

# PAPELES DEL PSICÓLOGO

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN PROTECCIÓN A LA INFANCIA



---

VEINTE AÑOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL A DEBATE  
LA INTERVENCIÓN FAMILIAR COMO PREVENCIÓN  
REVISIÓN DEL ACOGIMIENTO FAMILIAR, RESIDENCIAL Y LA ADOPCIÓN

---

## Sección monográfica

2. **PRESENTACIÓN: Intervención psicosocial en protección a la infancia**  
*Jorge F. del Valle*
4. La Intervención Psicosocial en Protección Infantil en España: Evolución y Perspectivas  
*Joaquín de Paül Ochotorena*
13. Procedimiento y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil  
*M<sup>a</sup> Ignacia Arruabarrena Madariaga*
24. Proteger a la infancia: apoyando y asistiendo a las familias  
*Rosa Trenado, Gemma Pons-Salvador y M<sup>a</sup> Angeles Cerezo*
33. El acogimiento familiar en España: implantación y retos actuales  
*Jorge F. del Valle, Amaia Bravo y Mónica López*
42. Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil  
*Amaia Bravo y Jorge F. Del Valle*
53. La adopción como intervención y la intervención en adopción  
*Jesús Palacios*

## Otras aportaciones

63. Experiencias psicóticas atenuadas en población adolescente  
*Eduardo Fonseca-Pedrero, Serafín Lemos-Giráldez, Mercedes Paino, Úrsula Villazón-García, Susana Sierra-Baigrie y José Muñiz*
74. El papel en desarrollo de los Psicólogos Escolares y Educativos en el apoyo a niños, escuelas y familias  
*Peter Farrell*
86. DSM, salud mental y Síndrome de Alineación Parental.  
*Adolfo Jarne Esparcia y Mila Arch Marin*

## Special Section

2. **INTRODUCTION: Psychosocial intervention in child protection**  
*Jorge F. del Valle*
4. Psychosocial intervention in child protection in Spain: Evolution and prospects  
*Joaquín de Paül Ochotorena*
13. Procedure and criteria for assessment and intervention with families and minors in the area of child protection  
*M<sup>a</sup> Ignacia Arruabarrena Madariaga*
24. Protecting the family: Support and assistance for families  
*Rosa Trenado, Gemma Pons-Salvador y M<sup>a</sup> Angeles Cerezo*
33. Foster care in Spain: its establishment and current challenges  
*Jorge F. del Valle, Amaia Bravo y Mónica López*
42. Crisis and review of residential child care. Its role in child protection  
*Amaia Bravo y Jorge F. Del Valle*
53. Adoption as intervention and intervention in adoption  
*Jesús Palacios*

## Regular articles

63. Attenuated psychotic experiences in adolescents  
*Eduardo Fonseca-Pedrero, Serafín Lemos-Giráldez, Mercedes Paino, Úrsula Villazón-García, Susana Sierra-Baigrie y José Muñiz*
74. The developing role of School and Educational Psychologists in supporting children, schools and families  
*Peter Farrell*
86. DSM, Mental Health and Alienation Parental Syndrome  
*Adolfo Jarne Esparcia y Mila Arch Marin*

## PAPELES DEL PSICÓLOGO

### Edita

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

### Director

Serafín Lemos Giráldez

### Directores asociados

José Ramón Fernández Hermida, Manuel Enrique Medina Tornero, José Carlos Núñez Pérez y José María Peiró Silla

### Consejo Editorial

Francisco Santolaya Ochando  
Jaume Almenara i Aloy  
Julián Baltasar Jaume  
Manuel Berdullas Temes  
Rosario Carcas Castillo  
Fernando Chacón Fuertes  
Juan Delgado Muñoz  
Juan Manuel Egurtza Muniaín  
Alfredo Fernández Herrero  
Aurora Gil Álvarez  
Lorenzo Gil Hernández  
M<sup>a</sup> Teresa Hermida Pérez  
Rosa Jiménez Tornero  
Margarita Laviana Cuetos  
Ramón Loitegui Aldaz  
Cristina López Díaz  
Isabel Martínez Díaz de Zugazua

Manuel Enrique Medina Tornero  
Eduardo Montes Velasco  
Teresa Rizo Gutiérrez  
Manuel Rodríguez Fernández  
Concepción Santo Tomás de Abajo  
Manuel Mariano Vera Martínez  
Jesús Ramón Vilalta Suárez

### Consejo Asesor

José Antonio Aldaz, Esteban Alonso, Isaac Amigo, José Arévalo Serrano, Pilar Arránz, José María Arredondo, Dosíteo Artiaga, M<sup>a</sup> Dolores Avia, Sabino Ayestarán, Francisco Bas, Vicent Bermejo, Amalio Blanco, Cristina Botella, Carmen Bragado, Gualberto Buela, José Buendía, Vicente Caballo, Francisco Cabello, José Cáceres, Rosa Calvo, Fernando Calvo, Enrique Cantón, Amalia Cañas, Antonio Capafons, José Carlos Caracuel, Helio Carpintero, Mario Carretero, José Antonio Carrobes, Miguel Costa, Antonio Coy, Sixto Cubo, Piedad Cueto, Fernando Díaz Albo, María José Díaz-Aguado, Jesús A. De Diego, Raúl De Diego, Andrés Duarte López, Rocío Fernández Ballesteros, Nicolás Fernández Losa, Jorge Fernández Del Valle, Concepción Fernández Rodríguez, Alfredo Fornos, Enrique García Huete, Miguel Anxo García Álvarez, César Gilolmo, Jesús Gómez Amor, Jorge L. González Fernández, Julio Antonio González García, José Gutiérrez Terrazas, Adolfo Hernández Gordillo, Florencio Jiménez Burillo, Cristóbal Jiménez Jiménez, Annette T.Kreuz, Francisco Javier Labrador, José Carlos León Jarriego, Jesús Ramón Loitegui, Roberto Longhi, Aquilino Lousa, Araceli Maciá, Emiliano Martín, María Angeles Martínez Esteban, José Joaquín Mira, Luis Montoro, José Muñiz, Nicomedes Naranjo, Conrado Navalón, José Ignacio Navarro Guzmán, Luis De Nicolás, Soledad Ortega Cuenca, Pedro Pérez García, Marino

Pérez Álvarez, Félix Pérez Quintana, José Luis Pinillos, José Antonio Portellano, José María Prieto, Ismael Quintanilla, Francisco Ramos, Jesús Rodríguez Marín, Carlos Rodríguez Sutil, José Ignacio Rubio, Carlos Samaniego, Aurelia Sánchez Navarro, Javier Urrea, Miguel Angel Vallejo y Jaime Vila.

### Diseño y Maquetación

Juan Antonio Pez Martínez

### Redacción, administración y publicidad

Juan Antonio Pez Martínez  
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos  
C/ Conde de Peñalver, 45-5<sup>a</sup> Izq.  
28006 Madrid - España  
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15  
E-mail: papeles@correo.cop.es

### Impresión

Intigraf S.L.  
C/ Cormoranes, 14. Polígono Industrial La Estación  
28320 Pinto Madrid

### Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

De este número 30 Vol. 1 de *Papeles del Psicólogo* se han editado 52.000 ejemplares.  
Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

Papeles del Psicólogo está incluida en Psycodoc y en las bases de datos del ISOC (Psedisoc), del DOAJ (Directory of Open Access Journals), Elsevier Bibliographic Database: SCOPUS, Redalyc y en IBECS y también se puede consultar en la página WEB del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos:  
<http://www.cop.es>

# PRESENTACIÓN

**N**

uestro colega Ferrán Casas ha hecho referencia en ocasiones a la invisibilidad estadística de la infancia (especialmente la más vulnerable) en nuestra sociedad, y también Jorge Barudy hace tiempo tituló una obra suya como *El dolor invisible de la infancia*, abordando el tema del maltrato infantil. Seguramente, si preguntáramos al ciudadano común si sabe cuántos niños son tutelados por las administraciones como consecuencia de sufrir malos tratos, o cuántos niños hay viviendo en hogares de protección, nos encontraríamos con una prueba de esta invisibilidad o falta de información. De este modo, la protección infantil en España no es considerada hoy día un problema social, es decir, con el componente de conciencia colectiva de la necesidad de hacer algo urgente y pertinente al respecto. Más bien la sociedad tiene la representación del maltrato como un fenómeno ocasional, reflejado en las noticias que de vez en cuando aparecen en los medios de comunicación sobre niños con graves lesiones consecuencia de palizas, abandonados en un automóvil o en un bar, o encontrados solos en su casa sin atención de sus padres. Esta representación social obedece a la presencia ocasional en los medios de aquellos casos más llamativos y extremos, una vez más la punta del iceberg, y para los cuales la sociedad reclama una intervención punitiva. Nada se sabe en cambio de los más de 30.000 niños tutelados por las administraciones en España, de los cuales la mayoría es objeto de intervención protectora por causas muy alejadas de esa casuística extrema y atractiva para los medios de comunicación: casos de negligencia o falta de atención adecuada a las necesidades de los niños, maltrato emocional, abusos sexuales, y los recientes perfiles de menores extranjeros no acompañados o de adolescentes que se comportan violentamente con sus padres.

Mientras las administraciones observan cómo deben destinar cada día más presupuestos a la protección a la infancia y los profesionales se perciben trabajando en un ambiente cada vez más estresante, ante unas dificultades para las que el sistema no está preparado y con un volumen de casos creciente, para nuestro entorno social esta problemática sigue siendo desconocida. Pero cabe decir más, cabe apuntar también que esta invisibilidad se deja ver en ocasiones por la escasa relevancia que tiene la investigación en este ámbito, y no me refiero a la falta de voluntades y esfuerzos de los que nos dedicamos a ello, sino a las exiguas partidas que se destinan a este ámbito de investigación cuando se compara con otros problemas sociales. Esta sección monográfica es una buena ocasión para presentar algunos de los aspectos más relevantes de la protección infantil, tanto en su vertiente organizativa, como profesional e investigadora.

Son varios los objetivos que esta sección monográfica pretende cubrir. En primer lugar, se analizará desde varias perspectivas la evolución y desarrollo que ha tenido la construcción de un sistema público de protección infantil, enmarcado en el sistema de servicios sociales, y que ahora cumple algo más de veinte años. En 1987 se publicó la ley que creó un nuevo marco de protección infantil, alejado de la beneficencia y de las grandes instituciones imperantes hasta entonces, con nuevos principios, procedimientos e instrumentos. En ella no sólo se desjudicializaba la intervención, sino que se descentralizaba haciéndola depender de las entidades públicas de cada comunidad autónoma. En 1996 se publica la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor que fundamenta aún más estos principios basados en los derechos de la infancia, su superior interés y la necesidad de dar respuestas que permitan a los menores estar siempre protegidos y educados en el contexto de una familia. A su vez, las comunidades autónomas han legislado en su esfera sobre la protección infantil con leyes de infancia, decretos y reglamentos para medidas concretas. Se puede decir que tenemos un marco legal que nos da grandes posibilidades y establece criterios muy adecuados.

Sin embargo, como se analizará en los artículos siguientes, son muchas las cosas pendientes y para un buen número de ellas, los que empezamos a trabajar en aquella época, hace más de veinticinco años, tenemos la impresión de que nuestras expectativas de entonces se han visto frustradas en varios temas muy importantes. Pensábamos que el nuevo marco legislativo y los nuevos principios de intervención iban a desencadenar una verdadera revolución, acercando nuestro sistema de protección a las tendencias que ya se habían producido décadas atrás en otros países europeos. A la luz de la lectura de estos artículos dejo que el lector o lectora saque sus conclusiones sobre la magnitud de estos cambios.

---

Correspondencia: Jorge F. del Valle. Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología. Plaza Feijoo s/n, 33003 Oviedo. España. E-mail: [jvalle@uniovi.es](mailto:jvalle@uniovi.es)



En segundo lugar, el monográfico pretende dar un repaso a cuestiones fundamentales como la propia estructura del sistema de protección y los procesos o fases por las que se desenvuelve la intervención protectora, junto a una revisión del estado actual de las principales medidas y programas de prevención: intervención con las familias, acogimiento residencial, acogimiento familiar y adopción.

