamparo, que es declarada asumiendo la tutela la administración (Servicio de Protección de Menores).

- SSAP:
 - Valoración, investigación, intervención y seguimiento de las actuaciones.
 - Función de intervención directa con la familia de cara a paliar las deficiencias respecto a la cobertura de las necesidades básicas, valoradas durante el proceso. Ha sido una intervención de años.

d. **Conclusión:** Actuación protectora en H2, en una dinámica familiar y parental que no ofrecía garantías para el desarrollo integral de la menor, y a pesar de no haber podido corregir la situación de ambos hermanos, la actuación con la menor (H2), ha permitido integrarla dentro del circuito de protección, estando especialmente atendida por sus características de vulnerabilidad, tanto en un centro de protección (vivienda tutelada) como en un centro educativo específico. El reto continúa vigente en la actualidad con su hermano (H1), fuera de todo el circuito asistencial, y con un pronóstico desfavorable hacia el aislamiento y la exclusión social.

Caso 2

No llegó a verse el caso, la primera vez que fue propuesto (2011), por no cumplir claramente el perfil, pero se manifestaban claros factores de riesgo y posible pronóstico de agravamiento en la situación futura que hacía pensar que probablemente el caso volvería a plantearse.

Vuelve a reactivarse por agravamiento, en la reunión interinstitucional a celebrar en julio de 2012, bajo la propuesta del IES, donde H3 está presentando graves dificultades respecto a conductas disruptivas, absentismo/fracaso escolar y, en definitiva, problemas de integración escolar. El proceso, finalmente fue reactivado.

- a. Problemática Inicia:** situación de desprotección entre moderada y grave provocada tanto por una situación de precariedad económica y afectaba a la cobertura de las necesidades básicas, como de la sospecha de posibles malos tratos en algunos de los menores, que no podían terminar de ser confirmados.
- b. Evolución del caso y Situación actual,** se estableció un plan de intervención adaptado a las necesidades del caso según lo valorado. Se actuó desde todos los servicios bajo la construcción del caso que permitía entender cuáles eran los objetivos a conseguir entre todos. Finalmente la situación de riesgo disminuyó, por la corrección de las deficiencias detectadas y la colaboración parental.

c. Instituciones implicadas en la intervención y específicamente en qué ha consistido su contribución al caso

- Centros Educativos:

Primaria: H4, H5 y H6. Detección y Notificación (constatación de falta cobertura necesidades básicas y falta de contacto al final con la M, aunque su comunicación ha sido discontinua con el Centro educativo).

Secundaria: H3, comportamiento disruptivo y finalmente agresivo (expedientes disciplinarios).

- Centro de Salud AP y CSMIJ: Pediatría los tres menores H4, H5 y H6 y CSAP derivación por médico de familia a CSMIJ, los cuales aceleraron la cita, pero el menor no acudió a la cita y rechazar la intervención.
- Policía Local: Investigación, reciben confirmación por parte de vecinos que no quieren realizar denuncia anónima sobre sospechas de malos tratos sobre los menores, alertando a los servicios responsables.
- SSAP: Investigación; valoración e intervención familiar, en apoyo a la posterior situación declarada de riesgo, a los SEEF, la familia colabora y progresa suficientemente hasta la eliminación de la situación de riesgo.
- SSE, Servicio de Familia: valoración y declaración de situación de riesgo en los cuatro menores, e intervención activa en el proceso de valoración y de corrección de la situación.

- d. Conclusión:** Erradicación y Extinción de la Situación de riesgo declarada administrativamente. La familia fue colaboradora de forma que la intervención de todos los servicios pudo seguir una línea positiva hacia la corrección de la situación de desprotección declarada.

Caso 3

- a. Problemática Inicial:** demanda de ayuda para el menor, H3 por conductas disruptivas en el centro educativo y desatención detectada desde la institución de los cuidados parentales. Situación de riesgo activada y, finalmente, declarada.
- b. Evolución del caso y situación actual:** construcción de una red social básica de atención primaria y especializada de protección, implicando muy lentamente a la figura parental responsable. En progresión positiva para el menor y su bienestar respecto a la cobertura de sus necesidades básicas, y en progresión lenta pero con mayor implicación parental.
- c. Instituciones implicadas en la intervención y específicamente en qué ha consistido su contribución al caso:**

➤ Centros Educativos:

Primaria:

- Detección, notificación, intervención. Constatación de la dificultad de intervenir en un primer momento: constatación de los indicadores en el menor, complejidad y falta de colaboración parental.
- Conocimiento previo de su intervención con el menor, lo que ha funcionado y lo que no ha funcionado.
- Valoración del caso según planificación de sucesivas intervenciones

Secundaria:

- Contexto escolar del menor. Intervención durante tres años hasta que finalmente es derivado a Formación Profesional Básica (FPB) en otro centro educativo
- Profundización en las necesidades educativas del menor: Valoración (diagnóstico psicopedagógico) e intervención a nivel de refuerzos necesarios.
- Actuaciones facilitadoras de Integración escolar: clima socioafectivo positivo, protector y vigilante frente a las necesidades del menor. Durante los tres años ha estado muy sostenido por el equipo de profesores que directamente intervenían con él y conocían sus necesidades en todo momento.

➤ Centro de Salud de Atención Primaria:

- Valoración de los indicadores de salud físicos (valorados como alarmantes inicialmente, principalmente peso y talla) y su seguimiento estaba dirigido a garantizar la evolución en su estado de salud: el menor mejoró, en mínimos aceptables.

- Seguimiento del tratamiento médico, fue fundamental en el trabajo de concienciación de las necesidades del menor respecto de la figura del tutor responsable.
- SSE, Servicio de Familia:
 - Valoración y declaración de la situación de riesgo.
 - Intervención: a. supervisión y seguimiento del caso; b. diseño y participación en el proyecto de Intervención: trabajo centrado en 1) evaluación continua de la situación del menor en función de las necesidades que se iban planteando, 2) trabajo con la figura materna para garantizar la cobertura de las necesidades básicas más precarias que fundamentan la situación de riesgo.
- SSAP:
 - Valoración y Notificación de la situación de riesgo: Investigación.
 - Intervención:
 - Uts: valorar, informar, orientar y derivar a los recursos pertinentes.
 - Programa PAIN: intervenir con la M (vínculo de ayuda y apoyo, fuera del control)
 - Programa de Familia: intervención con el menor desde el seguimiento de la situación de riesgo, y el trabajo en el apoyo psicosocial de necesidad detectada en el menor. El apoyo desde la intervención psicológica al menor duró 5 años, dirigido a su acompañamiento y sostenimiento emocional.

d. Conclusión: Erradicación y extinción de la Situación de riesgo declarada administrativamente. Fue una de los casos que más conciencia nos hizo tomar sobre el efecto

real y sostenimiento que la red de forma conjunta era capaz de realizar, permitiendo que una actuación continuada y prolongada pudiera acompañar a un menor, que se encontraba en una situación de soledad emocional y física efectiva, y que a lo largo del proceso se constataba continuamente, sin posibilidad de recursos de protección específicos para su caso, más que la red asistencial ordinaria, y el acompañamiento del servicio especializado. Continuó el seguimiento del menor desde SSAP, con cierta cercanía durante un año más.

Caso 4

Caso que es expuesto a propuesta de los SSAP al grupo, como un caso cerrado, como ejemplo de a nivel de coordinación interinstitucional, (más tarde se volvió a reactivar pero solo a nivel de SSAP), por ser **un ejemplo de evolución parental positiva, con dos menores especialmente vulnerables por sus dificultades psíquicas y una intervención cuya coordinación e implicación institucional sirvió de apoyo, sostén y crecimiento a la propia unidad familiar desde distintos aspectos.**

La exposición fue en grupo, cada institución expuso su experiencia en el mismo, las actuaciones afectaban inicialmente a dos menores con discapacidad psíquica, cuya evolución fue positiva partiendo de las especiales dificultades por las que atravesaron los adultos responsables de la unidad familiar, como por la especial vulnerabilidad de los mismos, la actuación muy coordinada de las instituciones permitió un abordaje bastante

efectivo respecto de la concienciación al nivel del subsistema parental, y les hizo cada vez más capaces de adaptarse a las especiales características de sus menores a cargo.

- Primaria: narró lo que fue su intervención, tanto con H1 como con H2 durante toda su escolaridad.
- Secundaria: narró lo que fue su intervención con H1 y H2. Ambos se graduaron a través del PCPI.
- SSAP: resumen de la intervención psicosocial
- SSE, Servicio de Familia: valoración, declaración e intervención-seguimiento de la situación de riesgo de H1, en su momento.
- Centro Salud: valoración de su visión del caso.

