

Código de autoría

5.UPO.07.4.2011.CD

TÍTULO DEL TRABAJO

Trabajo social desde un dispositivo de atención a la infancia.

RESUMEN

A continuación presentamos un caso de familia con un menor con discapacidad intelectual atendido desde un servicio social especializado, concretamente desde unos de los equipos que conforman el Programa de Tratamiento Familiar a familias con menores en situación de riesgo.

Se trata de un caso doblemente interesante, por un lado, por su trayectoria de trabajo continuado e intenso durante varios años con cada uno de los miembros de la familia con la implicación de todas las instituciones intervinientes y con la red de apoyo familiar informal y por otro lado, por el resultado, pues el menor, a pesar de finalizar siendo tutelado por la Junta de Andalucía, fue producto de un proceso consensuado con los padres que tomaron conciencia que la tutela de su hijo desde un centro especializado era la mejor forma para que sus necesidades estuviesen bien atendidas. A pesar de su separación, mantenían contacto personal e intenso con su hijo acorde con el régimen de visitas, favoreciendo la vinculación afectiva entre los padres y el menor.

El proceso de trabajo de dicho caso es muy prolongado en el tiempo con lo que se ha decidido centrar la narración en el periodo de derivación, valoración, diagnóstico e inicio del tratamiento.

ABSTRACT

Here is a case of family with a child with intellectual disabilities served from a social service specialist, particularly since one of the teams that make up the Family Treatment Program for families with children at risk.

This is doubly interesting case, first, by its record of continuous and intense work for several years with each member of the family with the involvement of all institutions involved and the informal family support network and Furthermore, with the result, because the child despite being protected by the government of Andalusia, was the product of a consensus process with parents who were aware that the protection of their son from a specialized center was the best way to that his needs were well met. Despite their separation maintained intense personal contact with their child according to the visitation promoting bonding between parent and child.

The working process of this case is very prolonged in time with what has been decided to focus the narrative on the period of referral, assessment, diagnosis and initiation of treatment.

PALABRAS CLAVE

Relación de ayuda, proceso de acompañamiento, red de apoyo familiar informal, consenso.

KEYWORDS

Helping relationship, mentoring process, informal network of family support and consensus.

DESARROLLO

1. Introducción a la temática de caso

El bienestar infantil debe de ser un compromiso moral de todos los miembros de una sociedad. Asegurar a los niños y las niñas los cuidados que necesitan para desarrollarse no sólo debe ser responsabilidad de los padres. Los ciudadanos y, en especial, los poderes públicos, son responsables de arbitrar medidas para que las personas a cuyo cargo se encuentran los menores los protejan y promuevan el ejercicio de sus derechos. Esta preocupación se ha visto reflejada a lo largo del siglo XX en un extenso desarrollo normativo a nivel internacional, nacional y autonómico.

Dichas normas han posibilitado, por un lado, una mirada más directa a un problema social rodeado de tabúes, mitos y, por qué no decirlo, cierta ceguera (o cuando menos miopía) institucional y social. Por otro lado ha abierto la vía para la creación de recursos de prevención y atención a la infancia y la adolescencia.

El avance social, no obstante, ha generado nuevos escenarios y problemáticas en la socialización de los niños y las niñas, favoreciendo la emergencia de nuevos factores de protección y riesgo que plantea nuevos retos. Reconceptualizar constantemente la protección infantil, pues, debe de ser una exigencia, ya que surgen nuevas problemáticas sociales que provocan que la infancia crezca en entornos no tan carenciados materialmente pueda verse inmersa en procesos de inadaptación y/o exclusión social. Me refiero a las privaciones afectivas y a la escasa dedicación temporal a los hijos. Tanto las carencias materiales como las afectivas hacen referencia a necesidades básicas que todo niño y niña tiene para crecer. Ambas tendrían cabida en la definición de situación de riesgo que hace la Ley 1/1998, de 20 de abril de los Derechos y Atención al Menor, que recoge en su artículo 22 como “situaciones de riesgo aquellas en las que existan carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas que los menores precisan para su correcto desarrollo físico, psíquico y social, que no requieran su separación del medio familiar”.

El caso presentado hace referencia, precisamente, a una familia con un menor en riesgo que presenta unos factores de protección basados, fundamentalmente, en la nutrición afectiva y en el intenso vínculo emocional entre el niño y sus padres. ¿Cómo proteger a un menor separándolo de su familia conservando lo mejor que sus padres le han podido proporcionar?

2. Sistema de servicio y tipo de servicio en el que se aborda el caso.

El artículo 18 de la Ley 1/1998, de 20 de abril de los Derechos y Atención al Menor ofrece el marco de referencia para la creación de los **Equipos de Tratamiento Familiar**. En él se recogen las competencias que tienen las Corporaciones Locales para apreciar, intervenir y aplicar medidas en situaciones de riesgo. Atribuye, por otro lado, a la Administración de la Junta de Andalucía la competencia para la planificación, coordinación y control de los servicios, actuaciones y recursos relativos a la protección de los menores en la Comunidad Autónoma Andaluza. Por último, refiere en su apartado tres que ambas administraciones, autonómica y local, establecerán mecanismos oportunos de cooperación para el adecuado ejercicio de sus competencias.