El primer artículo, de J. de Paúl, es un análisis global y crítico de la intervención en protección infantil, enfocado en buena parte a los problemas que no tienen que ver con niños, sino con organizaciones administrativas. Nos deja ver con claridad cómo muchos de los problemas de nuestras intervenciones no provienen de las graves necesidades de los niños, sino de permanecer sin resolver eficazmente la coordinación entre administraciones, especialmente los niveles de servicios sociales de base y los especializados. La división entre casos de riesgo y casos de desamparo y su paralela competencia para los servicios de base y especializados, respectivamente, crea enormes problemas. La falta de un lenguaje comúnmente compartido en este sector de infancia, así como de manuales de procedimiento (aunque el grupo de investigación de este autor tiene amplísima experiencia en su elaboración en varias comunidades) son otros problemas a resolver. Finalmente, siguiendo su línea de trabajo, reclama una vez más la importancia de adecuar los recursos a las necesidades de los niños y sus familias (algo que harán todos los demás artículos también).

El segundo artículo, de I. Arruabarrena, es una buena muestra del avance que ha habido en algunas comunidades por elaborar un manual de procedimientos y unos criterios de actuación en protección infantil. El trabajo es una excelente panorámica de los consensos más relevantes alcanzados sobre las fases del procedimiento y los aspectos esenciales de cada una de ellas, y es un buen reflejo de cómo se actúa hoy en día en nuestro país cuando se interviene en maltrato infantil. Especial atención merecerá la lectura de los criterios con que se elaboran planes de caso y se aconsejan determinadas medidas.

El artículo de R. Trenado, G. Pons y M.A. Cerezo es el primero de los dedicados a los programas de intervención posibles. Y no es el primero caprichosamente, sino porque realmente el orden debe ser este, empezando siempre por tratar de apoyar a la familia que no es capaz de cuidar adecuadamente de sus hijos, intentando que recupere las funciones parentales y evitar la separación del niño, o poder recuperarlo cuando el niño ya ha sido separado por su seguridad y bienestar. En este artículo se aborda más específicamente un enfoque en el que siempre tenemos grandes limitaciones y escasez de experiencia: los programas preventivos con las familias. La prevención, siempre asignatura pendiente, se presenta mediante algunos programas que han mostrado su eficacia en evaluaciones rigurosas de sus resultados.

El artículo de A. Bravo y J.F. del Valle repasa la situación actual del acogimiento residencial, ámbito que en estos momentos se presenta en seria crisis ante nuevos perfiles de protección a los que debe atender (algunos de ellos casi en exclusiva, como los menores extranjeros no acompañados, de los que el resto del sistema de protección apenas conoce). Se repasa el desarrollo en estos veinte años y la transición de modelos que ha habido, más bien implícitos que explícitos, con atención especial a estos nuevos perfiles y cómo el sistema intenta adaptar sus recursos a nuevas necesidades. Se elaboran conclusiones y se presentan datos de nuestra experiencia a lo largo de estos años en el asesoramiento y trabajo de investigación con numerosas administraciones.

El artículo de J.F. del Valle, A. Bravo y M. López aborda la medida del acogimiento familiar, sin duda la que todos deseáramos ver eri-

gida en principal opción para los menores desprotegidos, especialmente los más pequeños. También se revisará su evolución en estos años como una nueva alternativa nacida de la legislación de 1987, a diferencia de la larga tradición de otros países en los que cuenta con muchas décadas de implantación. Las cifras, además de escasas y poco fiables en las estadísticas nacionales, son preocupantes: el principal acogimiento que realizamos es el que depende de la voluntad de la familia extensa y solamente uno de cada diez niños separados de sus familias se beneficia de un acogimiento en familia ajena. A pesar del consenso unánime sobre la bondad del acogimiento familiar, no acaba de convertirse en la medida principal de la protección (ni mucho menos). El artículo pretende aportar cifras y análisis para explicar esta realidad.

El artículo de J. Palacios sobre adopción aborda un tema que suele tener más trascendencia pública, ya que, como finamente apunta el autor en su artículo, la adopción internacional se ha convertido en un problema de adultos, y por tanto con capacidad reivindicativa y presencia en los medios (es decir: al que la gestión política tiene que prestar gran atención). Pero más allá de este aspecto, la adopción nacional e internacional presenta hoy día una complejidad enorme y exige una gran intensidad de intervenciones, dejando muy atrás los tiempos en que una vez adoptada la criatura por sus nuevos padres el sistema se desentendía de su evolución. El artículo repasa las cifras más interesantes de la adopción, así como el trabajo que los psicólogos llevan a cabo en estos programas y lo que la investigación nos ha enseñado.

El monográfico presenta una visión detallada para quien no conoce muy bien este sector, pero sobre todo ha pretendido ser una revisión crítica que, por un lado, muestre ponderadamente todo lo que hemos sido capaces de hacer en veinte años partiendo casi de la nada y, por otro, deje ver también un espíritu crítico y hasta reivindicativo. Los que llevamos más años en este sector empezamos a sentir que algunas reformas, basadas en criterios y principios que la ley contempla con claridad y que los profesionales e investigadores comparten prácticamente en su totalidad, están tardando demasiado en llegar. Hemos partido de un gran retraso con respecto a la intervención que en este sector se realiza en otros países y hemos avanzado muchísimo, pero algunas medidas siguen sin poder dar una respuesta adecuada a las necesidades de los niños. Los lectores y lectoras se darán cuenta de cuáles son estas carencias en la lectura de los artículos.

Finalmente, dado que se trata de una revista colegial, los psicólogos y psicólogas podrán apreciar la cantidad de trabajo profesional y de investigación que nuestra disciplina aporta al sistema de protección infantil. La complejidad y la trascendencia del trabajo psicológico especializado en este ámbito se pone de manifiesto en todos los artículos y, como se verá, el grueso de la investigación en este ámbito se desarrolla por grupos pertenecientes a la Psicología. Creo que los psicólogos podemos sentirnos orgullosos de nuestras aportaciones en este contexto, sin olvidar que se desarrolla en el marco de equipos multidisciplinares junto a trabajadores sociales, educadores sociales, pedagogos, sociólogos, letrados, etc., que también están incorporados en nuestros grupos de investigación. Esperemos que este monográfico sirva para hacer un poco más visible a la infancia, a esta infancia más vulnerable.

*Jorge F. del Valle*

*Grupo de Investigación en Familia e Infancia  
Universidad de Oviedo*



# LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN PROTECCIÓN INFANTIL EN ESPAÑA: EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS

## PSYCHOSOCIAL INTERVENTION IN CHILD PROTECTION IN SPAIN: EVOLUTION AND PROSPECTS

Joaquín de Paúl Ochotorena  
Universidad del País Vasco

*Se presenta una revisión de la evolución del sistema de protección infantil y de la distribución de competencias en la administración pública. Se hace especial mención a las dificultades que siguen existiendo para alcanzar los objetivos y los principios propuestos en la legislación vigente. Se analiza la necesidad de promover la coordinación entre recursos y profesionales y se propone el desarrollo y elaboración de documentos y guías de procedimiento en los que se describan con un lenguaje común las acciones básicas que se deben llevar para afrontar las diferentes situaciones de desprotección infantil. Se aborda la necesaria participación de los profesionales de la psicología para asumir con garantías la responsabilidad de los Servicios Sociales en la evaluación y tratamiento de las diferentes situaciones de desprotección infantil. Se hace referencia a la urgente necesidad de avanzar en la mejora de la calidad de la atención a los menores en situación de desprotección siguiendo un principio fundamental de adecuación de los recursos a las necesidades de dichos menores y sus familias.*

**Palabras clave:** Intervención Psicosocial, Infancia, Maltrato Infantil, Protección Infantil.

*This paper reviews the evolution of the child protection system in Spain and the distribution of legal responsibilities between public agencies. Special emphasis is given to the difficulties for achieving the main objectives and adhering to the principles of the current legislation. With a view to improving coordination between resources and professionals, the paper proposes the development of guidelines and handbooks describing in plain language the main responsibilities and activities of professionals working in child protection. The important role of psychologists with specific training for the assessment and treatment of abused children and families at risk of child abuse is highlighted. For improving the quality of the child protection system, the author endorses the basic principle of developing resources so that the available services match the needs of children and families.*

**Key words:** Psychosocial Intervention, Childhood, Child Abuse, Child Care.

La Protección Infantil en España inició un cambio fundamental a partir del año 1987 con la entrada en vigor de la denominada Ley 21/87 (que modificaba algunos artículos del Código Civil en materia de adopción) y con la transferencia a los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas de las competencias sobre la intervención con los niños y niñas víctimas de desprotección familiar. El cambio legislativo y la transferencia de competencias supusieron una brusca “desjudicialización” y el inicio de un proceso de descentralización en el afrontamiento de las situaciones de desprotección infantil (para disponer de un análisis completo de la legislación estatal y autonómica en esta materia se puede consultar González Soler, 2000).

Se considera que se produjo tal desjudicialización porque a partir de ese momento las Comunidades Autónomas se convirtieron en las entidades competentes para, (1) valorar las situaciones de desprotección y proceder a

la denominada “declaración de desamparo” y como consecuencia de ello para (2) asumir de manera “automática” la tutela del menor sin necesidad de una previa decisión judicial. No obstante, la legislación vigente desde entonces en España garantiza la supervisión de estas medidas por parte del sistema judicial y permite que el procedimiento se lleve a cabo con garantías jurídicas para las familias biológicas a quienes se les haya quitado de manera temporal o definitiva la tutela de alguno/os de sus hijo/as.

Pero lo más relevante de lo ocurrido a lo largo de estos 20 últimos años en la protección infantil española está relacionado con el hecho de que los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas y las entidades locales han debido de asumir casi todas las competencias de la protección infantil partiendo de unos principios de actuación diferentes a los que hasta entonces se venían aplicando. Estos principios ya estaban presentes en el texto de dichas modificaciones del Código Civil o Ley 21/87.

A nadie le parecerá sorprendente que la forma y el ritmo con que cada una de las Comunidades Autónomas de España ha llevado a cabo este proceso de cambio

*Correspondencia:* Joaquín de Paúl Ochotorena. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Apartado de Correos 726. 20080 San Sebastián. España. E-mail: joaquin.depaul@ehu.es

hayan sido diferentes. Conviene señalar que ni a lo largo de estos últimos 20 años ni en la actualidad se puede afirmar que situaciones similares de desprotección infantil hayan podido ser o puedan ser abordadas en diferentes lugares del territorio español aplicando las medidas que se derivarían de similares principios de actuación. La aplicación de los principios que rigen la Ley de Noviembre de 1987 exige la existencia de una importante diversidad de recursos y de un elevado número de profesionales con formación y preparación muy especializadas. Probablemente, en la actualidad en ninguna CCAA se pueda afirmar que se dispone de dicha variedad de recursos ni de un número suficiente de dichos profesionales y, además, resulta fácil observar los importantes desequilibrios que hay entre las diferentes CCAA en cuanto a recursos y profesionales.

Por tanto, es importante señalar desde el principio de esta breve revisión de la evolución pasada y de la situación actual de la protección infantil en España que sigue siendo un reto de gran relevancia para el próximo futuro el que se garantice que, en cualquier lugar del territorio español, todos los niños y niñas que sufren una situación de desprotección y sus familias van a recibir la intervención que necesitan y la que cumpliría los principios legales vigentes.