Conclusión:

- **Permitió la visión global del caso y visualizar la riqueza de las actuaciones coordinadas en una dirección bajo el punto de partida común de una valoración única consensuada. Favoreció la cohesión de grupo a nivel técnico, en la importancia de las actuaciones conjuntas y sus resultados a largo plazo.**
- **La riqueza de la red social: el aprovechamiento comunitario para reforzar el tejido social.**
- **La importancia de descubrir y desarrollar de forma creativa e innovadora las fortalezas del sistema familiar que nos va mostrando a lo largo del camino de la intervención.**
- **H1 estaba en ese momento participando en las actividades del Centro de Integración Social (ISOL) de Molina de Segura, realizando talleres formativos, y se planteaba su ingreso en un piso tutelado.**
- **H2 realizó un nuevo ciclo formativo en otro centro educativo, pues deseaba continuar su formación.**

Caso 5

Se informa por parte del Centro de Salud de una posible situación de necesidad económica que puede dejar a la familia en una situación de precariedad respecto a la vivienda, situación que junto con otros factores de riesgo social, afectaban negativamente a la situación de protección de los menores.

Se acuerda coordinar en valoración el caso desde ambos servicios, y después valorar si es adecuado en perfil para interinstitucional, cosa que se valoró negativamente, y se intervino finalmente a otro nivel.

Aun así la valoración conjunta del caso, permitió partir de una mirada única a todos aquellos servicios que intervenían con la familia y los menores, lo que redundó en una mejor comprensión global de la situación familiar, devolviéndole a la unidad familiar el mismo mensaje desde todas y cada uno de ellas, pero en función del área asistencial que actuaba, como forma de articular los distintos objetivos en su funcionamiento y dinámica habitual.

Conclusión: Actuación preventiva, evitando el agravamiento hacia la exclusión del sistema familiar y/o desprotección de los menores.

C

aso 6

- a. Problemática inicial:** familia con 7 hijos, 4 menores – dos adultos (solo uno independizado) y una adolescente; propuesta de caso por la gravedad de absentismo escolar expediente abierto desde SSAP, por grave absentismo escolar, con antecedentes de cierre en los SSE Familia, por imposibilidad de intervención e inactivación del expediente con los primeros hijos de la unidad familiar, todos ellos evolucionando (salvo una) hacia un claro perfil de exclusión social en el transcurso de los años.
- b. Evolución del caso y situación actual:** en esta unidad familiar a lo largo de todo el ciclo evolutivo durante los periodos de crianza de los menores, ha existido un absentismo probado en los menores.

Esto supuso la intervención de los SSAP, a lo largo de los años con un seguimiento continuado de los menores. Se comunicó la situación a los servicios especializados competentes, que al igual que los primeros, no pudieron activar la implicación parental al objeto de corregir la situación, lo que supuso inactivar el expediente por imposibilidad e intervención, si bien la situación de riesgo estaba probada.

Así, y según los expedientes obrantes, desde 1999, en que figuran los primeros datos relativos a esta problemática, asociada a otras actitudes parentales compatibles con la negligencia parental, es en el año 2010, cuando se comunica desde SSAP directamente a Fiscalía, el caso de absentismo cronicado en los menores de la familia, H4, H5 y H6 (posteriormente nace H7, en este momento escolarizado).

Desde entonces, el caso es coordinado por la red, y definitivamente expuesto en sesión plenaria en 2013, con un seguimiento continuado de la instancia judicial competente.

La corrección del absentismo activo de los menores en la actualidad es total, si bien quedan aspectos relativos a determinada cobertura de necesidades, y sobre todo lo relativo a la propia dinámica familiar que quedan por seguir trabajando.

c. Instituciones implicadas en la intervención y específicamente en qué ha consistido su contribución al caso:

➤ Centros Educativos:

- Primaria: actuaciones respecto a H5, H6 y H7, Seguimiento de asistencia escolar y detección de necesidades en los menores relacionadas con las coberturas básicas.
- IES: H4, Intervención con la menor, a través de la educadora social, participando en los talleres adscritos al programa de actuación contra el absentismo escolar. La intervención duro hasta el cumplimiento de sus 16 años, y la menor asistió con cierta regularidad, si bien, su perfil de exclusión no ha podido ser trabajado en profundidad y existe un pronóstico negativo al respecto.

➤ CSAP: seguimiento de los menores, que igualmente ha permitido ir detectando las necesidades que a nivel de salud que estos planteaban.

- Policía Local, conocedores de la familia y de sus dificultades de integración social.
- SSE Familia: su intervención muy limitada en el pasado, por la imposibilidad de intervenir, finalmente se ha podido reactivar en nuevos niveles de valoración ante la evolución del caso. Reapertura de expediente de valoración por situación de riesgo: pendiente de resolución.
- SSAP: la intervención ha sido continuada a lo largo de los años, pero realmente ha comenzado a dar sus frutos, desde que iniciado el proceso judicial, con la intervención de la fiscalía, a la que desde SSAP, se le informó de la situación escolar de los menores. Los padres empezaron a tomar conciencia de las posibles consecuencias judiciales que para ellos podía tener la inadecuada atención de los menores. El desbloqueo ha sido progresivo, pero cada vez con mayor corrección de la asistencia escolar, y de todas aquellas carencias que iban aparejadas a la misma (falta de material, retrasos, etc.).
- Fiscalía: su intervención ha permitido que se produzca un giro importante en el compromiso parental, que a pesar de no colaborar con SSAP, o hacerlo de forma discontinua y paradójica, finalmente han ido rectificando su compromiso respecto a las necesidades escolares de sus menores.

d. Conclusión: actuación correctora respecto al absentismo activo de los más pequeños, en este momento la asistencia está prácticamente regularizada. Expediente judicial continúa abierto contra los padres, por un delito

de posible abandono en el cumplimiento de las obligaciones parentales, del cual ya existe una primera resolución judicial de condena, pendientes de realizar los correspondientes trabajos en beneficio a la comunidad.

Caso 7

- a. Problemática inicial:** situación notificada en 2011 de posible situación de riesgo con posibles indicadores de grave desprotección y afectación que debían ser constatados y probados, con indicadores de grave absentismo escolar y posible discapacidad psíquica y física sin valorar en ese momento en H2, afectación en el desarrollo de H3 (cronopatía del desarrollo) y posterior nacimiento de H4, que no era visible a las instituciones por su edad, pero cuya situación se agravaba por su vulnerabilidad asociada a la prematura edad y a las características del contexto familiar.

Las razones que justificaron la creación de la red fueron:

- La complejidad del caso, marcada por las carencias y el desorden en la cobertura de las necesidades básicas de los menores, así como los diagnósticos de los menores, y de los problemas que ello les provocaba a nivel de supervisión, salud y escolaridad. Además, eran dos factores los que hacía muy difícil la intervención protectora con los menores: los continuos traslados de domicilio de la madre y la invisibilidad por su corta edad, primero de H3 y, más tarde, de H4, al no acudir a ningún centro escolar.

- El acuerdo unánime de los profesionales sobre la necesidad de intervenir, por los problemas detectados en los menores, fundamentalmente H2 y H3, y su disposición de hacerlo, al conocer la posibilidad de concretar la misma desde un plan global de actuación.
- Las edades de los más pequeños, H3 y H4, que anticipaban una retirada de la tutela, pero sin carácter definitivo (supone el ingreso del menor en un centro, con posibilidad de reincorporación a la familia), y no siendo valorada, de igual manera por los distintos servicios.
- La aceptación final de la ayuda ofertada por SSAP a la madre y los padres, que evolucionó desde la evitación y el rechazo, hasta la colaboración actual.
- La previsión de un trabajo continuado a largo plazo por parte de los distintos servicios (salud, educación y atención social).

El equipo del caso ha estado constituido por los trabajadores de los SSAP y SSEF, en coordinación con los intervinientes directos con la familia, facultativos y profesores, si bien, el seguimiento era realizado por técnicos mencionados de los SSAP-SSEF, así como el realizado en las reuniones plenarias donde se valoraba el caso y la intervención global del mismo (estos daban traslado a los distintos intervinientes en niveles más especializados de la misma) cada dos meses aproximadamente, aunque después se realizaban pequeñas reuniones de trabajo paralelas, en seguimiento de objetivos y actuaciones concretas requeridas.