Nace así, al amparo de esta ley, y regulado a través de la *Orden de 13 de julio de 2000, por la que se regulan y convocan subvenciones para la realización del Programa de Intervención con familias desfavorecidas y en situación de riesgo social*, el Equipo de Tratamiento Familiar de Alcalá de Guadaíra a través de un convenio entre dichas administraciones. Dicha orden ofrece esta posibilidad a todos los ayuntamientos de más de 50.000 habitantes. En sucesivas órdenes se ha ido modificando esta ratio y, en la actualidad, todos los municipios de más de 20.000 habitantes disponen de un equipo básico compuesto por Psicólogo, Trabajador Social y Educador. En los menores se presta a través de las Diputaciones Provinciales.

Para la puesta en marcha de estos equipos, la Dirección General de Infancia y Familias constituyó una comisión para la elaboración del Manual de los Equipos de Tratamiento Familiar de Andalucía, instrumento básico para unificar actuaciones y marco referencial de sus acciones.

En él se recogen los dos Subprogramas que forman parte de este convenio: el de riesgo social y el de reunificación familiar. Revisaremos la finalidad de cada uno, sus objetivos generales y los destinatarios.

2.1.- Subprograma de Tratamiento a familias con menores en situación de riesgo social:

- Finalidad:

- * Potenciar que las familias que participen en el programa proporcionen a los menores un entorno familiar adecuado que garantice su desarrollo integral suprimiendo los factores que son o podrían ser causa de desprotección
- * Preservar la integridad de las familias evitando la separación de los menores mediante una intervención específica e integradora que permita la

adquisición y generalización de pautas que compensen la situación de dificultad que pueda afectar directa o indirectamente a la situación de los menores.

- Objetivos generales:

- * Mitigar los factores de riesgo, para evitar la separación del menor de su familia.
- *Capacitar a la familia para dar una correcta atención a sus hijos, evitando cualquier conducta negligente o maltratante, garantizando la seguridad y la integridad básica de los mismos.
- *Lograr que la familia funcione de manera autónoma y adecuada y los hijos tengan una atención y cuidados acordes a sus necesidades.

- Destinatarios:

- *Las familias con menores a su cargo en situación de riesgo social.
- *Familias monoparentales con hijos menores de 18 años en situación de dificultad social.
- *Familias en cuyo seno se han detectado situaciones de violencia que afectan directa o indirectamente a los menores a su cargo.

La atención de estas familias se realizará en base a las siguientes circunstancias:

*Los Servicios Sociales Comunitarios han detectado en la familia carencias o dificultades en la atención de las necesidades de los menores que no requieren la separación urgente del menor pero sí una serie de cambios en la dinámica familiar para evitar ésta. Para ello se valora la conveniencia de un tratamiento familiar específico.

*El Servicio de Protección de Menores valora la presencia de indicadores de riesgo en las familias, que requieren un tratamiento específico para evitar la adopción de una medida protectora.

2.2.- Subprograma de Tratamiento para posibilitar la reunificación familiar:

- Finalidad:

*Facilitar la reintegración del menor en su grupo original de convivencia tras la adopción de una medida protectora. Para ello se realizará un abordaje técnico especializado, al objeto de que la familia de origen adquiera las competencias necesarias para garantizar el adecuado desarrollo físico, psíquico y social de los menores.

*Conseguir en el máximo número de casos acortar todo lo posible, el tiempo de separación del menor con su familia para realizar la reunificación familiar si se ha valorado que ésta es la alternativa prioritaria y preferente.

- **Objetivos Generales:**
 - *Corregir en el menor tiempo posible las disfunciones de la dinámica familiar que dieron lugar a la necesidad de adoptar una medida de protección, para que el menor o menores se puedan integrar en el seno de su grupo natural de convivencia cuanto antes, sin ninguna amenaza para su bienestar y desarrollo adecuado.
 - *Facilitar la reintegración y la adaptación del menor a su familia tras la separación ocasionada por la adopción de una medida protectora.

- **Destinatarios:**
 - *Familias con menores en protección en las cuales el Servicio de Protección de Menores valora la existencia de **indicios de recuperabilidad** y la idoneidad de la reunificación familiar si se desarrolla un tratamiento específico para la superación de la problemática que ha ocasionado la separación.
 - *Familias tratadas por el Equipo de Tratamiento Familiar (en adelante ETF) por encontrarse los menores en situación de riesgo, en las que no se consiguieron los objetivos propuestos inicialmente, y la Comisión Técnica considera que la adopción de medida protectora puede suponer **un punto de inflexión importante en la dinámica familiar**.

En el mismo Manual se recoge la interdisciplinariedad del equipo, los profesionales que deben componerlo y las funciones, unas comunes para todos los miembros del equipo y otras específicas por disciplina. Las comunes son:

- 1 **Análisis y desarrollo de la comunidad.** Conocimiento de la comunidad en todos los recursos y aspectos necesarios para el desarrollo de los proyectos de tratamiento familiar. Además, basándose en su información y experiencia con las familias atendidas puede sugerir actividades y orientaciones para que sean mejor atendidas las necesidades de estas familias.
- 2 **Evaluación, planificación, orientación y motivación.** Análisis de potencialidades y dificultades de los miembros de las familias (habilidades sociales, resolución de conflictos, toma de decisiones, actitudes, etc.), y ayuda para establecer planes de mejora para resolverlos. Participación en la elaboración de proyectos de tratamiento familiar. Motivación de la familia para el cambio.
- 3 **Desarrollo de las actividades derivadas del Proyecto de Tratamiento Familiar** de cada familia de acuerdo con las tareas que cada uno tiene señaladas. Aplicación de técnicas y estrategias adecuadas para la capacitación personal y social, promoción, prevención de dificultades.
- 4 **Apoyo a la familia** (a través de formato individual, familiar): estableciendo una relación de ayuda, proporcionando apoyo social (instrumental, emocional, informativo), tratamientos individuales y/o familiares, proponiendo e informando sobre recursos específicos a solicitar a los programas municipales.