Pero para poder justificar lo expuesto en los párrafos anteriores, para poder analizar con mayor precisión lo ocurrido a lo largo de estos años y para poder valorar las necesidades de desarrollo del sistema de protección infantil en cada CCAA y en cada Municipio resulta importante revisar cuáles fueron los cambios que se intentaban generar (y que en cierta medida se fueron produciendo) con la entrada en vigor de la legislación de protección infantil de 1987. Estos se pueden resumir en algunos puntos básicos:

1. Partiendo de una situación en la que predomina la recepción pasiva de los casos de maltrato infantil más severos y más extremos, se trata de evolucionar hacia el desarrollo de programas y recursos que permitan una detección activa de la máxima cantidad de los casos existentes incluyendo los de una menor severidad. A lo largo de los años noventa se presentan diferentes estudios que testifican un importante aumento de las notificaciones de casos de desprotección infantil en todas las CCAA. (De Paúl y Arruabarrena, 1995; Reina Sofía, 2002; Saldaña, Jiménez y Oliva, 1995). La sensibilización de los profesionales y de la pobla-

ción general con respecto a los menores que son víctimas de maltrato infantil está en la base de este aumento de la detección que casos. Pero este aumento de casos notificados a los Servicios Sociales de Base y Especializados ha provocado en muchas ocasiones fuertes crisis en el propio sistema de protección infantil. La creación de nuevos recursos y la incorporación de nuevos profesionales no era nunca suficiente para abordar tal aumento de casos y a la vez poder proporcionar la atención de calidad que requerían dichos casos.

2. Unido a este aumento permanente en la recepción de casos, se ha intentado introducir un cambio sustantivo en la forma en que se debe proceder a la intervención con los mismos. Se trataba de que el sistema de protección infantil fuera dejando poco a poco de estar compuesto únicamente por recursos que de manera casi generalizada procedían a la separación de su familia biológica de los menores víctimas de desprotección y a su ingreso (hasta alcanzar la mayoría de edad) en un centro u hogar de acogimiento residencial o a la formalización de una adopción. El cumplimiento de la legislación vigente ha obligado a los responsables políticos de las CCAA a gestionar el desarrollo de nuevos programas y recursos capaces de promover, además del acogimiento residencial, otro tipo de medidas. Entre estas medidas alternativas debían destacar las que dieran prioridad y permitieran el mantenimiento del menor en su familia de origen o su incorporación a una familia alternativa. Además, se debía de disponer de recursos que, en caso de separación del menor, favorecieran la provisionalidad de dicha medida y el posible retorno del menor con su familia de origen.
3. Este cambio de modelo de intervención exigía un aumento en la diversidad y en la complejidad organizativa de los diferentes recursos que se debían poner en funcionamiento. Y esto ocurrió básicamente porque se empezó a exigir un tratamiento individualizado de cada situación familiar con su correspondiente evaluación y porque se asumió que se debían de hacer todos los esfuerzos técnicos y profesionales para posibilitar la capacitación de las familias en las que se hubieran producido situaciones de desprotección con el objetivo de (1) evitar la separación del menor y de (2) promover su reintegración a la familia de origen en caso de necesaria separación temporal.

4. La incorporación de los psicólogos/as a los equipos públicos o concertados que trabajan en protección de menores se fue produciendo de manera gradual, pero muy importante en términos absolutos, a lo largo de la década de los años noventa. Parece evidente que las actuaciones que se debían llevar a cabo con las familias y los menores no se podían realizar únicamente por las trabajadoras/es sociales, profesión hasta entonces predominante en los servicios sociales.

Cualquier profesional conocedor del sistema de protección infantil español será consciente en este momento de la lectura de esta breve revisión de la muy reciente historia de la protección infantil española que en la mayoría de las situaciones, los cambios que se señalan siguen estando pendientes de alcanzar y que en algunos casos, incluso, se podría considerar que se encuentran en su fase inicial.

En posteriores artículos de esta publicación se van a abordar los temas fundamentales de la evaluación de las familias y los menores, la intervención familiar, el acogimiento familiar y el acogimiento residencial y la adopción. No es objetivo de este trabajo el revisar aspectos técnicos concretos de cada una de estas funciones, pero sí puede resultar de interés presentar una valoración global de cuál es la capacidad real del sistema de protección infantil en España para garantizar que los menores víctimas de desprotección infantil reciben la atención que nuestra legislación exige.

#### CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MODELO DE INTERVENCIÓN EN PROTECCIÓN INFANTIL

El modelo de intervención que se deriva de la legislación estatal y de las legislaciones de las Comunidades Autónomas en materia de protección infantil supone que se deben de llevar a cabo con la máxima eficacia las siguientes funciones:

1. En caso de notificación de una sospecha de desprotección, verificar la existencia o no de dicha situación de desprotección y conocer el riesgo en que se encuentra el menor de volver a ser víctima de la misma.
2. Disponer de toda la información pertinente y necesaria sobre la familia y el menor, es decir, evaluar a la familia y al menor, para elaborar hipótesis sobre los posibles factores de riesgo que permitirían explicar la existencia de dichas situaciones de desprotección.
3. A partir de toda la información disponible, elaborar planes de caso suficientemente precisos en los que se

describan (1) los objetivos de intervención, (2) los recursos que deben ser puestos en funcionamiento y el tiempo de su aplicación y (3) el pronóstico de dicha intervención.

4. En los casos en los que se considere oportuno y necesario se deben de poner en funcionamiento los recursos adecuados para evitar la separación del menor de su familia o para que ésta sea lo más breve posible cuando se deba proceder a la separación temporal. Esto implica la necesaria disponibilidad de recursos eficaces para el tratamiento de las familias en las que se producen situaciones de desprotección. Resulta importante señalar en este momento que el tratamiento de este tipo de familias que presentan severas situaciones de desprotección a sus hijos/as ha sido un tema controvertido. Se ha discutido y cuestionado la posibilidad de conseguir cambios en familias que deben acudir de manera forzada a este tipo de intervenciones y que no presentan en su mayoría una adecuada conciencia de problema o motivación de cambio (Arruabarrena y De Paúl, 2002). No obstante, hay un acuerdo generalizado de que (1) en un porcentaje razonable de familias se puede afrontar una intervención de este tipo con garantías de que se van a alcanzar mejoras suficientes para conseguir el mantenimiento del menor en la misma y que, (2) si se alcanzan dichos resultados (aunque sean de objetivos muy limitados), resulta una alternativa más adecuada a las necesidades de los menores que su separación (De Paúl y Arruabarrena, 2003).
5. En caso de separación del menor de la familia de origen, el recurso alternativo de primera elección es el acogimiento familiar. Tal y como se señalará en uno de los artículos de esta publicación, resulta uno de los recursos de mayor complejidad organizativa por la necesaria adecuación de las características de las familias acogedoras a las necesidades de los menores. Por ello, adquiere una especial relevancia la calidad y eficacia de los recursos profesionales dedicados a la (1) evaluación y formación de las familias acogedoras, (2) a la selección de la familia acogedora más adecuada para cada menor y (3) al apoyo técnico y profesional a las familias acogedoras para la adecuada integración de los menores y la cobertura de sus necesidades específicas.
6. En aquellas situaciones en las que es necesaria la separación del menor de su familia biológica pero se considera que el menor no se beneficiaría de su inte-

gración temporal en una familia acogedora se debe proceder al ingreso del mismo en un centro de acogimiento residencial.

7. Por último, resulta imprescindible señalar que en cualquiera de las opciones que se hayan tomado para garantizar la desaparición de la situación de desprotección resulta imprescindible llevar a cabo una evaluación completa de los menores para tratar de identificar la posible existencia de daños psicológicos y, en su caso, proceder al tratamiento que garantice en la medida de lo posible la desaparición de las posibles secuelas derivadas de la situación de desprotección de manera que el menor pueda alcanzar el máximo ajuste psicosocial posible.

Si se revisan las funciones que se han señalado en los siete puntos anteriores, resulta evidente que en todas ellas se requiere de equipos profesionales con una formación especializada para llevarlas a cabo y que, en buena parte de ellas, resulta imprescindible la figura de profesionales de la psicología con diferentes tipos de especialización.

La verificación de las situaciones de desprotección infantil supone, en muchas ocasiones, el llevar a cabo actividades que pueden estar cercanas a las de los profesionales que trabajan en el ámbito de la psicología forense. La evaluación diagnóstica de la familia, de cada uno de los padres, de sus relaciones de pareja, de los menores y del contexto psicosocial en el que se desarrollan constituye una de las funciones propias de los psicólogos/as con una formación de tipo clínico y psicosocial. La intervención dirigida a la capacitación de las familias en las que se produce una situación de desprotección hacia sus hijos/as requiere de la participación de equipos de profesionales en los que la figura del psicólogo/a se hace imprescindible. La evaluación de la idoneidad de las familias acogedoras (sean familias extensas o ajenas) y de las familias solicitantes de adopción incluye una parte evidentemente relevante de evaluación de aspectos de tipo psicológico de la misma manera que ocurre con las intervenciones de apoyo a las familias acogedoras y/o a las familias adoptantes en el proceso de integración en las mismas de los menores acogidos.

Lo expuesto en los párrafos anteriores sugiere que a lo largo de estos años y, por tanto, en el futuro próximo la intervención en situaciones de protección infantil ha exigido y seguirá exigiendo de la participación de un número importante de profesionales con un alto nivel de especialización. Pero también parece derivarse de lo ex-

puesto en dichos párrafos que la eficacia de dichas intervenciones requiere de una participación muy relevante de psicólogos/as con formación y especialización para cumplir las funciones señaladas y capaces, a la vez, de desarrollar su trabajo en colaboración con profesionales de otros ámbitos, principalmente, trabajadores sociales y educadores sociales.

Se puede constatar que la incorporación de psicólogos/as al ámbito de trabajo de la protección infantil ha sido muy importante en los últimos años. Sin embargo, probablemente todos los profesionales de la psicología que trabajan en los dispositivos de protección a la infancia (desde la administración pública o en equipos concertados con la misma) pueden admitir que su formación previa no era la suficiente ni la adecuada para afrontar la mayoría de las funciones que han debido de abordar. Sigue siendo de una extraordinaria importancia el que los profesionales que vayan a iniciar una actividad profesional en el ámbito de la protección infantil adquieran previamente la especialización que precisan. Y esto es aplicable tanto a los psicólogos como a los trabajadores sociales y a los educadores sociales. La universidad española y los colegios profesionales tienen una importante responsabilidad para dar respuesta a estas necesidades formativas.

La valoración que aquí se presenta sobre la evolución y sobre la situación actual del funcionamiento del sistema de protección infantil en España tiene como objetivo tomar una cierta perspectiva general desde la que señalar algunas necesidades de mejora del mismo. Para alcanzar este objetivo, resulta útil retomar el tema de la descentralización de los recursos.

## DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS EN PROTECCIÓN INFANTIL EN LOS SERVICIOS SOCIALES

Hasta aquí se ha comentado el proceso de descentralización de las competencias hacia las CCAA y los retos que se debieron de afrontar al asumir dichas competencias. Pero a lo largo de estos últimos años y especialmente a partir de la mitad de la década de los años noventa, y coincidiendo con la publicación de la Ley de Protección Jurídica del Menor 1995, se puede observar el desarrollo de lo que se puede denominar como una segunda descentralización dentro de cada una de dichas CCAA.

Esta segunda descentralización se hace a partir de una distribución de funciones entre los Servicios Sociales Especializados que forman parte de los gobiernos autonó-



micos y los Servicios Sociales de Base dependientes de las entidades locales y Ayuntamientos, que implica en la práctica un intento por distribuir los casos que son competencia de cada una de las dos administraciones (autonómica y local). En la medida en que la competencia para la "declaración de desamparo" y la asunción de la "tutela automática" corresponde en exclusiva a la Comunidad Autónoma desde el inicio de este nuevo proceso, los Servicios Sociales Especializados en Protección Infantil dependientes directamente de la administración autonómica asumen la intervención con los casos de mayor grado de severidad, es decir, aquellos en los que se declara la situación de "desamparo". En estos casos, su intervención fundamental se centra en el acogimiento familiar, en el acogimiento residencial y en la adopción, es decir, en la gestión de la intervención con el niño/a y su familia a partir del momento en el que se procede a la separación del menor.