La coordinación del caso estaba a cargo de la psicóloga de los SSAP y de la educadora de SSEF, por conocer bien el caso y coordinarse desde el inicio con los distintos

servicios, así como por la corta edad de los menores y el nivel de gravedad de la desprotección.

b. Evolución del caso y situación actual:

- Se articula todo el caso con la valoración conjunta de todas las instituciones que directamente tienen contacto con los menores. Se consigue frenar los continuos traslados de municipio, que determinaban la imposibilidad de valorar adecuadamente a los menores, frenando la conducta errática del tutor responsable de tres menores a cargo (el mayor a cargo del otro tutor responsable y que no vivía en la localidad, era ya adolescente).
- Los menores son valorados en los respectivos servicios asistenciales, según sus necesidades detectadas y se realiza un seguimiento continuado de su evolución a lo largo de dos años de intervención.
- Los menores se estabilizan, y continúan con los tratamientos pertinentes consignados desde cada ámbito y según el tratamiento especializado recomendado, recibiendo altas que prueban su mejoría en aspectos fundamentales para su desarrollo.
- Mientras tanto, la intervención con los adultos responsables se materializa en objetivos concretos de trabajo que afectan a distintos niveles de necesidades. Siendo su evolución tórpida y discontinua.

c. Instituciones implicadas en la intervención y específicamente en qué ha consistido su contribución al caso:

- Centros Educativos:
 - Escuela Infantil: ha actuado con H3 y H4, permitiendo el seguimiento desde la asistencia escolar del estado de los menores, así como el trabajo escolar y educativo propio de sus edades.
 - Primaria: intervienen con H2, en cuanto a valoración, intervención especializada educativa y finalmente derivación a CEE;
 - CEE: han iniciado su labor con H2, y en proceso de adaptación al centro, pudiendo conocer la situación de la menor, su evolución y progresos, desde el trabajo continuado realizado hasta el momento de su ingreso en el centro. Uno de los grandes retos, una vez superada la adaptación, es poder ayudar a la menor a adquirir los aprendizajes básicos que garanticen en el futuro las habilidades mínimas necesarias dentro de sus limitaciones que le permitan un grado de autonomía suficiente para desenvolverse, así como valorar el alcance de sus dificultades, que hasta este momento ha estado muy mediatizada por la dinámica familiar.

- CSAP: a través de pediatría el seguimiento sobre la salud de los menores ha sido continuado. Igualmente los adultos responsables, algunos de ellos con graves problemáticas de salud asociadas, eran igualmente atendidos trabajando desde el centro de salud la conciencia de la problemática de su competencia.

- Policía Local, ha coordinado sus actuaciones, siendo conocedor de la intervención que estaba siendo realizada, de forma que en las situaciones de crisis que han ido apareciendo, y bajo petición de los distintos

miembros de la familia (eran los miembros adultos los que los llamaban), ha podido intervenir, con una visión coordinada en función de las necesidades planteadas, en relación, sobre todo, a la garantías de protección de los menores y en relación con el momento concreto debían ser constatadas.

➤ SSE Familia

- Valoración y declaración de la situación de riesgo. El caso en su evolución ha necesitado de sucesivas revisiones en donde el nivel de gravedad ha ido siendo revisado.
- Intervención:
 - Supervisión y seguimiento del caso;
 - Diseño y participación en el Proyecto de Intervención:
 - . Evaluación continua de la situación de los menores, en función de las necesidades que se iban planteando,
 - . El trabajo con la figura materna y las paternas, para garantizar la cobertura de las necesidades básicas más precarias que fundamentan la situación de riesgo.

➤ SSAP:

- Valoración y notificación de la situación de riesgo: Investigación.
- Intervención:
 - Uts: valorar, informar, orientar y derivar a los recursos pertinentes. Se ha intervenido sobre todo con los adultos responsables: M, P2, P3 y P4. Así como con otros miembros de apoyo a la unidad familiar, que convivían en el domicilio.

- Programa PAIN: intervenir con la P2 (vinculo de ayuda y apoyo, fuera del control)
- Programa de Familia: intervención con la M en relación con el apoyo psicosocial según las necesidades personales detectadas. El acompañamiento y apoyo al sostenimiento emocional de la misma duró hasta que se pudo realizar convenientemente su derivación al servicio sanitario especializado, coordinado previamente con el mismo.

d. Conclusión: La constitución de la red interprofesional ha permitido conocer con mayor profundidad la situación familiar y, por tanto, construir el caso para proceder a sustentar la intervención en un complejo engranaje de actuaciones que buscaban aliviar tanto las necesidades globales del entorno familiar, como las particulares adscritas a cada uno de sus miembros.

Además, toda su complejidad era de difícil visualización a la hora de plasmar la afectación de los menores. Las dificultades, aún hoy, de los adultos responsables, marcadas por carencias estructurales que afectan a los cuidados básicos en distinto nivel de consideración, ha fundamentado todo el trabajo realizado, en la medida, en que de forma manifiesta los menores si han hecho una evolución progresiva en positivo, y los recursos y servicios, cada vez más, han sido asignados y articulados en respuesta a sus necesidades específicas.

A día de hoy, si bien los adultos responsables manifiestan graves dificultades para superar sus problemas, lo cierto es que los menores han disminuido considerablemente los indicadores de riesgo que presentaban relativos a la

valoración de su desprotección, así como los principales focos sintomáticos que en ellos fueron desactivándose.

Caso 8

a. Problemática inicial: este ha sido un caso construido desde la implicación longitudinal de los servicios que han puesto toda su disponibilidad y saber al servicio de la menor que en este caso se encontraba en una situación de desprotección en un principio muy difícil de valorar por la falta de colaboración parental para ello.

En el caso que nos ocupa, los primeros indicadores, débiles en cuanto a su carga legal para poder fundamentar adecuadamente un expediente de desprotección, tardaron en poder ser recogidos y constatados, por muy variadas razones. En la fase previa que nos encontramos, seguimos actuando de cara a poder seguir comprendiendo la dinámica familiar, toda vez, que por primera vez, podemos actuar con la familia, una vez declarada la situación de riesgo de la menor, y comprometidos en la misma.

b. Instituciones implicadas en la intervención y específicamente en qué ha consistido su contribución al caso

➤ Centros Educativos:

- Primaria: centro que ha ido recogiendo de forma sistemática y notificando las circunstancias personales y de aprendizaje de la menor, H2, dejando

constancia a través de las sucesivas notificaciones el empeoramiento progresivo de la misma, si bien no de tal envergadura como para poder actuar de forma urgente en el pasado.

- IES: aporta su historial educativo respecto a H1, que sirve para valorar retrospectivamente la unidad familiar.
- CSAP: igualmente aporta el seguimiento médico de la menor y las derivaciones que en todo momento son necesarias en función de sus necesidades. Igualmente la menor es derivada a CSMIJ en donde se lleva a cabo todo el intento de valoración, que resulta infructuoso durante largo tiempo por la poca implicación parental. En la actualidad, la menor ha iniciado la valoración.
- Policía Local, con información respecto a la dinámica familiar, relativa a la violencia intrafamiliar constatada.
- SSE Familia: declara finalmente la situación de riesgo, en nivel grave de la menor, consiguiendo que finalmente los padres tomen conciencia de las dificultades de su hija y en relación con la inadecuada cobertura de sus necesidades y se comprometan con los SSEF y con los SSAP en trabajar por su corrección, así como con el centro educativo.
- SSAP: focalizada en la intervención psicológica, desarrollada con ambos progenitores con objetivos de trabajo dirigidos a corregir los comportamientos mantenedores de las deficiencias en su competencia parental, y en la toma de conciencia de las dificultades y grado de afectación de su menor a cargo.

c. Estado actual: al ser un caso en intervención no podemos hablar de la valoración final del proceso y resultados si bien es uno de esos casos, mucho más frecuentes de lo que podría parecer, en donde los padres desde su falta de colaboración con las distintas instituciones en contacto con el menor, y en especial desde los SSAP, no permiten que los menores puedan ser valorados adecuadamente, y suponen un reto de especial dificultad, ya que técnicamente la ausencia de datos suficientemente acreditados y la dilatación de muchas veces, el cumplimiento de las recomendaciones de los profesionales, hacen que estos menores, vayan quedando en la deriva de la desatención efectiva, cuya prueba solo puede ser definitivamente aportada cuando con el paso del tiempo podemos hablar:

- a) de la cronicidad de la conducta de omisión del deber de atención de los responsables legales, normalmente ligada a negligencia emocional y /o física, de difícil argumentación técnica cuando no se dispone de información especializada basada en valoraciones técnicas, que no son facilitadas por la propia actitud negligente; romper esta viciosa circularidad técnica es muy complicado,
- b) avalada y unida a la existencia de un daño que ya es llamativo en el desarrollo madurativo del menor, o en su afectación psicosocial evidente, que muchas veces necesita de tiempo para configurarse como un síntoma de gravedad para que sea enmarcado en la desprotección,
- c) en dicho proceso, muchas veces, los menores se encuentran ya entrando en la adolescencia, en donde la escasez de recursos de protección adecuados para ellos son evidentes a día de hoy

- d) si a ello se unen perfiles que se encuentran dentro de los límites de los recursos existentes, con mucha probabilidad quedarán fuera del circuito de protección a la infancia en especiales dificultades.

Caso 9

Protocolo de Actuación para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina, MGF

- a. Problemática inicial:** este ha sido un caso detectado a través del centro de salud de atención primaria de la localidad, y en concreto de la responsable técnico de enfermería, así como del Coordinador del Centro de Salud de Atención Primaria (CSAP) del municipio, y puesto en conocimiento del Centro de Servicios Sociales de Atención Primaria (CSSAP).