- 5 **Intervención grupal** (con familias que son atendidas por el ETF, con adolescentes, madres,...), por ejemplo sobre: habilidades de parentales, resolución de conflictos, comunicación, reflexionar sobre conductas y consecuencias, solución de problemas, habilidades sociales en general.
- 6 **Conexión de la familia con la comunidad.** Orientación sobre servicios de la comunidad que necesiten: redes sociales, ayuda mutua y autoayuda.
- 7 **Referente de la familia y coordinación del caso.** Cada familia atendida tendrá a un miembro del equipo como referente y éste lo será, en todo lo relacionado con esta familia, para el resto de servicios y profesionales que se relacionan con la familia. Igualmente recogerá toda la información y análisis que aporten el resto de miembros del equipo.
- 8 **Asesoramiento mutuo entre los miembros del equipo y apoyo** en el desarrollo de sus intervenciones.
- 9 **Documentación.** Elaboración de informes sobre las familias atendidas o alguno de sus miembros.
- 10 **Evaluación.** Participar en las tareas de evaluación de las familias y del resto de aspectos del Proyecto de Tratamiento Familiar.

Para los **Trabajadores Sociales** se establecen las siguientes funciones:

1. **Recepcionar las demandas** que llegan al ETF.
2. **Asesoramiento social** a los profesionales que intervienen con las familias que tiene derivadas el ETF.
3. **Actualizar la información del ETF sobre los recursos sociales** del territorio y gestión de recursos sociales para poder informar, orientar y asesorar a las familias.
4. **Diagnóstico de necesidades y relaciones** socio-familiares (redes sociales, familia extensa, laborales, económicas, vivienda, etc.).
5. **Intervención familiar y comunitaria**, por ejemplo sobre: inserción socio-laboral, utilización de recursos y redes de apoyo formal e informal.
6. **Colaborar en tareas como “co-terapeuta”** con el psicólogo/a.
7. **Orientar y movilizar** sobre ayudas y otros recursos sociales para cada familia y para todas las familias y **gestionarlo** cuando el caso lo requiera, así como **entrenar** a las familias en gestiones para el acceso a recursos y prestaciones.
8. **Coordinación permanente** con las instituciones y servicios socio-sanitarios relacionados con la atención a las familias que atiende el ETF.

Para los **Educadores Sociales** se establecen las siguientes funciones:

1. **Evaluación** de habilidades, capacidades y modelos educativos familiares.
2. **Orientar** a la familia relaciones de convivencia y en sus funciones socializadoras ofreciendo pautas educativas, modelándolas, etc.
3. **Acompañar** en gestiones para el acceso a recursos y prestaciones.
4. **Intervenir con los menores** en su espacio (escuela y barrio) para favorecer su integración (seguimiento escolar, etc.).

5. **Programar actividades socio-educativas específicas** (realizadas por el o por otros profesionales y voluntarios) en las áreas de: organización y economía familiar (horarios, higiene...), educación para la salud (alimentación, seguridad en el hogar...), integración de los menores en el medio escolar, conductas educativas, información de las necesidades de cada menor en función de su edad, habilidades socio-laborales, etc.
6. **Comprobar directamente el cuidado que reciben los menores** así como recoger información directa y permanente sobre la situación de la familia.
7. **Promover, orientar y movilizar** sobre recursos educativos (ocio y tiempo libre, educación formal, etc.) para cada familia y para todas las familias.
8. **Coordinar** con las instituciones socio-educativas que inciden en la familia.

Para los **Psicólogos** se establecen las siguientes funciones:

1. **Asesoramiento relacional**, ofreciendo opiniones a los profesionales del ETF y al resto de profesionales, entidades, grupos, etc. que intervienen con las familias que tiene derivadas el ETF.
2. **Evaluación psicológica de los menores, de los adultos y de la dinámica familiar** (relaciones internas y externas, niveles de riesgo y posibles repercusiones, etc.).
3. **Detección de psicopatología** para determinar la posible derivación a recursos de salud mental.
4. **Tratamiento terapéutico** individual, familiar y grupal, sobre los aspectos relacionales contemplados en el proyecto de tratamiento familiar. Reestructuración de la dinámica familiar, modificación de pautas disfuncionales entre padres-hijos-hermanos.
5. **Intervención en crisis.**
6. **Coordinación para el intercambio y derivaciones** con los profesionales de los recursos específicos relacionados con la salud mental.