Por otra parte, en términos generales, se considera que los Servicios Sociales de Base en cuanto recurso más "cercano" a la realidad social de los ciudadanos debe asumir la función de "puerta de entrada" al sistema de todos los casos de menores en desprotección con la excepción de aquellos más graves que acudan a través de procedimientos de urgencia. Además, los Servicios Sociales de Base deben de asumir con carácter general todas las funciones relacionadas con la prevención de las situaciones de desprotección infantil. Y por prevención se entiende en este tipo de casos, la intervención con todas las situaciones de desprotección infantil en las que no se procede a la declaración de desamparo. En el año 1995, la legislación española acuña el término "caso de riesgo" para referirse a los casos en los que un menor se encuentra en situación de desprotección, pero ésta no alcanza la gravedad suficiente para proceder a la declaración de desamparo y por tanto, a la separación del menor de su familia de origen.

Por tanto, se puede afirmar que a partir de dicha distribución de competencias, en España los Servicios Sociales de Base asumen, en protección infantil, las responsabilidades de (1) recepción de las notificaciones de sospechas de desprotección, (2) investigación de dichas notificaciones, (3) evaluación de las situaciones familiares en las que se ha confirmado la sospecha de desprotección y (4) la intervención con aquellos menores y familias en los que se considera que la situación no alcanza un "determinado" grado de severidad.

En definitiva, esta descentralización del funcionamiento del sistema de protección infantil implica en la práctica cotidiana que algunas de las labores más relevantes de la protección (evaluación de las familias y los menores e intervención familiar) recaen sobre los recursos de los Servicios Sociales de Base. En sí misma, no hay razones para considerar a esta distribución de funciones como adecuada o inadecuada, pero parece bastante claro que la eficacia del funcionamiento del sistema en su conjunto depende de la capacidad de los Servicios Sociales de Base para dotarse de recursos suficientes.

### LA COORDINACIÓN ENTRE PROFESIONALES Y ENTRE RECURSOS

Los problemas derivados de esta distribución de funciones (bastante generalizada en la mayoría de las CCAA) y de la dotación de recursos que se ha podido alcanzar probablemente se observan cuando se pregunta a los profesionales de la protección infantil su opinión sobre cuáles son los puntos más débiles del sistema. Entre las respuestas a dicha pregunta, probablemente habría un cierto acuerdo en resumir dichos "puntos débiles" en dos: (1) descoordinación y ausencia de criterios comunes entre los diferentes recursos y profesionales e (2) insuficiencia de recursos para afrontar el conjunto de funciones que se deben desempeñar con los menores y sus familias.

Cuando se utilizan los términos de "falta de coordinación" o de "ausencia de criterios comunes", se suele estar haciendo referencia a discrepancias tanto de tipo "vertical", es decir, entre los Servicios Sociales de Base y los Servicios Especializados como de tipo "horizontal", es decir, entre los profesionales de los propios Servicios Sociales de Base y de los propios Servicios Especializados. Tampoco suele hacerse referencia a medidas concretas para resolver tal problema de descoordinación. Más bien, se considera que se trata de un cierto "defecto estructural" del que nunca el que lo afirma se siente responsable. Si tratamos de afrontar con cierta rigurosidad este problema quizá deberíamos puntualizar que para alcanzar una "buena coordinación", en este caso entre los recursos y profesionales de la protección infantil, resultaría imprescindible que todos los profesionales de los diferentes recursos (1) sepan y lleguen al acuerdo sobre "lo que se debe hacer", (2) sepan y lleguen al acuerdo sobre "quién debe hacer" cada una las partes de "todo" lo que se debe hacer, (3) que se disponga de un documento en que se

detallen por escrito las acciones que se deben llevar a cabo en cada una de las situaciones que dichos profesionales deben afrontar, y (4) que se utilice en dicho documento una terminología precisa que permita que cada uno de los profesionales implicados hagan una lectura muy similar de los contenidos.

Desde nuestro punto de vista, resulta de especial relevancia considerar de manera simultánea el tema de la posible descoordinación entre grupos profesionales con el tema de la posible insuficiencia de recursos. La tan deseada coordinación entre profesionales no constituye un objetivo en sí mismo. Se trata, evidentemente, de un medio para alcanzar una intervención de mejor calidad con los menores y sus familias.

En el momento en que se procede a elaborar cualquier documento que señala "todo lo que se debe hacer" en cada uno de los casos en los que se presenta una sospecha de desprotección infantil, es preciso añadir algunas condiciones para que se alcance la deseada coordinación entre profesionales, a la vez que se garantiza que a los menores y a sus familias se les proporcionan los recursos que harían posible alcanzar los objetivos que el sistema de protección persigue: prevenir las situaciones de desprotección y hacer desaparecer las ya existentes, garantizar la satisfacción de las necesidades de los menores, conseguir que los padres y/o madres puedan ser suficientemente competentes para asumir la crianza de sus hijos/as y paliar en los menores las consecuencias derivadas de las situaciones de desprotección.

Llevar a la práctica lo expuesto en el párrafo anterior constituye una responsabilidad ineludible de los sistemas públicos de Servicios Sociales. En términos concretos, resulta imprescindible alcanzar mejoras muy relevantes en los siguientes aspectos:

1. Capacidad de los profesionales de los Servicios Sociales de Base para llevar a cabo la investigación y evaluación de las familias y los menores en posible situación de desprotección.
2. Capacidad de los Servicios Sociales de Base para disponer de programas de intervención con las familias maltratantes que permitan que los menores puedan residir en sus domicilios una vez que sus padres hayan alcanzado la capacitación suficiente para garantizar la satisfacción de las necesidades de sus hijos/as.

Al revisar los posibles problemas de coordinación entre los diferentes profesionales del sistema de protección infantil nos hemos referido únicamente a la relación entre

los dos niveles de los Servicios Sociales. Pero en el sistema de protección infantil juegan un papel muy relevante otros recursos sociales, tales como los Juzgados y la Fiscalía, los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, el sistema educativo y el sistema sanitario. Todos ellos han estado muy implicados y han tenido un papel de gran relevancia a lo largo de los últimos años en el desarrollo de recursos dedicados a tratar las diferentes situaciones de desprotección infantil. Y la coordinación entre ámbitos de la administración tan diferentes y entre profesionales de tan diferente formación siempre resultará complicada.

Pero resulta interesante observar cómo uno de los puntos de fricción más relevantes entre diferentes agentes implicados en las intervenciones con casos de desprotección infantil es el que se produce entre los profesionales de los Servicios Sociales (de Base y Especializados) y los profesionales de Salud Mental. No es preciso justificar aquí que en un porcentaje importante de este tipo de casos existen necesidades de intervención psicológica, ya sea con el propio menor, la familia en su conjunto, la pareja o alguno de los padres. En algunos casos, ya se llevaba a cabo una intervención por parte de los servicios de salud mental antes de que se abriera un expediente relacionado con la protección infantil. En otros, la mayoría, la intervención por parte de los recursos de salud mental se inicia a partir de la evaluación llevada a cabo con motivo de la recepción de una situación confirmada de desprotección infantil. Resulta interesante observar cómo los profesionales de los Servicios Sociales, incluidos los psicólogos/as, consideran que las máximas dificultades para trabajar de manera conjunta en el planteamiento de los objetivos de la intervención y en el desarrollo del tratamiento con este tipo de familias y menores se producen con los profesionales de los recursos de salud mental, tanto psiquiatras como psicólogos/as. La capacidad de los recursos de salud mental para llevar a cabo una actividad de intervención psicológica con este tipo de casos es muy limitada. Pero si esto depende de la ausencia de recursos suficientes, la comunicación entre profesionales depende de la actitud con la que cada uno afronta su rol en cada uno de los casos a los que se enfrenta. Y en este caso, nuestra opinión es que la definición de los objetivos de intervención y la finalidad última de la intervención, y por tanto, la coordinación de la intervención es una responsabilidad de los profesionales de los Servicios Sociales, a quienes, por otra parte, se les debe exigir la adecuada formación para ello.

## DOS NECESIDADES DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL

### *El desarrollo de un "lenguaje común"*

Pero la posible existencia de una escasa coordinación entre profesionales y entre equipos profesionales y de la falta de criterios comunes puede derivarse también de otro problema que atañe no sólo a la protección infantil en España sino también en el ámbito internacional y que en buena medida puede hacerse extensivo a otros ámbitos de la intervención psicosocial.

Se trata de la ausencia de un "lenguaje común", es decir, de las limitaciones de este ámbito de actuación para la utilización de una terminología con significados unívocos que permita a los profesionales comunicarse con la garantía de que se refieren al mismo tipo de situaciones o al mismo tipo de actividad profesional o de recurso de intervención cuando utilizan alguno de los términos que los definen.

En este punto se puede establecer una conexión entre la distribución de funciones entre Servicios Sociales de Base y Servicios Especializados y los problemas que se pueden derivar de la utilización de una terminología que no presenta significados claros y precisos. Tal y como se ha comentado más arriba, la clasificación básica del tipo de casos con los que se trabaja en protección infantil en España establece una diferenciación entre los denominados "casos de riesgo" y los denominados "casos de desamparo". La Ley de Protección Jurídica del Menor vigente desde 1995 es muy poco precisa a la hora de definir ambas condiciones, a pesar de que la propia Ley considera tal legislación como "innovadora". Se dice textualmente "mientras en las situaciones de riesgo, caracterizadas por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar.....en las situaciones de desamparo, donde la gravedad de los hechos aconseja la extracción del menor de la familia...".

Los casos "de riesgo" son competencia de los Servicios Sociales de Base y los casos de "desamparo" de los Especializados. La consideración de un caso como "de riesgo" o de "desamparo" tiene, por tanto, una gran relevancia desde el punto de vista de la organización de los recursos de los servicios sociales. Si en los Servicios Sociales de Base se considera que un caso debe ser catalogado como "de riesgo", en la mayoría de las CCAA, los servicios especializados no llegan a

ser concededores del mismo, con lo cual no hay ninguna posibilidad de que se pudiera presentar algún tipo de desacuerdo en la catalogación de dicho caso. Sin embargo, si los Servicios Sociales de Base valoran que un caso alcanza tal nivel de gravedad como para que deba ser considerado como "desamparo", debe haber un acuerdo en tal consideración para que los Servicios Especializados procedan a la declaración de "desamparo" y, por tanto, a la asunción de la tutela automática y a la apertura de expediente. Por tanto, los desacuerdos, que se producen de manera bastante frecuente, sólo pueden existir en el escaso porcentaje de casos en los que una parte del sistema considera que se ha alcanzado un determinado nivel de gravedad. No es posible saber en la actualidad cuál sería el grado de desacuerdos si todos los casos (tanto "de riesgo" como "de desamparo") tuvieran que ser evaluados por ambas partes del sistema de protección infantil.

El problema que estamos tratando de presentar y describir surge porque en realidad, y tal y como se ha señalado anteriormente, resulta muy difícil encontrar definiciones precisas y unívocas de lo que se entiende por un "menor en situación de riesgo" a diferencia de "un menor en situación de desamparo". En realidad, lo que se está queriendo decir con dichos términos es que un caso "de riesgo" se caracteriza porque la desprotección no es lo suficientemente severa para llegar a ser considerada como "desamparo". Pero probablemente, estaríamos algo más cerca de lo que ocurre en muchas situaciones si consideramos que un profesional considera que un caso es "de riesgo" y no de "desamparo", cuando no se precisa llevar a cabo la separación de su familia de origen. Es decir, que se tiende a catalogar al caso en función de la medida que se cree que se debe de tomar. Y esta medida depende de la gravedad de la desprotección ocurrida, de la posibilidad de que se vuelva a repetir tal desprotección con un grado elevado de severidad, de las hipótesis realizadas sobre la posibilidad de la familia de modificar su situación y, de manera muy relevante, de la propia capacidad de los Servicios Sociales de Base (es decir, de los recursos disponibles) para afrontar la situación familiar con mínimas garantías de alcanzar cierto grado de mejora. Resultaría interesante analizar si se reducirían los porcentajes de casos de desamparo a medida que los Servicios Sociales de Base van aumentando los recursos dedicados a la intervención con las familias en

situación de desprotección dirigida a preservar la presencia del menor en el núcleo familiar.