Su especial cualidad nos confrontó con un reto que por primera vez, en nuestra región, suponía un caso concreto al que dar respuesta de posibles medidas de protección urgente, por tanto, en situación de valorar y de activar el protocolo de prevención e intervención en los casos de menores niñas-adolescentes, con mutilización genital femenina (MGF) o con riesgo de padecerla y, por ello, supuso desde el principio un enorme esfuerzo de comprensión conjunta de la especificidad de la situación de las menores afectadas y de estudio sobre la base que esta profesional nos informaba acerca de la información recogida en este sentido.

En especial, se informaba de una situación en donde se podría considerar e informar inicialmente desde los SSAP, una posible valoración de desprotección sobre las menores atendidas, contemplada en el Instrumento de Valoración de la Gravedad de las situaciones de Desprotección Infantil en la Región de Murcia, que en nivel de detección y notificación se determinaba desde nuestra competencia. La contundencia de los esfuerzos aunados en los informes emitidos tanto por el centro de salud como por el centro de servicios sociales municipal, fundamentados en protocolos de actuación ya elaborados por otras comunidades autónomas, así como su puesta en conocimiento tanto a la Fiscalía competente, como a los Servicios de Protección de Menores (SSEP), determinó finalmente el establecimiento de una serie de medidas cautelares dirigidas a la protección de las menores a través de un auto judicial al efecto.

b. Instituciones implicadas en la intervención y específicamente en qué ha consistido su contribución al caso:

- CSAP: la enfermera responsable del caso nos informa a los SSAP de una posible situación de riesgo. Se procede a realizar una serie sucesiva de reuniones conjuntas al objeto de ir valorando la situación. Se estudian diversas documentaciones relativas a la MGF⁴², sus protocolos y valoraciones, y se diseñan los primeros planteamientos de trabajo.

⁴² Departament d'Acció Social i Ciutadania, Generalitat de Catalunya. (2007) "Protocolo de actuaciones para prevenir la MGF" Barcelona (p.18 y ss.)

- SSAP- SSE (Servicios Sociales Especializados): los SSAP se ponen en contacto de forma inicial con lo SSE de CARM en materia de menores, los cuales en ese momento nos remiten a informar de la situación. Por ello, se emite informe y sopesadas todas las posibilidades, nos dirigidos con el mismo tanto al juzgado de guardia correspondiente, a la fiscalía y al Servicio de Protección de Menores (SSEP). Igualmente se adjunta el informe desde CSSAP y de la enfermera del CSAP, con propuesta de valoración de situación de desprotección en las menores desde el Centro de SSAP de Lorquí, en distintos niveles según valoración previa realizada.
- Fiscalía: es la que activa de forma determinante conforme a su competencia la actuación judicial, y en colaboración con el SSEP, y los SSAP de Lorquí, se aborda la situación, iniciando las actuaciones con la familia tanto desde Fiscalía, como desde el SSEP. Este último, una vez terminada su actuación deriva el caso por situación de riesgo, con posibilidad de intervención familiar, al Servicio de Familia.
- Centros Educativos: informados desde el inicio de la situación de cara a garantizar la protección de las menores asistentes a sus centros escolares, y en base a los factores e indicadores de riesgo y en relación con actuaciones de prevención, formaron parte del caso y ha quedado definitivamente habilitado el protocolo de actuación, que ha quedado implantado así en el municipio. Su papel en la notificación de posibles situaciones de riesgo es especialmente relevante.

- Policía Local, papel especialmente significativo desde la colaboración, información en niveles de detección, y de actuación respecto a medidas preventivas llegado el caso.

c. Conclusión: son muchas las derivas positivas de este caso,

- **A nivel general, la creación e implantación efectiva del Protocolo de actuación para la prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF).**
- **A nivel particular, en el caso concreto que nos ocupaba. El auto del juez ha permitido el establecimiento de una serie de medidas protectoras respecto a una menor con indicadores de alto riesgo de padecer MGF.**
- **Igualmente, estos casos siempre tienen un eco social, en los entornos próximos del grupo étnico que ayuda y traslada la contundencia del marco legal respecto a la prohibición de dichas prácticas.**
- **A nivel de la propia Comisión de trabajo, este tipo de procesos que acaban en compromisos reales de protección por parte de la administración pública, nos permite creer aún más si cabe, en el sentido de nuestro trabajo, así como imprimir un efecto de cohesión como grupo técnico que afianza nuestra labor.**

Esperamos que este trabajo contribuya a la definitiva implantación y aprobación de dicho protocolo a nivel regional de mano de todas las instituciones implicadas, y seguiremos comprometidos desde nuestra labor en la difusión de estas prácticas desde el trabajo en red realizado, para que finalmente así se consiga.

ANÁLISIS Y RESULTADOS DE ACTUACIONES COMUNITARIAS

LLamamos “temas transversales” a aspectos específicos de actuación que responden a necesidades de carácter comunitario, detectadas durante el proceso de implementación del proyecto y que han sido abordadas por la Comisión Técnica del Consejo, con objeto de conseguir acuerdos de funcionamiento interadministrativo así como poder profundizar en esas cuestiones planteadas.

“Prevención, promoción del desarrollo y atención temprana en la Escuela Infantil”⁴³

Proyecto que se desarrolla en la Escuela Municipal Infantil desde hace más de 10 años, y que fue expuesto a la Comisión por su Directora, para conocer su alcance y desarrollo.

Permitió concretar en mayor medida si cabe, la coordinación existente entre los centros educativos de primaria y la Escuela Infantil Municipal, que concluyó en la calendarización sistemática de reuniones anuales, a primeros y al final de cada curso escolar.

⁴³ Pérez López, J.et al. (2012) *Prevención, promoción del desarrollo y atención*. Educar em revista. Curitiva. Brasil, (n. 43, 17-32, jan. Mar. 2012). Editorial UFPR

“Protocolo de actuación ante situaciones que impliquen alteraciones del estado de salud del alumnado en Centros Educativos Públicos No Universitarios”⁴⁴

Dicho protocolo pertenece a la Consejería de Educación de la Región de Murcia, y fue objeto de estudio de cara a aclarar dudas que desde los centros educativos tenían en posibles situaciones, con especial colaboración del CSAP (coordinador-médico de familia y pediatra), en casos específicos y concretos, y conlleva las consultas correspondientes a sus Consejerías, de cara a solventar las dudas planteadas.

“Talleres de Familia”

El Taller de Familia se constituyó como un espacio abierto para que las personas con deseos de crecer y mejorar en su entorno familiar, pudieran tener un lugar propio de reflexión a través del encuentro con los otros y con la realidad cotidiana familiar.

Desde este encuentro, el objetivo común que se perseguía era mejorar la vida de las familias de nuestro entorno, pudiendo participar y compartir las dificultades y problemas diarios con los que se encuentran los padres de hoy en día, padres que en otro tiempo fueron hijos y padres que serán abuelos en un futuro. Pensar y conversar sobre todos estos papeles que a lo largo de nuestra biografía vital nos acompañan, cada uno de ellos vivido con sus retos y circunstancias, enfrentándonos a dilemas y necesidades de respuesta en cada una de las etapas de la evolución familiar, en un entorno de confidencialidad,

⁴⁴ Consejería de Educación y Cultura. Dirección General de Personal. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

compartido desde el diálogo permanente con los otros, puede constituirse como una oportunidad de crecimiento personal y familiar.

Por ello, y fruto de la reflexión compartida del grupo de profesionales de la atención asistencial pública, tanto desde las instituciones educativas, sanitarias y los servicios municipales locales, se realizó esta propuesta ante las necesidades sociales actuales detectadas, y se materializó en la creación de este recurso de crecimiento personal con vocación comunitaria, cuyo fin último es el fortalecimiento de dicha red comunitaria, y por tanto, del vínculo social.

Todos hemos vivido, sabemos y somos portadores de conocimiento y sabiduría, desde los técnicos a los más profanos, todos somos protagonistas en el mismo nivel de una realidad vivida, de una biografía vital que nos ha enseñado y mostrado los distintos caminos y consecuencias de las decisiones, las emociones y afectos, y de las actuaciones que a lo largo de nuestro ser y estar en el mundo nos ha dejado un bagaje y una experiencia. Todo este testimonio biográfico es la materia prima que se pretende activar desde el encuentro social e íntimo activado por las personas cuya motivación por el crecimiento personal les lleve a compartir su experiencia y la del otro.

La primera edición se realizó con la participación y coordinación en su desarrollo del técnico de apoyo del SSEF, que generosamente participó conduciendo al grupo en su desarrollo inicial. Fueron diez sesiones, de carácter quincenal, con un pequeño grupo de madres. Sin embargo, este proyecto no tuvo la respuesta que esperábamos, y a pesar de su intento por reeditarlo, no hubo quorum suficiente para poder consolidarse finalmente.

Seminario realizado para profesores en el CEIP “Maestro Jesús García”

Seminario impartido por AMAIN, “Detección del maltrato en la Infancia”, 27 Y 28 de mayo de 2014, al profesorado. Coordinado a través del EOEPS del centro educativo.