3. El caso relatado.

La familia es **derivada** por los Servicios Sociales Comunitarios al Equipo de Tratamiento Familiar bajo el subprograma de riesgo social. José Antonio es un niño de 6 años que vive con sus padres, Antonio y Luisa. Desde los cinco años viene siendo atendido por el Servicio de Atención Temprana de la localidad al estar diagnosticado de “autismo atípico” (trastorno mental y del comportamiento según DSM IV y CIE 10). Los padres están siendo apoyados desde la construcción de la familia a nivel económico y laboral. Los nuevos síntomas que aparecen en el menor y la dificultad de los padres para abordarlos hacen que se diagnostique una situación de riesgo que necesita una atención desde un dispositivo especializado en atención a la infancia.

Se **demand**a un trabajo especializado tendente al aumento de las capacidades parentales, dirigidas a hacer desaparecer la negligencia y el abandono en los cuidados del menor. La situación de riesgo viene definida por los siguientes indicadores:

- Deficiencia intelectual de la madre sin diagnosticar.

- Escasas habilidades educativas de ambos progenitores.
- Analfabetismo.
- Precariedad económica. Antonio y Carmen subsisten de ayudas sociales y trabajos agrícolas esporádicos.
- Desconocimiento de las características de la enfermedad del menor.
- Conflictividad conyugal.
- Falta de vivienda propia. Viven en casa de los padres de Antonio.
- Falta de higiene personal y en el hogar.
- Mala organización económica.

Los factores de protección que existen son:

- Excelente calidad de los afectos.
- Interés por la educación del hijo.
- Uso adecuado de la medicación y controles periódicos de la enfermedad a través de Salud Mental Infantil.
- Deseos de mejorar la situación.

Se inicia una fase exploratoria o de valoración de la situación familiar que dura aproximadamente un mes. Las técnicas empleadas en esta fase son:

- Entrevista de derivación donde se encuentran todos los agentes implicados en el caso, en especial la familia, los técnicos derivantes y los técnicos que se hacen cargo de la situación, en este caso el ETF. Esta reunión es especialmente útil para la familia, ya que le ayuda a definir la nueva situación y a oír, en boca de las personas que hasta ese momento han estado trabajando con ellos, cuales han sido los principales logros conseguidos en esa etapa pasada y cuales son los retos que tienen (y tenemos) por delante.
- Entrevista con los padres. Dos conjuntas y una individual con cada progenitor.
- Entrevistas con el menor.
- Entrevistas con padres y menor.
- Visita domiciliaria.
- Reunión con todos los agentes implicados en el caso.
- Reunión de los miembros del ETF para concretar los resultados de la valoración y definir puntos fuertes y débiles de la familia.
- Devolución a la familia y entrevista para consensuar un Plan de Tratamiento.
- Elaboración escrita del Plan de Tratamiento.

Algunos **instrumentos** técnicos utilizados en esta fase son:

- Escala de Bienestar Infantil (Child Well-being Scales, Magura y Moses, 1986).
- Inventario de necesidades infantiles (Manual Dirección General Infancia y Familias).
- Factores de protección y riesgo de los padres, menores y entorno (Manual Dirección General de Infancia y Familias).
- Factores de riesgo de los padres más frecuentes en cada uno de los tipos de maltrato infantil ((Martínez Roig/ De Paul, 1993).
- Inventario de problemas de conducta del niño (CBCL-TRF-, Achenbach, 1986, 1991).
- Criterios de Evaluación, gravedad y riesgo en situaciones de maltrato/abandono infantil. Elaborado por M.I. Arruabarrena, J. De Paúl y B. Torres (1993). Proyecto SASI, Dirección General de Protección Jurídica del Menor, Ministerio de Asuntos Sociales.
- Definiciones, indicadores y niveles de gravedad para la valoración de los diferentes tipos de maltratos infantiles. Cuadro adaptado a partir de los indicadores descritos en la guía de Adima (1993) y por Gracia y Musitu (1993).
- Evaluación de factores asociados al pronóstico y escala de recuperabilidad familiar. Manual de los ETF de la Dirección General de Infancia y Familias. (adaptado de Gobierno de Aragón, 1999), en el que se detallan los principales factores, su definición y la principales variables que lo miden.

A continuación se ofrece información básica del caso y las principales áreas exploradas durante esta fase, de donde saldrán los objetivos del Plan de Tratamiento Familiar

Historia familiar.

Luisa es la cuarta hija de una familia compuesta por sus padres, ambos con una discapacidad sensorial (sordera) y seis hijos. Su padre padece adicción a los juegos de azar y al alcohol. Dos de sus hermanos varones tienen un grado muy elevado de discapacidad psíquica, problemas de salud mental y han sido consumidores habituales de cannabis. También tiene dos hermanas casadas que viven en domicilios cercanos al de sus padres.

Con esta familia, desde que los hijos eran pequeños, siempre estuvo conviviendo con ellos la abuela paterna, ya que tenía un fuerte apego al padre de los menores, entre otras razones debido a su discapacidad. Esto hacía que ejerciera el control sobre todos los miembros de la familia, relegando a la madre de Carmen a una posición secundaria, alegando la dificultad de ambos padres para comunicarse con sus hijos.

Toda la familia residía en una cueva de una barriada de esta ciudad en condiciones pésimas de salubridad hasta que le fue cedida una vivienda de promoción pública donde residen en la actualidad.

La trabajadora social de zona comenta que Luisa siempre estuvo atendida por su abuela y tras su fallecimiento, por su hermana mayor, que actualmente convive con su pareja y dos hijos, no presenta discapacidad y es la que se encuentra en una situación más normalizada. Añade que esta hermana ha sido la que ha mostrado más interés por el estado de salud y la situación de su sobrino José Antonio, tratando de aconsejar y dar pautas a los padres.