En cualquier caso, con la mera utilización del término “menor en situación de riesgo”, seguirá resultando casi imposible de saber si un profesional se refiere a un caso de “riesgo de desprotección”, a un caso de “desprotección leve” con *riesgo* de que se produzca algún daño para el niño/a o, por ejemplo, a un caso de “desprotección moderada”, en donde hay *riesgo* de que se pueda alcanzar la situación de “desamparo”. Algunas CCAA y Ayuntamientos han trabajado en los últimos años para incluir en sus Manuales de Procedimiento una terminología alternativa que permita una descripción de las diferentes situaciones con las que trabajan ambos niveles de la Administración. En general, se tiende a diferenciar los casos de “riesgo de desprotección” de aquellos en los que ya se ha producido tal desprotección y, dentro de estos, se tiende a establecer niveles de gravedad en función de unos criterios estrictamente definidos. Se trata con estas iniciativas de garantizar entre los profesionales la utilización de un lenguaje común. En alguna CCAA, en concreto en el País Vasco, se acaba de finalizar un interesante intento de avanzar en este lenguaje común unificando entre todas las entidades competentes (Diputaciones y Ayuntamientos) una serie de criterios que permitan valorar con la máxima fiabilidad la gravedad de las diferentes situaciones de desprotección.

Todos ellos son intentos concretos de abordar una de las posibles razones de la denominada “escasa coordinación” entre profesionales y, en concreto, la que se deriva de la utilización de una terminología inadecuada o definida de manera insuficientemente precisa y de la ausencia de criterios unificados para establecer la consideración de los niveles de gravedad de una determinada situación de desprotección.

No hay espacio suficiente en esta breve revisión para referirse a otros términos habitualmente utilizados en este ámbito de trabajo en los que se da la misma necesidad de promover la utilización de un “lenguaje común”. Pero los profesionales del sistema de protección infantil conocen las dificultades que suelen existir para saber exactamente lo que se quiere decir cuando se habla de “valoración de un caso”, “trabajo con la familia”, “seguimiento”, etc. Pueden resultar evidentes para quien los formula, pero probablemente no significan lo mismo para todas las personas que los leen o los escuchan.

## LA ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS A LAS NECESIDADES

Hemos analizado hasta aquí algunos temas relevantes sobre la existencia en los Servicios Sociales de recursos (profesionales principalmente) suficientes para realizar con máximas garantías de éxito todas las funciones que se haya considerado que se deben llevar a cabo con las familias y los menores. La dotación de recursos humanos es probablemente la principal condición para poder afrontar con éxito las muy complejas competencias de la Protección Infantil. Pero tal dotación de recursos no es en absoluto una garantía de que se pueda proporcionar a los menores y sus familias la calidad exigible al sistema de Protección Infantil.

Creemos que es importante subrayar que la dotación de recursos en los Servicios Sociales (de Base y Especializados) y en otros ámbitos de la administración (sanidad, educación, etc.) debe hacerse siguiendo un principio básico que puede resultar elemental, pero que en raras ocasiones se puede afirmar que se establece como prioridad. Nos referimos al principio de “adecuación de los recursos a las necesidades”.

En el caso de la protección a la infancia existe un acuerdo generalizado basado en aportaciones rigurosas de tipo teórico y empírico según las cuales se considera que la satisfacción de las necesidades psicológicas más relevantes de los menores se consigue viviendo en una familia. Por tanto, parece razonable que uno de los principios fundamentales de la intervención en protección infantil sea el del mantenimiento del menor en su familia o su integración en una familia alternativa. Sólo en aquellos casos en los que para el menor no sea beneficioso el proceso de acogimiento familiar, se considera adecuado que éste viva con otros menores en un recurso de acogimiento residencial a cargo de profesionales especializados.

La aplicación en protección infantil del principio de adecuación de los recursos a las necesidades exige tener claramente precisadas cuáles son en general, para cada edad, las necesidades fundamentales de los menores y cuáles son, en particular, las necesidades de cada uno de los menores que son objeto de protección. A partir de dicha evaluación de las necesidades de los diferentes grupos de menores, la aplicación de dicho principio exigiría la existencia de recursos, suficientes en número y suficientemente diversos en sus características, para adecuarse a las necesidades de cada uno de los menores objeto de protección.

Ya desde hace más de diez años se dispone en España de un importante trabajo editado por el Ministerio de Asuntos Sociales en el que se describen de una manera precisa y rigurosa las necesidades de niños y niñas en los diferentes momentos evolutivos, haciendo un especial esfuerzo por diferenciar las necesidades emocionales, cognitivas, sociales, etc. y por analizar la mejor manera de cubrir dichas necesidades en los diferentes recursos de la protección infantil (López, 1995). Este documento constituye una pieza básica para planificar las características de los diferentes recursos del sistema de protección infantil. Además, se puede aprovechar la experiencia de algunos interesantes proyectos de investigación que se han llevado a cabo en el contexto europeo para poner en práctica este principio de adecuación de los recursos a las necesidades (Little, Madge, Mount, Ryan y Tunnard, 2000).

#### A MODO DE CONCLUSIÓN

En este artículo se ha intentado presentar una revisión sobre algunos aspectos del funcionamiento del sistema de protección en España. A quien ha leído estas páginas le resultará evidente que se trata de una revisión en la que se incluyen una buena parte de valoraciones personales con las que se puede estar más o menos de acuerdo o en desacuerdo. Pero el objetivo no era convencer a nadie de lo que aquí se presenta sino promover la discusión sobre algunos de los puntos que se han considerado más relevantes para afrontar las necesarias mejoras en nuestro sistema de protección infantil.

En estas líneas finales se presentan algunas de las cuestiones que el autor considera más importantes de entre los puntos tratados:

1. Necesidad de garantizar que en el conjunto de España no existen diferencias sustanciales en la capacidad para afrontar las situaciones de maltrato y para hacerlo de forma que mejor garantice el máximo ajuste personal y social de los menores que hayan sido víctimas de maltrato infantil.
2. Garantizar la capacidad de los recursos profesionales de los Servicios Sociales de Base para llevar a cabo la investigación y evaluación de las familias y los menores en posible situación de desprotección con las máximas garantías de que se puede hacer este trabajo de manera completa y con garantías de validez.
3. Garantizar la capacidad de los Servicios Sociales de Base para disponer de programas de intervención con

las familias maltratantes que permitan que los menores puedan residir en sus domicilios una vez que sus padres hayan alcanzado la capacitación suficiente para garantizar la satisfacción de las necesidades de sus hijos/as.

4. Garantizar el desarrollo de los recursos necesarios para que se pueda disponer de suficientes familias acogedoras en las que puedan residir de manera temporal o definitiva todos los menores que no puedan residir con su familia de origen y que sean susceptibles de ser acogidos/as.
5. Garantizar la adecuación de los hogares y centros de acogimiento residencial a las necesidades de todos los menores para quienes este recurso se considere como el único que dispone de los medios suficientes para afrontar su problemática. Esto implica la necesidad de disponer de diferentes tipos de recursos de acogimiento residencial adecuados a las necesidades y características específicas de cada grupo de menores.

#### REFERENCIAS

- Arruabarrena, M. I y De Paúl, J. (2002). Evaluación de una propuesta de tratamiento para familias maltratantes, negligentes y familias alto-riesgo. *Intervención Psicosocial*, 11, 213-228.
- Centro Reina Sofía (2002). *Maltrato Infantil en la Familia. España (1997/98)*. Publicaciones del Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Serie Documentos, vol. 4. Valencia.
- De Paúl, J., Arruabarrena, M. I., Torres, B. y Muñoz, R. (1995). La prevalencia del maltrato infantil en la Provincia de Guipuzcoa. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 49-58.
- De Paúl, J. & Arruabarrena, M. I. (2003). Evaluation of a treatment program for abusive and high-risk families in Spain. *Child Welfare*, LXXXII, 413-442.
- González, O. (2000). Regulación Jurídica de la Protección Infantil. En De Paúl, J. y Arruabarrena, M.I. (eds.). *Manual de Protección Infantil*. Masson. Barcelona.
- Little, M., Madge, J., Mount, K., Ryan, M. y Tunnard, J. (2000). *Matching Needs and Services*. Dartington Academic Press. Dartington, UK.
- López, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- Saldaña, D., Jiménez, J. y Oliva, A. (1995). El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 59-68.

# PROCEDIMIENTO Y CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN Y LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS Y MENORES EN EL ÁMBITO DE LA PROTECCIÓN INFANTIL

## PROCEDURE AND CRITERIA FOR ASSESSMENT AND INTERVENTION WITH FAMILIES AND CHILDREN IN THE AREA OF CHILD PROTECTION

M<sup>a</sup> Ignacia Arruabarrena Madariaga

Universidad del País Vasco

Asociación Dartington-i para el Estudio y la Formación en Protección Infantil

*El artículo revisa los manuales de actuación de algunos Servicios de Protección Infantil de nuestro país para describir el proceso de intervención de estos servicios una vez que tienen conocimiento de la existencia de un niño, niña o adolescente que puede estar siendo víctima de desprotección en su familia. Se revisan los principios y criterios establecidos para las distintas tomas de decisión a adoptar en estos casos en los diferentes momentos del proceso de intervención, con especial atención a las decisiones relacionadas con la separación del niño, niña o adolescente de su familia. Por último se revisan la situación actual en nuestro país, los objetivos y el diseño de los programas de intervención familiar, con una breve reseña sobre sus resultados.*

**Palabras clave:** Desprotección Infantil, Investigación, Evaluación, Intervención Familiar.

*This paper reviews the procedure manuals of some Spanish Child Protection Services in order to describe the intervention process implemented on receipt of reports of suspected child abuse and neglect. The principles and criteria for decision-making at different intervention stages are reviewed, with special attention to the issue of placement in out-of-home care. Finally, we review the current situation, goals and design of family preservation programmes in Spain and briefly discuss their results.*

**Key words:** Child Abuse and Neglect, Investigation, Assessment, Family Preservation.

La detección de las situaciones de desprotección infantil no es fácil. Por una parte, y a diferencia de otros problemas psicosociales, las personas directamente implicadas este tipo de situaciones –menores y adultos- no suelen acudir a los Servicios Sociales informando de su situación y solicitando ayuda. Los motivos que explican este hecho son varios: la propia indefensión e incapacidad de los niños y niñas para acceder a servicios de ayuda, el temor a las consecuencias de informar de la situación –represalias de los adultos, intervención judicial, alejamiento de la familia, etc.-, o la ausencia de conciencia de que dicha situación constituya un problema pues forma parte de la dinámica y el modo habitual de funcionamiento familiar. Así pues, suelen ser otras personas del entorno de la familia quienes habitualmente detectan que existe un problema. Sin embargo, tampoco esto es fácil. La desprotección infantil ocurre en la intimidad del domicilio familiar, en general sin testigos, y en muchos casos no existen indicadores claros y específicos que señalen su presencia. A esto se une el desconocimiento por parte de muchas personas y

profesionales de qué es la desprotección infantil, cuáles son sus tipologías e indicadores –especialmente los menos visibles-, además de la existencia de creencias erróneas sobre el problema, como la de que se trata de una situación que afecta exclusivamente a familias que se desenvuelven en entornos marginales, de bajo estatus socioeconómico y cultural, o a adultos con problemas de salud mental. En otras ocasiones, una persona o profesional detecta que existe un problema en la atención a un niño, niña o adolescente pero hace una valoración incorrecta de su gravedad, al minimizar sus consecuencias o interpretarlo como una costumbre o patrón cultural que debe ser respetado.