“Protocolo de Actuación para la prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF)” Municipio de Lorquí

Este protocolo iniciado por la responsable de Enfermería del CSAP de la localidad, ha sido una actuación de especial relevancia para la Comisión, en tanto que ha supuesto actuar sobre el núcleo de población infantil presente en nuestra localidad, con factores de riesgo de distinta consideración en la población femenina infantil y adolescente.

La valoración conjunta de los casos entre los técnicos del centro SSAP y dicha técnico, permitió una estrecha colaboración plasmada en los respectivos informes por competencias, que fueron emitidos a los órganos judiciales y a los servicios de protección de referencia, de cara a actuar en casos de menores concretas con perfil de alto riesgo en MGF para garantizar su protección y el establecimiento, por ello, de las medidas oportunas, así como de las actuaciones preventivas en los casos que así lo requería.

Finalmente, como ya señalamos, el resultado ha sido un auto judicial por parte de la autoridad competente y respecto al caso requerido, que ha permitido establecer las medidas cautelares pertinentes garantistas dirigidas a proteger la integridad del caso denunciado.

Respecto a la valoración realizada por la propia Comisión Técnica, en un momento en que el propio grupo abrió el debate sobre su utilidad, recogemos a continuación sus principales opiniones:

- Ha permitido un mayor conocimiento mutuo de las instituciones y de cómo cada cual trabaja.
- Se agilizan muchas actuaciones y/o gestiones, tomándose medidas más operativas y menos burocráticas
- La toma de conciencia de que los casos derivados a los servicios sociales especializados es un trabajo bidireccional entre los servicios comunitarios y especializados.
- Esta comisión de trabajo supone “un hacer” de distinta manera: mejora la atención a los menores, nos hace ver los casos y afrontarlos de otra manera, sin caer en la mera derivación que, a veces, parece dejar a la “deriva” entre servicios, las actuaciones con el menor y su familia.
- Facilita la comunicación y, por tanto, el aprendizaje y la información entre las instituciones.
- Se enriquece el grupo pues se aportan otros conocimientos,
- Aunque en la práctica solo trabajen unos pocos profesionales en un caso, se genera una matriz común para todos, que ayuda a cambiar la perspectiva en el enfoque de los casos (limitada en la actuación parcelada del servicio que atiende) y, por ello, unificar la mirada respecto a la necesidad/es que se plantean en ese menor y su familia de forma coherente e interdisciplinar.
- Los cambios estructurales (generar esta estructura de trabajo es un cambio estructural) permiten buscar nuevas alternativas de solución a los problemas.
- Permite “reinventarnos” en un presente en el que cada vez tenemos menos recursos.

9. CONCLUSIONES

Ventajas

Directamente sobre los Profesionales:

- ✓ Mejor conocimiento y mayor profundidad en la comprensión sobre la gestión y funcionamiento de cada uno de los servicios de procedencia para todos, permitiendo finalmente la génesis de una imagen global de la intervención que la administración pública articula desde el marco legal de protección a la infancia, permitiendo que cada uno de sus técnicos entienda y visualice cuál es su posición y papel en la amplia red de servicios y recursos públicos destinados a estos objetivos, desde la cual articular sus actuaciones, dando un nivel de coherencia a la intervención que es difícil de alcanzar a tiempo real desde la mera derivación de los casos.
- ✓ Flexibilidad: Conocernos mejor, nos hace más tolerantes y más adaptativos, (conocemos y compartimos las dificultades con las que trabajamos, conocemos las actitudes de los compañeros, tanto en compromiso como en limitaciones, la disponibilidad de recursos y el valor de las actuaciones en función de todo ello, los miedos e inseguridades con los que cada uno se enfrenta, etc.)
- ✓ Nos activa a reflexionar sobre cómo solventar las limitaciones de nuestros recursos, nos hace más creativos, y desbloquea rigideces y abre nuevas puertas.

Directamente sobre los Casos:

- ✓ Visibilizar situaciones de desprotección infantil, de diversa consideración y gravedad, que en muchos casos pasan desapercibidas por su cualidad temporal, que infringe el daño que se materializa longitudinalmente, pero que en la valoración global y abordaje intersectorial del caso cobran relevancia en forma de indicadores que pueden ser fundamentados y probados en su alcance y afectación.
- ✓ A operativizar de forma más ajustada las actuaciones, haciendo que los objetivos sean más reales y operativos, tal vez menos ambiciosos, pero no por ello, menos efectivos. Appreciar el valor de las pequeñas intervenciones que englobadas en un todo, convierten al contexto en un actor de resiliencia (agentes sociales comunitarios), y no en un mero detector de situaciones de riesgo.
- ✓ Ruptura de los bloqueos en las actuaciones que parecían haber “tocado techo” desde un solo ámbito de intervención.
- ✓ Una visión más global y comprensiva de las circunstancias del menor y sus responsables, que nos hace más adaptativos y menos deterministas, (siempre hay alguien que aporta una percepción que permite desbloquear lo que era una narrativa de la familia con pronósticos rígidos o cerrados, tanto para ella misma como para los profesionales) en un intento de devolver el papel protagonista a la propia familia en la resolución de sus necesidades más perentorias manifiestas, bajo el acompañamiento y la colaboración de los técnicos que intervienen, reactivando el concepto de ayuda y colaboración responsable, más alejado del control y la exigencia obligada.

D esventajas

- ✓ La propia complejidad en la puesta en marcha de esta empresa de gestión en red interinstitucional
- ✓ En tanto no sea asumida como forma de gestión inherente a los servicios públicos, será dependiente de la articulación de las diferentes motivaciones personales de los distintos agentes sociales.

L o constatado

- ✓ Hay mucho avanzado en los Modelos Teóricos de Protección a la Infancia, tanto en
 - Qué es la desprotección y su evaluación
 - Cómo detectarla y desde donde
 - Cómo actuar ante la misma
 - Cómo tratarla
- ✓ Hay un escaso desarrollo de los recursos de protección que afectan de forma directa a sus posibilidades de intervención protectora y tratamiento:
 - Falta de un sistema de recursos específicos y especializados garantistas para la protección integral del menor en ambientes seguros no institucionalizados, en los casos de riesgo muy grave, y/o de recursos de intervención suficientes para el tratamiento de situaciones de hecho, que ya han provocado daño psicosocial en el menor.

- Mayor indefensión institucional a mayor edad del menor, en donde los pocos recursos existentes desaparecen, lo cual provoca que desde la primera adolescencia, empiecen a ser menores las posibilidades de actuación, siendo a su vez, la problemática más compleja (importancia para los procesos de socialización e inclusión social), aumentando los factores e indicadores de riesgo en relación con una futura exclusión social.

Destacamos algunas de las palabras de las compañeras del grupo de trabajo de la Comisión Técnica del Consejo Sectorial en relación a nuestro trabajo en red:

Directora del Centro Educativo de Infantil y Primaria “Maestro Jesús García”:

“Yo hago lo que Ud. no puede, y Ud. hace lo que yo no puedo. Juntos podemos hacer grandes cosas” Madre Teresa de Calcuta.

En el año 2010 surge la necesidad entre los diferentes profesionales del municipio que trabajamos con menores, de reunirnos para intercambiar opiniones y poner en común lo que hacemos cada uno de nosotros en cada una de nuestras parcelas.

En los inicios nos reuníamos y nos desahogábamos, la verdad es que era una buena terapia, te permitía contrastar que todos teníamos los mismos problemas y que todos anhelábamos darles solución, en estas primeras sesiones, empezamos a

sentar las bases de lo que íbamos a hacer y hacia donde queríamos ir. El camino hasta el momento actual ha sido del todo punto enriquecedor tanto a nivel personal como colectivo

Para mí ha resultado todo un descubrimiento esta forma de trabajo y he comprobado personalmente los buenos resultados que ha dado en algunos casos que se presentaron desde mi Centro.

No quería acabar, sin agradecer el reconocimiento que se ha hecho de nuestro trabajo, felicitar a todos por su buen hacer y en especial a Carolina, que ha sido todo un descubrimiento, felicitarla por su empuje e inquietud, por habernos hecho visualizar un problema, como el de la mutilación genital femenina.

Desde estas líneas también quería recordar a Alberto, que tanto nos aportó.

Gracias a todos por vuestras aportaciones, os animo a que continuemos creciendo.

“Los logros de una organización son los resultados del esfuerzo combinado de cada individuo.” Vince Lombardi.

Isabel Montero Sémelas
Dra. del CEIP “Jesús García”

Y en referencia a nuestro trabajo en red, nuestra compañera y Técnico de Apoyo de los SSEF, señala:

“En conclusión, su desarrollo, por ello, depende de una actitud pro-activa, de compromiso ético, de afán por innovar y de replantearse y cuestionarse continuamente la relación de ayuda, por parte de los profesionales que en dicha red participan”.