En el domicilio de los padres de Luisa, únicamente residen estos y uno de los hijos varones también diagnosticado de discapacidad psíquica. Los otros dos hermanos debido a su enfermedad y discapacidades están internos en centros residenciales.

Las relaciones con los vecinos del barrio donde ha residido la familia de origen de Luisa no han sido buenas, pues en numerosas ocasiones se han burlado de la situación y del estado de la familia. Los hijos varones han tenido también problemas con la justicia, siendo inducidos en la mayoría de las ocasiones por terceras personas a cambio de dinero o drogas.

Antonio procede de una familia compuesta por su madre, abuelo paterno y tres hermanos. También residían en el mismo barrio que la familia de Luisa y se dedicaban desde siempre al pastoreo de cabras y ovejas. Su casa estaba anexada al establo donde guardaban los animales y los vecinos siempre se quejaban del fuerte olor y de los insectos en los alrededores de la casa. La madre era viuda y convivía con el abuelo de Antonio hasta el momento de su fallecimiento. La trabajadora social de la zona comenta que esta señora siempre ha tenido una grave adicción al alcohol, hecho confirmado en las entrevistas por Antonio.

Los primeros años después de que Luisa y Antonio contrajeran matrimonio estuvieron conviviendo junto con su hijo en el domicilio de la familia de Luisa. La pareja ha comentado en las entrevistas que tuvieron dificultades en la convivencia en especial con la abuela de Luisa que se entrometía demasiado en su relación. Posteriormente, se marcharon a vivir con la familia de Antonio, teniendo similares dificultades hasta que consiguieron la adjudicación de una vivienda, su domicilio actual, y la relación entre los núcleos familiares mejoró.

Los miembros de ambas familias de origen, tanto por su discapacidades, sus adicciones y su marginación social, han sido usuarios habituales de los Servicios Sociales.

El caso fue detectado y puesto en conocimiento de los Servicios Sociales en la guardería de José Antonio, por sus conductas disruptivas, su agresividad y su higiene corporal precaria.

Situación Socio - económica de la familia.

Características del barrio donde reside la familia. Se trata de una barriada de actuación preferente, donde existe un alto índice de marginalidad, problemas sanitarios, educativos, deficientes infraestructuras y equipamientos.

Características de la vivienda donde habita la familia. Los problemas relacionales existentes entre Antonio y su familia extensa afectan gravemente a la organización, limpieza y cuidados del hogar. Las discusiones son continuas llegando a aislar en el dormitorio el matrimonio y el niño, donde incluso comen, utilizando la mesita de noche como mesa de comedor. Una de las principales demandas de la familia es la adjudicación de una vivienda de promoción pública.

Situación laboral. Luisa trabaja fuera del hogar de forma esporádica limpiando casas particulares. Antonio lo hace de forma puntual como jornalero.

Situación económica. Los ingresos son variables, proceden del trabajo de ambos y de las ayudas sociales que se le gestionan desde los Servicios Sociales Comunitarios (Salario Social, ayudas de emergencia, etc.). Son insuficientes para cubrir las necesidades básicas y existe una mala gestión de los mismos por parte de Luisa, a quien delega Antonio esta función.

Situación Sanitaria de la familia.

Salud y bienestar físico de los padres. Ambos son beneficiarios de la Seguridad Social. No presentan enfermedades físicas, aunque sí limitaciones intelectuales en el caso de Luisa que son necesarias diagnosticar.

Salud y bienestar físico del menor. El menor fue diagnosticado de *Autismo Atípico*. El psiquiatra que atiende al niño desde la Unidad de Salud Mental Infantil del hospital “Virgen Macarena” informó a los padres de la cronicidad de la enfermedad de José Antonio. Aun así, siguen hablando de la esperanza de que José Antonio se cure. El menor tiene puestas todas las vacunas correspondientes para su edad y continua tomando la medicación prescrita por el psiquiatra. No presenta otros problemas de salud.

Situación Educativa de la familia.

Pautas educativas. Los padres tienen dificultades con el establecimiento de normas y límites al menor y, especialmente, a la hora de consensuarlos entre ellos. Este suele ser un motivo de discusión en la pareja. Luisa y Antonio proceden de familias con situaciones de deprivación sociocultural y marginalidad, esto unido a las limitaciones intelectuales, hace que las normas de alimentación, higiene, limpieza y cuidado que ponen en práctica difieran de las que se consideran más adecuadas. José Antonio suele salir corriendo, rompe juguetes y mobiliario de la casa para provocar sonidos fuertes que le atraen especialmente.

La responsabilidad en los cuidados es compartida cuando ambos padres se encuentran con José Antonio en el domicilio. Antonio es el que suele dedicar más tiempo a jugar con su hijo e intentar que le obedezca a determinadas pautas muy básicas mientras que Luisa se ocupa de las tareas domésticas.

Nivel educativo de los padres. Luisa es analfabeta, no sabe leer ni escribir aunque distinga algunas letras y los números. No llegó a completar la formación primaria, tanto por sus limitaciones y su escasa motivación como la de sus familiares, que no se esforzaban por hacer que asistiera a las clases.