Que los Servicios Sociales puedan iniciar un proceso de ayuda hacia los niños, niñas y adolescentes que sufren una situación de desprotección y sus familias requiere, además, no sólo que la situación sea detectada, sino que sea puesta en conocimiento de dichos servicios. Y aquí existe una segunda barrera relacionada con el desconocimiento del papel de los Servicios Sociales y de a quién y cómo informar de las sospechas, la incertidumbre respecto a lo que puede ocurrir tras la notificación, el temor a las represalias de los padres o adultos implicados o a críticas o rechazo por haber realizado la notificación, el temor a lo que puede suceder si las sospechas no se confirman, la desconfianza en la actua-

Correspondencia: M<sup>a</sup> Ignacia Arruabarrena Madariaga. Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Avenida de Tolosa, 70. 20018 San Sebastián. España.  
E-mail: [ignacia.arruabarrena@ehu.es](mailto:ignacia.arruabarrena@ehu.es)

ción de los Servicios Sociales, la incredulidad en las posibilidades de solucionar el problema, o la creencia en la propia capacidad para resolverlo. Por otra parte, muchos ciudadanos y profesionales desconocen la obligación legal que existe de notificar este tipo de situaciones, tal y como establece la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor en su artículo 13, donde señala que *“toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o a sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que necesite”*, añadiendo que *“las autoridades y las personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva”*.

Como consecuencia de lo anterior, y a pesar de que como se señala en artículos precedentes de este monográfico el número de casos de desprotección infantil notificados a los Servicios Sociales en nuestro país ha aumentado en los últimos años, puede afirmarse sin temor a equivocación que en este momento una parte importante de estos casos permanecen ocultos en el entorno familiar. Una parte de ellos no son detectados y, cuando lo son, no siempre son notificados a los Servicios Sociales. Sería aventurado proporcionar cifras sobre el porcentaje de casos de desprotección conocidos por los Servicios Sociales en relación a los realmente existentes. Las cifras que se manejan representan estimaciones de base dudosa. Lo que sí se puede afirmar con seguridad es que en nuestro país: (1) estos porcentajes varían según Comunidades Autónomas e incluso territorios o municipios, dependiendo del esfuerzo realizado en dichos contextos por los Servicios Sociales para promover la sensibilización social, la detección y notificación precoz del problema, y la coordinación interinstitucional, y (2) los casos que llegan a conocimiento de los Servicios Sociales constituyen una parte “sesgada” de los realmente existentes: suelen implicar a niños y niñas de mayor edad –cada vez son más frecuentes las notificaciones referidas a preadolescentes y adolescentes-, ser los de carácter más grave, presentar indicadores físicos –especialmente casos de negligencia-, estar asociados a graves problemas comportamentales en los niños, niñas y adolescentes, y presentarse en familias de estatus socioeconómicos y culturales desfavorecidos.

De esta forma, conseguir una detección y notificación precoz de todos los casos de desprotección infantil constituye en este momento uno de los retos a los que se en-

frentan los Servicios Sociales en nuestro país, y en esta tarea se requiere la colaboración e implicación activa de la población general, de otros sectores de la administración pública, y del conjunto de profesionales que trabajan en el ámbito de infancia y familia. Dicho esto, veamos a continuación cuál es el procedimiento y criterios de actuación que siguen los Servicios Sociales una vez que llega a su conocimiento la existencia de un niño, niña o adolescente que puede estar sufriendo una situación de desprotección de acuerdo a la revisión de los manuales de actuación elaborados en diferentes Comunidades Autónomas (Ayuntamiento de Madrid, 2008; Diputación Foral de Álava, 2004; Diputación Foral de Bizkaia, 2005; Diputación Foral de Gipuzkoa, 2003; Gobierno de Cantabria, 2006, 2007a, 2007b; Gobierno de Navarra, 2003; Gobierno del Principado de Asturias, 2003; Junta de Andalucía, 1999; Junta de Castilla y León, 1995).

#### CONFIRMACIÓN DE LA EXISTENCIA DE LA SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN

*La abuela paterna de Jorge y Luis, de seis y cuatro años de edad, acude a los Servicios Sociales para expresar su preocupación por la situación de los niños. Los menores viven con su madre. El padre, toxicómano, falleció hace dos años. La abuela dice que la madre no se ocupa adecuadamente de los niños. Afirma que éstos le han dicho que su madre suele salir por la noche con su nueva pareja dejándoles solos en casa. Señala que sus nietos suelen ir sucios, que a menudo no tienen nada para comer y que el pequeño tiene un problema cutáneo importante que no es tratado. Dice que les ve tristes y que los niños le han dicho que su madre “les grita mucho y les pega”. Señala que la relación con su nuera es muy mala, y que ésta niega todos estos hechos. Dice que ella no puede intervenir.*

*El centro escolar al que acude Ramón, de ocho años de edad, informa a la trabajadora social municipal de que una profesora le ha sorprendido en el baño del colegio con otros dos niños más pequeños. Al ser preguntados por esta profesora, los dos niños afirman que Ramón les propuso un juego en el que aquél que perdiera debía “chuparle el pito”. Ramón niega los hechos, aunque al día siguiente, ante las preguntas de la misma profesora, reconoce que lo que los otros niños habían dicho era cierto. Ramón dice que había visto esas cosas en películas en su casa y que su padre lo sacaba de la cama y le llevaba a la suya cuando su madre se iba*

*temprano a trabajar. Cuando los padres son citados por la tutora de Ramón para hablar de estos hechos, acude sólo la madre. Ésta reacciona con enfado. Dice que su hijo siempre es “el malo” y que ella y su marido están cansados de esa situación. Resta importancia a lo sucedido, señalando que se trata de “un juego de niños”. El centro escolar afirma que Ramón es un niño con problemas: tiene baja autoestima, se muestra excesivamente introvertido, tiene muchas dificultades para expresar sus sentimientos, presenta dificultades con el lenguaje, no rinde en clase y con frecuencia trae las tareas sin hacer. La relación con los padres es difícil. El padre no suele acudir a las tutorías. La madre tiende a restar importancia a los problemas del niño, y, aunque afirma que va a seguir las indicaciones del centro escolar, no lo suele hacer.*

Éstos constituyen ejemplos típicos de cómo un posible caso de desprotección infantil llega a conocimiento de los Servicios Sociales. En general, la detección de las situaciones de esta índole es realizada por personas o profesionales del entorno de la familia –parientes, vecinos, profesionales de centros escolares, sanitarios, etc.–, aunque cada vez se reciben con mayor frecuencia en los Servicios Sociales demandas de ingresos en centros de protección de adolescentes o preadolescentes con graves problemas de comportamiento y adaptación personal, familiar y/o social formuladas por sus propios padres y madres.

Además de provenir de diferentes fuentes, la notificación de un posible caso de desprotección infantil a los Servicios Sociales puede realizarse de diferentes formas: mediante informe escrito, de forma presencial, telefónicamente, etc. Aunque lo idóneo es que se realice por escrito y con la identificación de la persona que realiza la notificación, los Servicios Sociales tienen la obligación de investigar todas las notificaciones que reciben, sea cual sea la forma en que se realicen, cuenten o no con la identificación del informante, o existan o no dudas sobre la credibilidad de la información aportada. Aunque se reciben notificaciones falsas, no son frecuentes y, a pesar de no haber datos, parece que una parte importante de ellos se producen en situaciones de divorcios o separaciones conflictivas, disputas en relación a la custodia de los niños, niñas o adolescentes, o relaciones familiares muy conflictivas.

Si bien hay un porcentaje de notificaciones en las que la información aportada es suficiente para determinar con claridad que existe una situación de desprotección

infantil, en la mayoría de los casos sólo es indicativa de sospechas. Eso implica que, en un primer momento, los Servicios Sociales han de llevar a cabo un proceso de recogida de información adicional dirigido a:

1. verificar la existencia de desprotección, y
2. valorar su gravedad para determinar si el niño, niña o adolescente corre peligro y es necesario adoptar una medida de protección de urgencia.

Esta fase de intervención, denominada *investigación*, es llevada a cabo por los equipos técnicos de los Servicios Sociales Municipales o Especializados, según el caso y la distribución de competencias establecida en cada Comunidad Autónoma. Se trata de una fase que ha de ser completada de forma rápida, aconsejándose que no supere un plazo de diez o quince días, aunque en los casos de mayor urgencia aparente –en los que se sospecha que puede haber un niño, niña o adolescente en serio peligro– ha de llevarse a cabo de forma inmediata. En esta fase, los Servicios Sociales han de realizar una recogida de información focalizada en la situación del niño, niña o adolescente al que hace referencia la sospecha de desprotección y en el comportamiento de sus padres o responsables legales, sin olvidar a otros hermanos u otros niños, niñas o adolescentes que residan en el domicilio familiar, especialmente los de edades inferiores.

En esta fase, el procedimiento de actuación a seguir por los profesionales de los Servicios Sociales implica:

1. Confirmar si el niño, niña o adolescente o su familia poseen expediente abierto en el servicio.
2. Revisar la información recogida en la notificación, y, si es preciso, mantener una entrevista o contacto adicional con el informante para ampliarla o precisarla.
3. Determinar qué información adicional es preciso recoger, a qué fuentes de información se va a acceder, en qué orden y en qué forma tendrá lugar el contacto. Este proceso puede implicar contactar con los padres o responsables legales, con otras fuentes relevantes e información, y/o acceder al niño, niña o adolescente si fuera necesario.

Siempre que sea posible, es preferible que las primeras personas a las que accedan los Servicios Sociales en la investigación sean los padres o responsables legales para informarles de la obligación legal de los Servicios Sociales, la información de que se dispone y el proceso que se está llevando a cabo, recabar información directa de ellos, e informarles de los pasos que se tiene previsto dar. Se aconseja que se realice visita a domicilio siem-



pre que sea posible, especialmente en los casos de sospecha de negligencia.

Una vez hecho lo anterior, si es necesario los Servicios Sociales han de recabar también información de:

- Testigos de la situación de desprotección, si los hubiere.
- Todos aquellos servicios o profesionales que pueden aportar información sobre la familia y la situación del menor: servicios sanitarios, de salud mental, escuela, guardería, policía, etc. La colaboración de otros profesionales y servicios en esta fase del proceso resulta imprescindible.
- Servicios Sociales de otros municipios en los que haya residido anteriormente la familia.
- Otros miembros del núcleo familiar, parientes o conocidos de la familia que puedan aportar información relevante.

En algunos casos, puede ser necesario que los profesionales de Servicios Sociales tengan que recoger información directa del niño, niña o adolescente. Esto no es necesario en todos los casos, sino sólo cuando la valoración de la existencia de desprotección o su gravedad no haya podido ser determinada a través de fuentes indirectas y el testimonio del menor resulte imprescindible para ese objetivo.

Es importante tener en cuenta que los profesionales de Servicios Sociales no deben entrevistar ni tener contacto directo con ningún menor a menos que sus padres o responsables legales hayan dado su consentimiento explícito. El acceso a un niño, niña o adolescente sin el conocimiento de sus padres o responsables legales únicamente puede justificarse en función del principio de su "interés superior". Esta situación ha de ser completamente excepcional y cuando sea estrictamente imprescindible al no poderse obtener la información por otras vías y existiendo sospechas de que se está produciendo una situación de desprotección grave.

Tradicionalmente, la tarea de investigación –al igual que el resto de tareas del proceso de intervención en estos casos- ha sido llevada a cabo en Servicios Sociales por trabajadores y trabajadoras sociales. La progresiva incorporación de psicólogos y psicólogas a este ámbito ha conllevado que, cada vez de forma más extendida aunque aún no generalizada, trabajadores sociales y psicólogos lleven a cabo esta tarea de forma conjunta, bien en equipos propios de los Servicios Sociales o en equipos concertados.