M^a Fernanda Rull Segura
Técnico de Apoyo, Servicio de Familia

BIBLIOGRAFÍA

Barudy, J. & Datagnan M., (2005) *“Los buenos tratos a la Infancia: Parentalidad, Apego y Resiliencia”*. Barcelona: Gedisa.

Barudy, J. & Datagnan, M. (2009) *Los desafíos invisibles de ser madre y padre. Manual para la evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.

Barudy, J. & Dantagnan, M. (2013). Instituto IFIV de Barcelona-O.N.G. EXIL <http://www.i-h.cat/gdocs/d4297859.pdf>

Colapinto, J. (1995). Dilution of family process in social services: Implications for treatment of neglectful families. *Family Process*, 34 (2), 59-74

Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Guía de Atención al Maltrato Infantil. CARM (2009): “Necesidades básicas en la Infancia y adolescencia: indicadores de evaluación según grupos de edad” (Anexo 1), tomado de “Framework for the assessment of children in need and their families” (2000). Departamento of Health, UK Government.

Department d’Acció Social i Ciutadania, Generalitat de Catalunya. (2007) “Protocolo de actuaciones para prevenir la MGF”. Barcelona (p.18 y ss.)

Díaz Aguado, M^a J. (2003) *Aspecto psicosociales de la violencia juvenil*. Revista de estudios de juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (págs. 21 a 36).

Dirección General de Familia y Menor. Consejería de Sanidad y Política Social. CARM (2009) *“Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito de los Servicios Sociales de Atención Primaria”*. [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5134&IDTIPO=246&RASTRO=c890\\$m5859](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5134&IDTIPO=246&RASTRO=c890$m5859) Consultado el 16/02/2015

Dirección General de Asuntos Sociales, Igualdad e Inmigración en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012) *Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil* [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=9415&IDTIPO=246&RASTRO=c886\\$m5855](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=9415&IDTIPO=246&RASTRO=c886$m5855) Consultado el 25/02/2015

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.

Janin, B. (2013). *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Buenos Aires: Noveduc, 204.

Garbarino, J. (1995). *Raising children in a socially toxic environment*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco-California, E.E.U.U.

Gómez E., Muñoz, M. & Haz. A. M. (2007). *Familias Multiproblemáticas y en riesgo social: característica e intervención*. *Psyche*, 16 (2), 43-54.

Gómez, E. & Kotliarenco, M.A., (2010). *Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas*. *Revista de Psicología*, Vol. 19, Nº 2, 109-110

Kalil, A. (2003). *Family resilience and good child outcomes: A review of the literature*. Centre for Social Research and Evaluation, Ministry of Social Development: New Zealand.

Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997) *Estado de Arte en Resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud

Lecannelier, F. (2009). *Apego e intersubjetividad. Segunda parte: la teoría del apego*. LOM Ediciones: Santiago de Chile.

López, F. (2007) *Las necesidades en la infancia: del maltrato al "buen trato"*. En N. García y V. Noguerol: Infancia maltratada. Madrid, EOS.

Minuchin, S. & Fishman, H.C. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.

Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.

Navarro Góngora, J. & Beyebach, M. (1995). *Avances en Terapia Familiar Sistémica*. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.

Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020.

Plataforma de Infancia (2012) "Guía Práctica del buen trato al niño" (p. 3) <http://plataformadeinfancia.org/documento/guia-practica-del-buen-trato-al-nino/> Consultado 26/11/2014.

Diputación de Barcelona y Generalitat de Catalunya. (2000) Programa Interxarxes. Distrito de Horta-Guinardó. Ajuntament de Barcelona, <http://www.interxarxes.net/> Consultado el 30/03/2015.

Rutter, M. (2007). *Resilience, competence and coping*. Child Abuse and Neglect, 31, 205-209.

Salmerón Giménez, J., Pérez Hernández, F., Castellanos Sanz, B. y Gea Serrano, A. (2009) Consejería de Política Social, Mujer

e Inmigración. Dirección General de Familia y Menor (2005) *“Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario: Manual del Profesional”*

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=4674&RASTRO=c890\\$m5859&IDTIPO=246](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=4674&RASTRO=c890$m5859&IDTIPO=246) Consultado el 16/02/2015.

Salmerón Giménez, J., Pérez Hernández, F., Andreu Fernández, A. y Calvo Rodríguez, Á. (2007) Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Dirección General de Familia y Menor (2005) *“Atención al maltrato infantil desde el ámbito educativo: Manual del Profesional”*.

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=547&IDTIPO=246&RASTRO=c887\\$m5857](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=547&IDTIPO=246&RASTRO=c887$m5857) Consultado el 16/02/2015.

Salmerón Giménez, J.A., Pérez Hernández, F., Vera Sánchez, J. y Pérez Ruiz, D. Consejería de Sanidad y Política Social. CARM (2005) *“Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad: Manual del Profesional”*. (p.98) [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=554&IDTIPO=246&RASTRO=c890\\$m5859](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=554&IDTIPO=246&RASTRO=c890$m5859) Consultado el 16/02/2015.

Shonkoff, J. & Phillips, D. (Eds) (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington D.C.: National Academy Press.

Ubieto, J.R. (2009): *El trabajo en red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales*, Barcelona: Gedisa.

Ubieto, J.R. (2013) *“La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica”* Barcelona: EdiUDOC

Ubieto, J.R. (2014) *“TDAH. Hablar con el cuerpo”*. Barcelona: EdiUDOC.

Unicef. Fundación Kaleidos (2012) *“Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia”* (p. 7)

http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf. Consultado 10/03/2015

Unicef (2012). Informe *“La Infancia en España 2012-2013: El impacto de la crisis en los niños.”*

https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Infancia_2012_2013_final.pdf Consultado el 30/03/2015.

Tizón, J.L. (2010). *“La Atención Temprana a la Psicosis: ¿¿Un punto de inflexión en las prácticas psiquiátricas?”*. IX Jornadas de la Asociación Murciana de Salud Mental. Murcia

Walker, S., Wachs, T., Gardner, J., Lozoff, B., Wasserman, G., Pollit, E., et al. (2007). *Child development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries*. Lancet, 369, 145-157.

CRONOGRAMA

Reuniones Plenarias

	2010	2011	2012	2013	2014
ENE					15
FEB		2	22	13	
MAR					
ABR		14	18	10	9
MAY		20			
JUN			27	26	11
JUL		1			
AGO					
SEP	28				
OCT	27			23	1
NOV	24	9	28	11	10
DIC					

RECURSOS ELABORADOS DESDE LA RED

- **Protocolo de actuación para la prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF).**
- **Reglamento del Consejo Sectorial de Infancia y Adolescencia del Municipio de Lorquí, BORM 4 de julio de 2014**
- **Talleres de Familias 2013-2014: Cartel Anunciador**

Artículo de Prensa: Protocolo de actuación para la prevención de la Mutilación Genital Femenina

Resumen realizado por Responsable de Enfermería del CSAP dirigido a los medios de comunicación, noviembre 2014:

“Tras la puesta en marcha de un Protocolo de Actuación, para prevenir la Mutilación Genital Femenina, por una enfermera de Atención Primaria del área VI de Salud de Murcia, se ha conseguido que un Juez dictamine un auto para proteger a una menor Subsahariana, con alto riesgo de padecer MGF, tanto de las posibles lesiones físicas inmediatas como de las consecuencias para la salud a corto y largo plazo que conlleva esta práctica a las mujeres que la sufren.

Dicho protocolo está dirigido por un equipo de trabajo multidisciplinar existente en el municipio, creado por 16 integrantes entre los que se encuentran profesionales de la salud, trabajadoras sociales, técnicos en familia, docentes, orientadores y Policía Local. El seguimiento llevado a cabo entre estos profesionales en conjunto con la Fiscalía del Menor y los informes emitidos por la enfermera y las trabajadoras sociales, ha instado a que un Juez, de Molina de Segura, dicte un auto mediante el cual queda prohibida la expedición del pasaporte de una menor senegalesa hasta su mayoría de edad, evitando así la posibilidad de retorno a su país de origen con la finalidad de practicarle la MGF. También se obliga a los progenitores a comunicar cualquier cambio de domicilio o su deseo de salir del país con la finalidad de hacer posible el seguimiento de la menor y llevar a cabo las revisiones oportunas.

Esta práctica conlleva la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los genitales femeninos por motivos culturales, religiosos o por cualquier otro motivo no médico. La MGF conlleva múltiples consecuencias negativas para la salud, entre las que se encuentran dolor. Anualmente unos 4 millones de mujeres y niñas son sometidas a algún tipo de MGF en el Continente Africano. Al menos 500 mil han sufrido esta práctica en Europa y 180 mil podrían sufrirla.

Los profesionales de Atención Primaria gozan de una posición privilegiada, por su acceso y cercanía a la población, para avanzar hacia la disminución de esta práctica y aquí dejo mi testimonio de que es posible luchar contra ella.”

Carolina Alcón Belchí
Responsable de Enfermería en Atención Primaria de Salud
del Municipio de Lorquí,
Área VI



REGLAMENTO DEL CONSEJO SECTORIAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA⁴⁵

PREÁMBULO

I.