Antonio sabe leer y escribir con mucha dificultad. Tampoco llegó a finalizar la educación primaria por falta de motivación tanto de él como de su familia. Empezó como pastor cuidando cabras desde muy joven. Su recorrido formativo ha estado más relacionado directamente a su trayectoria laboral.

Nivel educativo y escolarización del menor. El menor asistía a la guardería pública de forma regular, donde le fue detectada su enfermedad. En el momento de la derivación estaba escolarizado en el aula de educación especial. Posteriormente se propuso su traslado a un centro específico de educación especial donde ha continuado su escolarización.

Estuvo siendo atendido en el Servicio de Atención Infantil Temprana con escasos avances por las continuas faltas de asistencia a las citas y por las dificultades de comprensión y ejecución de las pautas dadas a la madre que es quien habitualmente lo acompaña.

Dinámica de las relaciones familiares.

Relación de pareja: Antonio y Luisa llevan unos doce años de relación. Durante este tiempo la relación se ha caracterizado por ser una relación estable y sin serios conflictos entre la pareja.

Ambos comentan que sus necesidades afectivas son cubiertas de manera satisfactoria por el otro y que con los años de convivencia han aprendido a hablar entre ellos “*sus cosas*” y llegar a acuerdos. Cada uno percibe al otro como fuente de apoyo y bienestar. Existe un equilibrio en el reparto de poder en su relación y en los roles que asumen.

Relación entre los padres y el menor:

Existe una importante vinculación y apego entre los padres y el menor. Ambos cubren las necesidades afectivas del menor y son visibles las muestras de cariño entre ellos.

El padre realiza un manejo más adecuado del rol de autoridad. A Luisa “le cuesta más” poner normas y límites a su hijo, ella reconoce que es más permisiva. Ambos reconocen sus dificultades para estar cuidando del menor cuando están solos y atender otras actividades, ya que por sus características necesita toda la atención posible de ambos.

A continuación se detallan los objetivos del Plan de Tratamiento Familiar y los resultados alcanzados:

1.- Establecer relación de confianza con Antonio y Luisa. Se consiguió establecer una relación cercana y afectiva con ambos progenitores a lo largo del tratamiento, a pesar de las resistencias iniciales, lo que facilitó en gran medida abandonar la posición de control y convertirnos en fuente de ayuda.

2.- Definir las limitaciones de Luisa. Fue derivada al Equipo de Valoración y Orientación de retraso mental, arrojando un 65% de discapacidad. Esto ayudó al equipo a ser más conscientes de sus dificultades de comprensión, adaptando así tanto las pautas como las directrices a sus capacidades, con importantes avances. Se gestionó una Pensión No Contributiva por Invalidez que proporcionó un aumento de los ingresos familiares.

3.- Formación e inserción laboral de los padres. La inserción laboral de Antonio o Luisa ha sido un objetivo prioritario para este equipo, ya que, desde el inicio de la intervención, fue una de las principales demandas de la familia, entendiéndola como un medio para independizarse del núcleo familiar paterno. Se les orientó hacia la Bolsa de Empleo del Ayuntamiento, desde donde se le ofreció al padre tres meses de empleo. No obstante, Antonio tenía importantes habilidades a la hora de buscar y mantener un empleo y fue él mismo quien encontró trabajo como peón en una empresa que se dedica a la instalación y mantenimiento de vallas publicitarias. Su jornada era variable, dependiendo del volumen de trabajo y del lugar donde se tuviese que desplazar. Generalmente regresaba tarde, entre las 19 y las 22 horas, teniendo en ocasiones que pernoctar fuera del domicilio familiar. Lógicamente la situación laboral de Antonio provocaba que fuera

Luisa quien tenía que hacerse cargo en mayor medida de la atención del niño, lo que, unido a sus limitaciones personales y a las características del menor, hacían que se dieran momentos de sobrecarga donde ella misma se mostraba incapaz, expresándolo abiertamente a los técnicos del ETF en varias ocasiones, sobre todo coincidiendo con periodos en los que José Antonio no tenía colegio (navidades, semana santa, verano, etc.). Luisa ha trabajado limpiando domicilios particulares y espacios comunitarios en pisos. Participó en un programa de formación organizado por los servicios de inserción laboral del Ayuntamiento (auxiliar de ayuda a domicilio) para la inserción sociolaboral.

4.- Disminuir el alto riesgo en el que se encontraba el menor. Sus síntomas, cada vez más intensos, hacían que los padres se mostraran cansados e incapaces de contenerlo. Así, llegaba un momento en el que se veían desbordados y respondían de forma negligente a las conductas del niño. Lo dejaban salir a la calle sin ningún control, lo que provocó accidentes graves. Se gestionó a través de la Delegación de Educación una plaza de residencia (de lunes a viernes) en el Centro Específico de Educación Especial “San Juan de Dios” (en adelante C.E.E.E.). Posteriormente esta plaza se gestionó a través de la Dependencia que presentaba el menor. Inicialmente, los padres en especial Antonio, se negaban a matricular al niño en C.E.E.E. Ciudad San Juan de Dios, basándose en ideas preconcebidas y en comentarios negativos que escuchaban de los vecinos que hacían referencia al maltrato al que se veían sometidos los niños que allí se encontraban. Poco a poco, esta idea fue desapareciendo con el trabajo realizado desde el ETF, en el que se incluyó visitas previas al centro y reuniones con los profesionales que lo iban a atender. Esto, unido a la mejoría que veían en el menor una vez que llegó, hizo que los temores desaparecieran. El Equipo Técnico del C.E.E.E. Ciudad San Juan de Dios, realizaba varias visitas al domicilio y mantenía entrevistas periódicas con los padres ofreciéndoles orientación para poder contener las conductas de su hijo. Durante la semana, Antonio y Luisa se encontraban más disponibles para poder ocuparse de resolver cuestiones (junto al equipo de tratamiento) que estaban pendientes de trabajarse (relaciones familiares, la organización económica y familiar, etc.)