El papel de los psicólogos y psicólogas en la fase de investigación es importante. Por una parte, su intervención

en la investigación de las sospechas de abuso sexual resulta imprescindible. La investigación de este tipo de casos presenta una serie de características específicas que la convierten en especialmente compleja, requiriendo una formación especializada para llevarla a cabo de forma adecuada y con las garantías necesarias. En estos casos, es frecuente que la confirmación del abuso recaiga de forma exclusiva o principal en el testimonio del niño, niña o adolescente. Las dificultades para recoger dicho testimonio especialmente en determinadas edades o en niños, niñas o adolescentes con características especiales, la necesidad de cuidar la recogida del testimonio para evitar inducir o sugerir el relato, la existencia frecuente de retractaciones, etc. hacen que esta tarea presente una especial complejidad. Sólo psicólogos y psicólogas con formación específica están capacitados para realizar esta tarea de forma adecuada. Si bien existe abundante documentación de otros países respecto a cómo llevar a cabo la investigación de estos casos, las publicaciones en nuestro país son escasas. No obstante, algunas de ellas son destacables por su nivel de actualización y calidad (Intebi, 2008; Juárez, 2006).

Los psicólogos y psicólogas de Servicios Sociales tienen también un papel especialmente importante en el abordaje de la resistencia e incluso oposición que gran parte de las familias presentan en su primer contacto con los Servicios Sociales. La hostilidad, la cólera y la resistencia son reacciones habituales en estos primeros momentos, y han de ser entendidas como reacciones de defensa ante la percepción de la intervención de los Servicios Sociales como una amenaza y una invasión a su privacidad. Los psicólogos y psicólogas tienen un papel importante en el abordaje de estas dificultades y/o en la provisión de orientación a otros profesionales sobre cómo manejar adecuadamente estas situaciones, evitando reacciones o respuestas inadecuadas que incluso pueden reforzar el conflicto y la resistencia de las familias.

En el caso de los psicólogos y psicólogas que trabajan en otro tipo de servicios –por ejemplo, centros escolares, servicios de salud mental, servicios de mediación familiar- o en el ámbito privado, su colaboración con los profesionales de los Servicios Sociales en esta fase resulta de gran importancia. Su relación con el niño, niña o adolescente y/o su familia les hace poseedores de información que puede ser fundamental para que los Servicios Sociales puedan valorar adecuadamente la situación familiar y proponer las actuaciones apropiadas para cada caso. En ocasiones, los psicólogos y psicólo-

gas pueden ser reacios a poner determinada información en conocimiento de los Servicios Sociales, especialmente cuando se les solicita por escrito, al considerar que puede suponer una violación del compromiso de confidencialidad. Ésta es una situación complicada y en absoluto infrecuente. Probablemente su resolución pase por la consideración por parte de los psicólogos y psicólogas, sea cual sea el contexto en el que trabajen, de los intereses del niño, niña o adolescente como prioritarios a cualesquiera otros, el mantenimiento de una postura honesta y clara hacia el paciente o persona –adulto o menor– de la que los Servicios Sociales solicitan información, y la confianza en la actuación de los Servicios Sociales.

Además de lo anterior, los psicólogos y psicólogas externos a Servicios Sociales pueden tener un papel fundamental en facilitar el contacto de los profesionales de Servicios Sociales con la familia, y colaborar con éstos en los procesos de recogida de información, valoración de la misma y toma de decisión sobre la actuación a seguir.

La fase de investigación puede arrojar diferentes conclusiones. Cuando se verifica la existencia de una situación de desprotección, la actuación de los Servicios Sociales dependerá de su gravedad. En los casos en que sea necesario proteger de forma urgente al niño, niña o adolescente por encontrarse en grave peligro, los Servicios Sociales Especializados adoptarán las medidas de urgencia que resulten más adecuadas para posteriormente continuar con el proceso de evaluación. En general, en nuestro país las medidas de protección de urgencia implican la separación del menor de la familia. En el resto de casos en que se verifica la existencia de desprotección pero el niño, niña o adolescente no corre peligro, los Servicios Sociales –Municipales o Especializados, según el caso y la distribución de competencias en cada Comunidad Autónoma– continúan el proceso de evaluación, que se describe a continuación. Es también posible que la investigación no confirme la existencia de desprotección pero tampoco la descarte, persistiendo las sospechas. En ese caso, los Servicios Sociales deben establecer un plan de actuación específico que permita conocer con mayor profundidad lo que está sucediendo en la familia para determinar si la desprotección se está produciendo o no. Por último, la investigación puede concluir en la no existencia de desprotección. En ese caso, y dependiendo de si la familia tiene otro tipo de necesidades, los Servicios Sociales procederán a la gestión

de las ayudas que en su caso resulten pertinentes o a la derivación del caso a otros servicios y el cierre del expediente.

### FASE DE EVALUACIÓN

La *fase de evaluación* sigue a la de investigación y constituye, al igual que la anterior, un período de recogida de información. Se lleva a cabo en los casos en que se ha confirmado la existencia de desprotección. En este momento, la información a recabar por parte de los Servicios Sociales es más amplia, dado que se pretende:

1. Identificar los factores individuales, familiares y sociales que pueden estar relacionados con el origen y mantenimiento de la situación de desprotección, así como los aspectos positivos del funcionamiento familiar.
  2. Valorar cuáles han sido las consecuencias de la desprotección en el proceso de desarrollo físico, cognitivo, psicológico y/o social del niño, niña o adolescente.
  3. Determinar cuáles son las necesidades de tratamiento y apoyo del niño, niña o adolescente y su familia.
  4. Determinar el pronóstico para la capacitación parental.
- Las áreas a explorar para responder a esos objetivos incluyen:

- Historia del caso en los Servicios Sociales.
- Situación socioeconómica de la familia: vivienda, situación económica y situación laboral de los miembros de la familia.
- Situación de los padres, responsables legales o figuras adultas de la familia: historia personal y antecedentes familiares, nivel educativo/cultural, salud física, funcionamiento psicológico y situación emocional, relaciones sociales.
- Situación de los niños, niñas o adolescentes: salud física, área escolar y situación cognitiva, situación emocional y características comportamentales, relaciones sociales.
- Relaciones familiares: relación de pareja, relación padres-hijos, relación entre hermanos, relación con la familia extensa.
- Apoyos con los que cuenta la familia.
- Conciencia de problema y motivación de cambio en los padres o responsables legales.

En esta fase de la intervención, el procedimiento de actuación a seguir por los profesionales de los Servicios Sociales implica:

1. Estudiar la información ya recopilada en relación al caso.

2. Determinar qué información adicional es preciso recoger, a qué fuentes de información se va a acceder, en qué orden y en qué forma tendrá lugar el contacto. En esta fase, los miembros de la familia –adultos y menores– constituyen una fuente esencial de información. Además, al igual que en la fase de investigación, los profesionales de Servicios Sociales solicitarán la colaboración de otros profesionales o personas en contacto con el niño, niña o adolescente y su familia para obtener la información requerida.
3. Salvo si estuviera contraindicado, se han de contrastar las conclusiones y propuestas de la evaluación con los padres o responsables legales (y con el niño, niña o adolescente si fuera apropiado). Esto es muy importante, dado que ayuda a los profesionales a conocer y tener más en cuenta el punto de vista de los padres o responsables legales, ofrece una oportunidad para evaluar y trabajar su grado de conciencia de problema y de motivación de cambio, puede ayudar a reducir su desconfianza, y refuerza su percepción de sentirse respetados.

En general, el plazo de tiempo necesario para llevar a cabo esta tarea se sitúa entre nueve y doce semanas. No obstante, determinados casos son derivados a lo que se conoce como “evaluación en intervención”, donde los plazos de tiempo son más amplios dado que la evaluación se completa tras un período breve de intervención –en torno a seis meses– que permite una recogida de información más exhaustiva y en mayor profundidad y un mayor ajuste en la determinación del pronóstico para la capacitación parental.

La necesidad de la intervención de psicólogos y psicólogas en el proceso de evaluación de los casos de desprotección infantil resulta evidente, más aún que en la fase de investigación. En nuestro país esta necesidad está ya claramente reconocida, y de hecho cada vez es más generalizada la disposición de equipos multidisciplinares propios o concertados –formados por trabajadores y trabajadoras sociales, psicólogos y psicólogas, y en ocasiones educadores y educadoras– para la tarea de evaluación tanto en los Servicios Sociales Municipales como Especializados. En algunos casos estos equipos llevan a cabo las tareas de investigación y evaluación, aunque no es infrecuente que cada una de ellas sea asumida por profesionales o equipos diferentes. Hay que tener en cuenta que hay casos en los que el tipo de relación establecida entre los profesionales y las familias en la fase de investigación, especialmente cuando se

producen situaciones de conflicto, puede provocar que los profesionales queden invalidados para reconstruir una relación de confianza y ayuda con la familia, por lo que resulta aconsejable un cambio de profesionales. Tampoco es infrecuente en Servicios Sociales que las tareas de evaluación y tratamiento sean llevadas a cabo por equipos diferentes, aunque ambas resultan compatibles.

En la fase de evaluación, los psicólogos y psicólogas de Servicios Sociales tienen dos cometidos fundamentales. Uno de ellos consiste en recoger información y valorar el funcionamiento personal y la situación emocional de los padres o responsables legales del menor, el funcionamiento personal y el nivel de desarrollo de los niños, niñas o adolescentes en las diferentes áreas y las características de las relaciones familiares, y determinar posibilidades de cambio y necesidades de tratamiento. Para ello, los profesionales de la psicología disponen de la metodología e instrumentos genéricos propios de su disciplina, así como instrumentos específicos diseñados para ser utilizados en este tipo de casos (Arruabarrena y De Paúl, 1994). Otro de los objetivos de los psicólogos y psicólogas, no menos importante que el anterior, se centra en trabajar conjuntamente con los miembros de su equipo para minimizar la resistencia de los miembros de la familia a la intervención de los Servicios Sociales y crear con ellos una relación positiva y de ayuda que promueva su implicación posterior en el plan de intervención.

Es importante tener en cuenta que la fase de evaluación no es sólo un período de recogida de información, sino que forma parte del propio proceso de intervención. Además de identificar con la familia cuáles son sus dificultades, aspectos positivos y necesidades de forma tal que definan los objetivos de la posterior intervención, la evaluación ha de redefinir dichas dificultades, aspectos positivos y necesidades de una forma tal que la familia pueda aceptarlos. La evaluación no pretende únicamente identificar cuáles son los problemas de la familia; ha de ser utilizada también para preparar a la familia para implicarse en un proceso posterior de cambio. Sin embargo, en la mayoría de ocasiones, la intervención llevada a cabo en esta fase no será suficiente para conseguir que los miembros de la familia adquieran la conciencia de problema y la motivación requeridas para implicarse activamente en dicho proceso. Por ello, en una parte importante de casos, trabajar estos aspectos deberá incluirse como objetivo inicial del tratamiento.

**DISEÑO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN**

La evaluación finaliza y sirve de base al diseño de un plan de intervención o plan de caso individualizado para cada familia que debe definir:

1. La finalidad del plan de intervención
2. En su caso, la medida legal de protección a adoptar: tipo (tutela o guarda), modalidad de guarda (acogimiento en familia extensa o ajena, o acogimiento residencial), temporalización de la medida, otros (por ejemplo, condiciones concretas para la aplicación de la medida -ubicación geográfica, características que debe poseer la familia/centro que acoja al menor para responder a sus necesidades específicas-; régimen de visitas del menor con sus familiares -con/sin visitas, frecuencia, presencia de supervisión externa-).
3. Objetivos, actuaciones y recursos a aplicar. En su caso, motivos de la no coincidencia entre los recursos idóneos y los propuestos
4. Estimación temporal para el desarrollo del plan de intervención
5. Plan de contingencia, es decir, intervención a poner en marcha si el plan principal fracasa (si procede).
6. Acuerdos y compromisos con la familia y con otros servicios.
7. Fecha y lugar previstos para la revisión del plan.
8. Servicio o profesional que va a coordinar la ejecución del plan.