La concepción social sobre la Infancia y la Adolescencia se ha ido transformando hasta ser considerada un sector de la población objeto de especial atención para garantizar un adecuado desarrollo, que culmine en la formación de personas adultas que desde sus condiciones individuales participen, en el mayor grado posible, de los valores fundamentales de libertad, justicia e igualdad.

Por ello, desde los poderes públicos se han ido reconociendo un conjunto de derechos y prestaciones con los que se ha intentado satisfacer las necesidades y problemas de la Infancia y Adolescencia. La sectorialización de los distintos servicios, garantes y gestores de estos derechos y prestaciones, provoca que en ocasiones no se alcancen los fines generales en relación a su bienestar, al producirse una descoordinación de actuaciones tanto en el marco de la definición de políticas globales como en el ámbito más concreto del funcionamiento cotidiano de los mismos.

Desde esta perspectiva, el Consejo Sectorial de Infancia y Adolescencia del Municipio de Lorquí, pretende constituirse

⁴⁵ BORM, 4 de julio de 2014.

como un espacio que facilite la coordinación entre las administraciones implicadas en el bienestar de los menores, a la vez que contribuya a la participación activa de la iniciativa social.

Ello supone crear un espacio de confluencia para propiciar el análisis, el debate y las propuestas de actuaciones orientadas a la mejora permanente de la calidad de vida de la Infancia y la Adolescencia en el Consejo, procurando igualmente la eficiencia y calidad de los distintos servicios.

II.

La Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas se configura como un instrumento fundamental en la moderna concepción de los derechos de la Infancia y la Adolescencia, en la que destaca la consideración de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y el establecimiento de un marco de interrelación con los adultos, las instituciones y la sociedad, delimitado por los principios de interés superior del niño y el fomento de la participación para propiciar la asunción de responsabilidades en todos los asuntos que le conciernen.

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, enumera los derechos, así como los principios rectores de la acción administrativa, mencionando explícitamente los de mantenimiento del menor en el medio familiar, su integración familiar y social, la prevención de situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal y la sensibilización de la población. Vincula a todos los poderes públicos y a las instituciones especialmente relacionadas con los menores, bajo la concepción de los mismos como sujetos cuyas necesidades constituyen el eje de sus derechos y de su protección.

Por otra parte, la Ley 30/92 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, recoge en su Título I los principios de colaboración entre las Administraciones Públicas, entre los que se señala el de prestar la cooperación y asistencia activas que las administraciones pudieran recabar mutuamente para el eficaz ejercicio de sus competencias. En su Título II se establecen las normas generales sobre la naturaleza y funcionamiento de los órganos colegiados como una de las formas de garantizar la acción pública.

La Ley 7/85 de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, en su artículo 10 prevé la posibilidad de que las entidades locales coordinen sus competencias entre sí y con las demás administraciones públicas cuando los servicios locales trasciendan el interés propio de las correspondientes entidades, o incidan, condicionen o concurran con los de dichas administraciones y, por otro lado, obliga a las Corporaciones a facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida local.

El Real Decreto 2568/1986 de 28 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Organización, Funcionamiento y Régimen Jurídico de las Entidades Locales, en su artículo 130, otorga al Pleno de la Corporación la facultad de establecer Consejos Sectoriales. La función de dichos consejos será la de informar y, en su caso, proponer, en relación con las iniciativas municipales relativas al sector que corresponda cada Consejo.

La Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia establece en su art. 45 que, “las entidades locales desarrollaran, de acuerdo con lo previsto en la legislación reguladora de régimen local, a través de sus servicios sociales, funciones de prevención, información,

promoción y reinserción social en materia de menores, así como de intervención y seguimiento de aquellos casos que requieran actuaciones en su propio medio. La Comunidad Autónoma, en los términos previstos legalmente prestará la necesaria colaboración técnica y financiera para el efectivo cumplimiento de estas funciones.”

La Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia prevee la creación en su art. 30 de los “Consejos Municipales de Servicios Sociales:

1. En todos los municipios existirá un Consejo de Servicios Sociales de ámbito local, con carácter consultivo y de participación social. Facultativamente, se podrán constituir Consejos de carácter sectorial.
2. La determinación de su composición, régimen y funcionamiento se efectuará por los propios municipios.

Existe en nuestro repertorio legislativo una amplia normativa que justifica la conveniencia de coordinar las actuaciones de los servicios de atención a la Infancia y la Adolescencia, que aun dependiendo de distintas administraciones, confluyen en el ámbito municipal.

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Definición y Naturaleza jurídica

El Consejo Sectorial de Infancia y Adolescencia es un órgano de coordinación de las diferentes administraciones públicas y de participación de las entidades, asociaciones y organizaciones de iniciativa social que se ocupan e inciden en la calidad de vida de la Infancia y Adolescencia de Lorquí.

Debe fomentar y articular los instrumentos necesarios para la mejora de las condiciones sociales de la Infancia y la Adolescencia de Lorquí, para conocer sus intereses y necesidades en aquellos temas que les afecten más directamente.

Es un consejo sectorial, es decir, un órgano complementario de la administración municipal como figura en el los preceptos 119, 130 y 131 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de los entes locales.

CAPITULO II. COMPOSICIÓN Y FUNCIONES

Artículo 2. Composición

2.1. El Consejo Sectorial de Infancia y Adolescencia estará compuesto por los siguientes miembros:

- . El/la Presidente/a.
- . El/la Secretario/a.
- . Los vocales:
 - Una representación de cada Centro Educativo del Municipio.
 - Una representación de Servicios Sociales Municipales,
 - Una representación del Centro de Salud de Atención Primaria del Municipio.
 - Una representación de la Policía Local.
 - Una representación de los órganos competentes en materia de Protección de la Infancia de CC.AA. dela RM.

2.2. Otros participantes.

Siempre que sea necesario y de forma motivada, se ampliará la participación a otras instituciones y organismos que tengan

relación con la defensa de los intereses de la Infancia y la Adolescencia.

2.3. Asimismo, podrán asistir a las sesiones del Consejo aquellas personas y/o asociaciones que sean invitadas por el/la Presidente/a o a requerimiento del Consejo.

Artículo 3. **La Presidencia**

3.1. La Presidencia del Consejo Sectorial corresponderá al Alcalde-presidente, que podrá delegar para el ejercicio del cargo en el concejal que considere conveniente, pudiendo este a su vez delegar en el técnico municipal que considere conveniente.

3.2. Serán funciones del/la Presidente/a:

- a) Representar al Consejo y dirigir su actividad.
- b) Convocar, presidir y moderar las reuniones del Consejo.
- c) Dirimir y remover los obstáculos para la buena marcha del Consejo.
- d) Fijar la propuesta del orden del día.

Artículo 4. **La Secretaría**

4.1. El titular de la Secretaría del Consejo, será nombrado por la Presidencia del Consejo Sectorial de entre los técnicos municipales pertenecientes al mismo.

4.2. El titular de la Secretaría es el destinatario único de los actos de comunicación de los Vocales con el Consejo y, por tanto, a él deberán dirigirse toda clase de notificaciones, acuses de recibo, excusas de asistencia, peticiones de datos, o cualquiera otra clase de escritos de los que deba tener conocimiento el Consejo.

4.3. El titular de la Secretaría podrá ser sustituido en caso de ausencia o enfermedad por otro/a técnico/a que sea designado por la Presidencia.

4.4. Serán funciones del/la Secretario/a:

- a) Preparar y cursar la propuesta del orden del día de las sesiones.
- b) Asistir a las sesiones, levantando acta de las sesiones y, una vez aprobadas, autorizarlas rubricándolas.
- c) Facilitar a los Vocales la información y asistencia técnica necesarias para el mejor desarrollo de las funciones a ellos asignadas.
- d) Velar por la rápida puesta en conocimiento de la Presidencia de todos los asuntos, informes, propuestas y documentos que tengan entrada en la Secretaría.
- e) Expedir, con el Vº Bº del/la presidente/a certificaciones sobre actos y acuerdos del Consejo.
- f) Cuantas otras le sean atribuidas por la Presidencia para la buena marcha de los asuntos del Consejo o de sus Comisiones.

Artículo 5: Los Vocales

5.1. Funciones:

- a) Recibir, con una antelación mínima de 15 días, la convocatoria con el orden del día de las reuniones, salvo las convocatorias de carácter extraordinario, que se podrán realizar con 3 días de antelación.
- b) Asistir a las reuniones y participar en los debates exponiendo su opinión y formulando las propuestas que estimen pertinentes.

- c) Proponer a la Presidencia, a través de la Secretaría del Consejo, la inclusión de puntos en el orden del día de las sesiones ordinarias.
- e) Aportar la información relativa a su ámbito de representación que el Consejo le requiera.
- f) Recibir información de cuanto acontezca en el Consejo y que interese para el buen funcionamiento del mismo.
- g) Participar en aquellas comisiones para las que el Consejo le designe.