5.- Establecer pautas de control adecuadas. Se trabajó para que ambos padres siguiesen unas pautas educativas adecuadas y pusieran límites a las conductas del menor en la misma línea de los profesionales del centro educativo del menor, con la idea de que existiera una coherencia entre las pautas que el niño encontraba en el centro y las que recibía en casa. Para tal fin se puso en marcha un plan conjunto en el que se encontraban, además de los padres, los profesionales del ETF y los profesionales que estaban implicados directamente en los cuidados y atención de José Antonio (tutora, psicóloga, trabajadora social, etc.).

Ambos padres asistieron a las Escuelas de Padres que organizó el C.E.E.E. Ciudad San Juan de Dios, lo que, junto con el trabajo realizado por el E.T.F. les permitió identificar las necesidades básicas de su hijo y entender cómo la enfermedad influía en su conducta, cuáles serían sus limitaciones en el futuro y conocer cuáles son las pautas más adecuadas que ellos pueden poner en marcha con un hijo con estas características. Cuando les surgían dificultades o dudas sobre cómo tratar algún aspecto relacionado con el menor acudían a los profesionales. Pusieron mucho empeño y esfuerzo en aprender determinadas pautas que le sirvieron para una mejor interacción con su hijo. Luisa aprendió a contener a su hijo cuando presentaba estados de sobreexcitación, a conseguir relajarlo a través de masajes corporales y a que le obedeciera cuando le daba determinadas órdenes. Pero se veía limitada cuando las tenía que compatibilizar con otras tareas domésticas, pues en el momento que bajaba la atención y el control el niño se ponía más nervioso,

a lo que ella respondía con tensión, entrando en un bucle de nerviosismo que terminaba generalmente de forma violenta.

6.- Separación física del núcleo familiar de la familia extensa paterna. En un principio se valoró la posibilidad de que se fuesen a vivir a casa de la familia extensa materna, pero se descartó debido a la situación que presentaban y a la propia negativa de la pareja, reconociendo que no había un ambiente adecuado para que su hijo viviera allí, además de las malas relaciones que Antonio mantenía con los hermanos de Luisa.

Se les orientó hacia la búsqueda de un piso de alquiler, con el apoyo económico y el asesoramiento de los técnicos del ETF en tanto le concedían la vivienda de promoción pública que se gestionó desde el ETF. Pese al esfuerzo de ambos, no se llegó a materializar dicha opción, pues los alquileres encontrados eran caros para los ingresos de los que disponían. Finalmente, se les asignó desde el Ayuntamiento una vivienda de promoción pública donde residen actualmente.

La vivienda es de antigua construcción y presenta mal estado de conservación. Las condiciones tanto estructurales como de habitabilidad son deficientes. Por ello, se les gestionó una ayuda pública para su rehabilitación. No obstante, ha sido mal gestionada por ambos pese a las orientaciones de los técnicos municipales, tanto de urbanismo, como de la delegación de la vivienda o el propio equipo de tratamiento familiar. Se consiguió, aunque tarde, que finalizaran la mayor parte de las obras previstas, en especial aquellas que tenían que ver con la seguridad para José Antonio (ventanas, pretil de la azotea, cristales y puertas)

La vivienda consta de dos plantas y azotea. En la baja se encuentran los dormitorios (uno para el niño y otro para el matrimonio), el salón comedor y un baño. En la alta la cocina y una terraza. Todo está cubierto por una azotea transitable. El estado de conservación es deficiente.

En los periodos comprendidos entre los meses de junio a septiembre, Navidades y Semana Santa, excepto los fines de semana y cuando a Antonio disfruta de sus vacaciones, Luisa pasa el día a solas con el niño y se ve obligada a desatender las tareas domésticas. En visitas al domicilio nos hemos encontrado durante el verano, la casa en peores condiciones de limpieza e higiene.

7.- Organización hogar y tareas domésticas. ¿Cómo compatibilizar una atención al niño adecuada (que en el caso de José Antonio requería una presencia permanente) con las responsabilidades domésticas y laborales? Se estuvo trabajando con los padres para que aceptaran la ayuda a domicilio de una auxiliar que le ayudara con las tareas domésticas y con las pautas recomendadas por los profesionales del colegio de José Antonio. Luisa desde el inicio del trabajo en el domicilio manifestó cierta resistencia a aceptar un trabajo más continuado con la auxiliar alegando, en primer lugar, la vergüenza por el estado de deterioro en que se encontraba la vivienda y en segundo lugar, porque le costaba aceptar en su casa a una persona extraña que le dijera o mostrara la mejor forma de hacer determinadas tareas, tanto con su hijo como con las tareas domésticas. Luisa lo vivía como si se pusiera de manifiesto con este tipo de servicio su discapacidad y sus limitaciones. Con respecto a este tema, Antonio se mostró de acuerdo con la presencia en casa de un profesional para que los orientara y ayudó a Luisa a comprender la importancia de esta ayuda. Al final de este periodo, Luisa comentó en entrevista que había aprendido bastantes cosas con la ayuda de la auxiliar, sobre todo, en relación a limpieza y organización de su casa, pero se negó a que fuese en futuras ocasiones. Es importante reflejar la predisposición de la familia para continuar trabajando con el equipo aspectos como la organización doméstica y las pautas educativas. Por ello, se continuaron abordando estos aspectos y se establecieron de nuevo las bases de una colaboración entre el ETF, la familia y los técnicos de C.E.E.E. Ciudad San Juan de Dios.