5.2. En caso de ausencia o enfermedad y en general cuando concurra alguna causa justificada, los miembros titulares podrán delegar su asistencia en otro miembro mediante la correspondiente acreditación o ser sustituidos por otros, previa acreditación ante la Secretaría del Consejo.

5.3. Los vocales del Consejo perderán su condición de miembros del mismo por las siguientes causas:

- a) Cuando dejen de ostentar la condición por la que fueron designados.
- b) Por incumplimiento de sus obligaciones, a propuesta del Pleno, ante el órgano que le designó.
- c) Los miembros que voluntariamente lo manifiesten en escrito dirigido al Presidente/a.

5.4. Todos los vocales serán designados y cesados a propuesta de sus respectivas Entidades, correspondiendo al Pleno de la Corporación su nombramiento y revocación. No tendrán derecho a remuneración por el ejercicio de sus funciones.

Artículo 6. Funciones del Consejo

6.1. El Consejo tendrá carácter consultivo y asesor.

6.2. Serán funciones del Consejo Sectorial de Infancia y Adolescencia, dentro del ámbito local del municipio de Lorquí, las siguientes:

- a) Coordinación institucional de los distintos organismos que la integran.
- b) Fomento de la sensibilización y de la formación de los profesionales que desarrollan su actividad con la Infancia y la Adolescencia.
- c) Promoción de los derechos de la Infancia y la Adolescencia.
- d) Detección de situaciones de desprotección, dificultad social y otros factores de riesgo.
- e) Implantación de los programas necesarios para suprimir o reducir los factores y situaciones anteriores.
- f) Cualquier otra que se considere necesaria para favorecer el bienestar de la Infancia y la Adolescencia.

CAPÍTULO III. FUNCIONAMIENTO

Artículo 7. Del Pleno

7.1. El Pleno es el máximo órgano de deliberación y decisión del Consejo, correspondiéndole las siguientes funciones:

- a) Informar al Ayuntamiento sobre los problemas específicos de la Infancia y la Adolescencia. Proponer soluciones alternativas a los problemas más característicos de la Infancia y la Adolescencia.
- b) Realizar el seguimiento y evaluación del desarrollo del Consejo Sectorial de carácter anual: analizar las acciones realizadas a lo largo del año y definir las líneas de actuación prioritarias para el siguiente. Determinar los integrantes de cada una de las Comisiones de Trabajo.

7.2. El Pleno se constituirá a convocatoria del Presidente o persona en quien delegue y estará integrado por los mismos miembros del Consejo Sectorial de Infancia y Adolescencia.

7.3. El Pleno se reunirá con carácter ordinario de tres a cinco veces al año, pudiendo celebrarse sesión extraordinaria siempre que sea necesario a propuesta de el/la Presidente/a por iniciativa propia, a petición de un tercio de los miembros.

7.4. Las sesiones ordinarias del Pleno serán convocadas con una antelación mínima de 15 días, y de 3 días si es extraordinaria, acompañadas del orden del día, fecha, hora y lugar de celebración y, en su caso, de la documentación suficiente.

7.5. Las sesiones tendrán lugar, con carácter ordinario, en la Casa Consistorial, o lugar que se designe al efecto.

7.6. Se celebrarán en horario compatible que facilite la asistencia de los profesionales que la integran.

7.7. El Consejo se considerará válidamente constituido en primera convocatoria cuando asista al menos la mitad más uno de los miembros, media hora después, cualquiera que sea el número de miembros asistentes, siempre que no sea inferior a tres. En cualquier caso, es imprescindible la presencia del/la Presidente/a y el/la Secretario/a.

7.8 De forma motivada los asistentes, dados los asuntos a tratar, podrán suspender la reunión, cuando por la ausencia de determinados profesionales, no resultase una eficacia suficiente su continuidad

Artículo 8. De las Comisiones de Trabajo

8.1. Podrán constituirse tantas Comisiones de Trabajo como sean necesarias con carácter fijo o variable, en función de las líneas de trabajo prioritarias acordadas por el Pleno para el año siguiente.

8.2. Cada Comisión de Trabajo estará formada por personal técnico de los departamentos municipales y por los agentes sociales implicados en los temas a tratar. Estará coordinada por un/a técnico/a municipal que tendrá las siguientes funciones:

- a) Convocar las reuniones de trabajo.
- b) Recoger los acuerdos adoptados.
- c) Informar al Consejo Sectorial en las reuniones del Pleno

8.3. La periodicidad de sus reuniones será al menos trimestral.

8.4. Las funciones de las Comisiones de Trabajo serán:

- a) Asesorar al Pleno del Consejo en los asuntos que les sean requeridos.
- b) Planificar y desarrollar las acciones oportunas para el cumplimiento de los objetivos de las líneas de actuación prioritaria acordadas por el Pleno.
- c) Dar cuenta de cada sesión al Pleno del Consejo mediante acta de la misma.

Talleres de Familia 2013-2014

Cartel anunciador⁴⁶

Escuela de Familia 2013

Participa en pequeños grupos-taller y comparte tus dificultades y problemas del día a día familiar.

Fecha: Los lunes, del 7 de Octubre de 2013 hasta el 24 de Febrero de 2014. En sesiones quincenales. Un total de 10 sesiones en grupos de 15 personas máximo.

Hora: De 9.30 horas a 11.30 horas.

Lugar: En el Aula de Múscula. Centro Cultural de Lorquí.

Información e Inscripción: Del 16 al 27 de Septiembre en el Centro de Servicios Sociales en el Ayuntamiento de Lorquí.

Tfños: 968 690 227 y 968 690 001

Las relaciones en la pareja. El origen de la unidad familiar con hijos. Cómo elegimos y formamos la pareja.

La familia con hijos pequeños. El nacimiento y la crianza de los hijos durante los primeros años.

La familia con hijos en la escuela. Situaciones y dificultades de los hijos durante la escolarización.

La familia y los adolescentes. La comunicación familiar y la adolescencia.

La familia con hijos mayores. Hacia la autonomía de los hijos y otros problemas.

Los hijos se van del hogar. Miedos de los padres, la aparición de 'vacíos' y la jubilación.

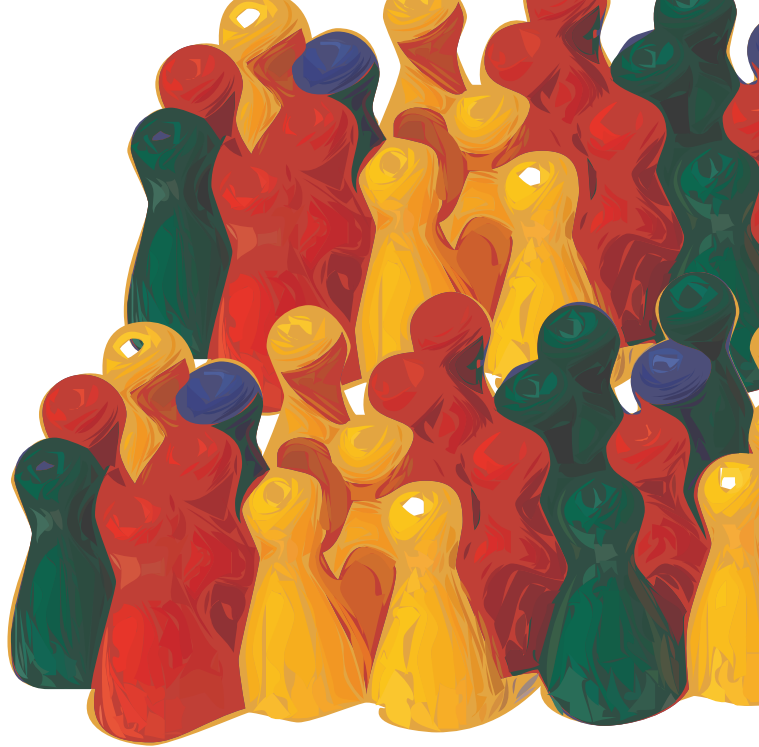
Colaboran:

Región de Murcia

Ayuntamiento de Lorquí

Consejo Sectorial de Familia e Infancia

⁴⁶ Originariamente el título del Cartel figuraba como se anuncia en el mismo, "Escuelas de Familia". Sin embargo, a lo largo del documento nos hemos referido a dichas "Escuelas" como "Talleres", término al que hemos evolucionado, ya que finalmente está en mejor consonancia con los principios éticos de participación y corresponsabilidad de la red.



El trabajo interdisciplinar, cada vez con mayor fuerza, se impone como una nueva alternativa metodológica ante los graves y complejos retos que la protección a la infancia y la adolescencia tiene en la actualidad.

En un intento de gestión de calidad en la atención de los casos más graves que se nos presentan, a continuación mostramos el recorrido que desde nuestra comunidad hemos realizado para alcanzar la construcción del caso desde la red institucional pública.



Lorquí
Ayuntamiento