Durante los periodos vacacionales Luisa ha asistido en varias ocasiones al ETF demandando información de alguna gestión pendiente, con un aspecto físico más descuidado y agotamiento. Al preguntarle como se encontraba ha comentado su desesperación, pues no podía bajar la atención con su hijo ni un solo minuto, teniéndolo en todo momento cerca de ella o agarrado de la mano para que no saliese corriendo o no se pusiera a coger objetos para arrojarlos al suelo. Expresaba también su deseo de que empezara de nuevo el curso escolar para José Antonio y que Antonio tuviera más tiempo libre para estar en casa.

8.- Organización económica. Los ingresos proceden del trabajo de Antonio y de la pensión no contributiva de Luisa. La organización, distribución y empleo de los recursos económicos de la familia han sido tarea de Luisa, en quien delegaba su marido. Ella no hacía una buena gestión de los mismos, lo que ocasionaba que el marido se quejase continuamente de ello. Se estuvo trabajando con la familia una organización adecuada, implicando a Antonio en la misma.

A pesar de los importantes avances que considerábamos que los padres habían conseguido, José Antonio se veía expuesto durante los fines de semana y periodos vacacionales a un elevado riesgo. Sus necesidades básicas estaban cubiertas. Todos los profesionales que habían atendido a esta familia (Servicios Sociales Comunitarios, Servicio de Atención Infantil Temprana, Centro Específico de Educación Especial Ciudad San Juan de Dios) coincidían en la fuerte vinculación entre el niño y sus padres. Desde el Equipo de Tratamiento Familiar, igualmente confirmábamos esta observación, considerando importante para José Antonio que estos vínculos se mantuviesen. No obstante, consideramos que esto no era suficiente para cubrir las necesidades del menor y que los padres, por incapacidad, exponían al niño a situaciones graves de riesgo definidas por los siguientes indicadores:

- Conductas antisociales en el menor (incapacidad para relacionarse con otros menores y adultos de su entorno).
- Negligencia grave que afecta a la integridad física del menor
- Conductas auto-lesivas en el menor que no son contenidas de forma adecuada por el cuidado principal.
- Dificultades de adaptación social (aislamiento)
- Agresividad
- Trastornos emocionales
- Asunción de roles parentales inadecuados
- Hábitos de alimentación inadecuados
- Vestido inadecuado y falta de higiene
- Falta de atención y concentración

Por ello, tomamos la determinación de proponer al Servicio de Protección de Menores una medida protectora. El trabajo con los padres fue intenso, pues considerábamos fundamental que estuviesen de acuerdo con la medida que se iba a adoptar. Este trabajo de acompañamiento consistió, principalmente, en definir con ellos el significado de la palabra Desamparo, en responsabilizar sin culpar, acompañarles al Servicio de Protección y ayudarles a elaborar el dolor por tener que separarse de su hijo. Con los servicios relacionados con el caso no lo fue menos intenso, pues considerábamos que el menor tenía que permanecer en el mismo centro donde ya se encontraba, lo que, administrativamente, no se consideraba viable.

En la actualidad, José Antonio permanece en San Juan de Dios con un régimen de visitas amplio que permite que los padres y el niño puedan verse de forma habitual, lo que hace que la vinculación que existe entre ellos permanezca y se fomente. El caso se cerró en el Equipo de Tratamiento Familiar y se derivó a los Servicios Sociales Comunitarios para que se continuase trabajando con los padres los avances que habían conseguido.

4. Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (APA) (1995). DSM- IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (1998) Ley 1/1998, de 20 de abril de los *Derechos y Atención al Menor*. BOJA nº 53 del 12 de mayo de 1998. Consejería de Presidencia de la Junta de Andalucía.

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (2000). Orden de 13 de julio de 2000, por la que se regulan y convocan subvenciones para la realización del *Programa de Intervención con familias desfavorecidas y en situación de riesgo social*. BOJA nº 86 del 27 de julio de 2000).

Falcón y otros (2009). Tratamiento interdisciplinar desde un dispositivo especializado en familia: ejemplificación de un caso. *Apuntes de Psicología*. Vol. 27 número 2-2, págs. 395-411.

Junta de Andalucía (2005): *Programa de Tratamiento a Familias con Menores. Manual de referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar*. Dirección general de Infancia y Familia. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Falcón y otros (2009). Tratamiento interdisciplinar desde un dispositivo especializado en familia: ejemplificación de un caso. *Apuntes de Psicología*. Vol. 27 número 2-2, págs. 395-411.