El momento del diseño del plan de intervención reviste una gran importancia, aunque no es el único en el que los profesionales y equipos de los Servicios Sociales deben tomar decisiones que pueden tener un gran impacto en la situación actual y futura de los niños, niñas y adolescentes implicados y sus familias. En realidad, el proceso de intervención de los Servicios Sociales constituye un proceso de toma de decisiones continuadas, entre otros porque el plan de intervención ha de ser revisado periódicamente.

En la actualidad, hay un amplio consenso entre los profesionales de los Servicios Sociales de nuestro país respecto a los principios y criterios técnicos a seguir para adoptar las tomas de decisión que implica el diseño del plan de intervención. Entre ellos destacan los siguientes:

- La intervención de los Servicios Sociales ha de limitarse a los mínimos indispensables para ejercer una función compensatoria y protectora. Su actuación debe llevarse a cabo con la mínima intromisión en la vida del menor y de su familia, lo que implica la preferencia por intervenciones tan breves como sea posible y recursos normalizados, próximos al menor y su familia.

- Los intereses de los niños, niñas y adolescentes deben prevalecer a cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir. Ante la presencia de conflicto entre los intereses de los padres o responsables legales y los intereses del niño, niña o adolescente, se priorizarán los intereses de los segundos.
- Para la mayor parte de los niños y adolescentes, el entorno idóneo para tener cubiertas sus necesidades básicas es una familia, preferentemente la suya propia de origen, en su defecto su familia extensa y en último caso una familia ajena. En los casos de desprotección infantil, los Servicios Sociales tendrán que valorar como primera opción de intervención el mantenimiento del menor en su familia, capacitando a los padres o responsables legales en el rol parental de manera que puedan proporcionar a sus hijos un cuidado adecuado.
- Cuando la capacitación parental no sea factible, los Servicios Sociales deberán valorar la pertinencia de desarrollar intervenciones alternativas de complemento familiar –incluyendo recursos en la familia que asuman a largo plazo el ejercicio de las funciones parentales que los padres o responsables legales no ejercen de forma adecuada- y/o apoyo específico al menor -dirigido a reparar las secuelas de la desprotección y promover sus recursos resilientes-.
- La separación sólo deberá proponerse cuando se constate la imposibilidad de asegurar la protección y el bienestar del menor en su entorno familiar. Cuando se valore necesario proceder a la separación, se deberá trabajar con la finalidad prioritaria de la reunificación familiar. Nunca se deberá proponer una medida de separación de carácter estable sin antes haber constatado claramente o haberlo intentado, a través de la provisión de servicios de apoyo y tratamiento a la familia de origen, que los padres o responsables legales no van a ser capaces de proporcionar al menor un cuidado adecuado a sus necesidades, y/o que el plazo de tiempo que éstos pueden necesitar para ello no es compatible con las necesidades del menor.
- Salvo excepciones, cuando un niño o niña menor de doce años sea separado de forma temporal o estable de su familia, la alternativa idónea es su acogimiento en otra familia (en acogimiento simple si la separación es temporal, y en acogimiento permanente o preadoptivo si la separación es sin perspectivas de retorno). Sólo de manera excepcional las propuestas de separación relativas a niños y niñas menores de doce años deberán incluir un acogimiento residencial. Esta indi-

cación ha de seguirse de manera especialmente rigurosa en el caso de niños y niñas menores de seis años. El acogimiento residencial de estos menores está, salvo excepciones, contraindicado y las excepciones deberán estar debidamente justificadas. Cuando un niño o niña menor de seis años sea orientado a un acogimiento residencial, la duración de su estancia en el centro deberá ser limitada (máximo aconsejable de tres meses), tiempo tras el cual debería ser integrado en una familia (la suya propia si es posible, u otra familia en caso contrario).

- En los casos orientados a un acogimiento familiar, los Servicios Sociales siempre habrán de valorar en primer lugar la opción del acogimiento en familia extensa. Si esta opción responde al interés y necesidades del menor, deberá ser preferente a su acogimiento en familia ajena. Si se propone un acogimiento en familia ajena, es necesario que quede suficientemente acreditada la no existencia, no disponibilidad o no idoneidad/adecuación de familiares del menor que se hagan cargo de su cuidado.
- Cuando tras una separación se constate que la reunificación familiar no es posible o no es conveniente para el menor, deberá proponerse para él un entorno familiar alternativo y estable a través de la adopción o un acogimiento permanente. Esta propuesta debería realizarse en el plazo mínimo de tiempo, especialmente en el caso de niños y niñas de corta edad.
- Independientemente de si se prevé o no el retorno del menor a su familia, cuando éste ya ha establecido vínculos afectivos con su familia de origen, esos vínculos deben ser mantenidos siempre y cuando respondan a su interés y bienestar. La intervención de los Servicios Sociales debe lograr el equilibrio entre mantener esos vínculos y proteger al menor. Los vínculos afectivos incluyen no sólo los establecidos entre el menor y sus padres o responsables legales u otros familiares adultos, sino también los vínculos entre hermanos. Por ello, excepto cuando resulte contraindicado y como criterio general, en los casos de separación deberá orientarse a que los hermanos permanezcan juntos o con el mayor contacto posible.

#### UN BREVE APUNTE SOBRE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR COMO ELEMENTO CLAVE DE LA FASE DE INTERVENCIÓN

Aunque a continuación, en este monográfico, se desarrolla un artículo sobre las intervenciones familiares,

permítasenos hacer un breve comentario. Como se ha señalado anteriormente, y según establece la legislación vigente, en los casos de desprotección infantil los Servicios Sociales deben promover como primera alternativa de intervención la provisión de recursos de apoyo y tratamiento para posibilitar que el niño, niña o adolescente sea atendido adecuadamente en su familia y evitar su separación o, cuando ésta ha sido necesaria, conseguir la reunificación en el menor plazo de tiempo posible.

Una revisión de los recursos puestos en marcha por este tipo de programas a nivel internacional muestra que comparten sus objetivos generales pero presentan una gran variabilidad en el modelo teórico desde el que desarrollan su intervención y en su diseño (Arruabarrena, 2001). Según la intervención que desarrollan, se diferencian tres tipos de programas: intervención en crisis –aún escasamente desarrollados en nuestro país-, capacitación parental y complemento familiar. Una descripción más detallada de los objetivos específicos, destinatarios y duración de cada uno de estos programas puede encontrarse en los manuales de actuación del Ayuntamiento de Madrid (2008) y del Gobierno de Cantabria (2007a, 2007b). Además, hay programas que utilizan exclusivamente modalidades de tratamiento individual, familiar o grupal y programas que combinan varias de ellas. Los recursos de intervención que los programas utilizan en cada modalidad de tratamiento también varían:

- Modalidades de tratamiento individual: Incluyen counselling para adultos y menores, psicoterapia individual para adultos y menores, y educadores y educadoras familiares.
- Modalidades de tratamiento familiar: Terapia familiar.
- Modalidades de tratamiento grupal: Incluyen psicoterapia grupal para adultos y menores, y grupos educativos, de apoyo y de autoayuda para los padres y madres.

La pregunta, a la vista de lo anterior, es evidente: ¿existe un tipo de intervención, con su orientación teórica, recursos y técnicas propias, más eficaz que otros para la intervención con este tipo de familias?. Las investigaciones realizadas a este respecto indican que probablemente no sea apropiado plantearse la pregunta en estos términos, ya que las familias donde se presentan situaciones de desprotección infantil no tienen las mismas dificultades ni por tanto las mismas necesidades de intervención. Aunque tienen ciertas características comunes, no constituyen un grupo homogéneo. De esta

manera, la investigación debe dirigirse a conocer qué modelos de intervención (con sus recursos y técnicas correspondientes) son más eficaces para qué tipo de familias o problemas. Es decir, se busca la especificidad del tratamiento, desechando la idea de un único modelo o estrategia válidos para la multiplicidad de necesidades y problemas de este tipo de familias.

Sin embargo, muchas intervenciones no son evaluadas, y cuando lo son, no siempre se respetan los requisitos metodológicos necesarios para que los datos de la evaluación puedan considerarse válidos o ser generalizados. La mayoría de programas de intervención familiar sometidos a evaluación se basan en modelos teóricos de orientación cognitivo-conductual. Los programas basados en otros modelos teóricos (por ejemplo, sistémico, psicodinámico) carecen, salvo alguna excepción, de evaluaciones mínimamente rigurosas (MacDonald y Winkley, 1999).

En líneas generales, los programas que han obtenido mejores resultados son los de (a) orientación cognitivo-conductual, (b) "integrados" -es decir, que incluyen en su diseño múltiples recursos (de diferentes modalidades), flexibles en el momento e intensidad de aplicación-, (c) contemplando actuaciones coordinadas a tres niveles: padres y madres, niños, niñas y adolescentes, y red de apoyo de la familia, y (d) que desarrollan su intervención, o al menos una parte importante de ella, en el domicilio. En los casos de abuso sexual intrafamiliar, las intervenciones indicadas son las psicoterapéuticas, combinando intervenciones individuales, diádicas, familiares y grupales. Así mismo, se sabe que la eficacia de este tipo de programas depende de varios factores, entre los cuales destacan el momento de inicio del tratamiento (a medida que es más precoz, las posibilidades de éxito aumentan), la provisión del tipo de tratamiento adecuado a las necesidades de la familia (especificidad), el tipo y gravedad de problemas de la familia, y el funcionamiento del resto de recursos y servicios que intervienen en el caso. En líneas generales, la eficacia de los programas de intervención familiar desarrollados hasta ahora con familias con problemas de maltrato físico y abuso sexual es superior a la eficacia de los programas con familias negligentes, donde las cifras de capacitación de los padres y madres no llegan a superar el 40% (Arrubarrena, 2001). De aquí, entre otras, la importancia de las intervenciones de carácter preventivo, especialmente de prevención secundaria -ver por ejemplo el artículo de Trenado,

Pons-Salvador y Cerezo en este monográfico y el trabajo de Rodrigo, Maíquez, Martín y Byrne, 2008-.

En nuestro país, los programas de intervención familiar comienzan a implantarse en los años noventa. Desde esa fecha, su desarrollo ha sido notorio tanto en los Servicios Sociales Municipales como Especializados, aunque puede observarse que:

- su cobertura es aún insuficiente,
- muchos de ellos carecen de un diseño y un procedimiento estructurado de intervención.
- su diseño (población atendida, recursos utilizados, intensidad de los mismos, etc.) es muy diverso, no existiendo una definición homogénea de cuáles son los "recursos mínimos" con los que debe contar un programa de este tipo, y
- la mayoría cuenta con la intervención de trabajadores y trabajadoras sociales y educadores y educadoras familiares, incluyendo la intervención de psicólogos y psicólogas de una forma mucho más limitada.

La escasez de investigaciones sobre los resultados de los programas de intervención familiar desarrollados en nuestro país es notoria. Salvo excepciones que en general están asociadas a experiencias de colaboración entre los Servicios Sociales y el ámbito universitario (p.ej., Arrubarrena y De Paúl, 2002; Cerezo, Dolz, Pons-Salvador y Cantero, 1999; Rodríguez, Rodrigo, Correa, Martín y Maíquez, 2004), no existe una cultura de evaluación. Hacer, "trabajar" con las familias, sin evaluar si lo que se hace es eficaz o no, es un mal endémico de los Servicios Sociales en nuestro país, al menos en el ámbito que nos ocupa tal como ya han señalado algunos autores (Del Valle, 1995). La evaluación es relegada a un lugar secundario en el quehacer profesional, y los psicólogos y psicólogas hemos caído en esa dinámica. La capacitación profesional de los psicólogos y psicólogas no se restringe a la actividad diagnóstica y terapéutica, sino que también estamos o debemos estar preparados para evaluar nuestra propia intervención y los programas en los que participamos. La evaluación debe ser definida como parte integrante e inseparable de la intervención. Es una responsabilidad ética y profesional, máxime en un ámbito de trabajo como éste, donde las necesidades superan ampliamente los recursos disponibles.

#### COMENTARIOS FINALES

En ese artículo se ha realizado una revisión del procedimiento establecido en los manuales de actuación de algunas Comunidades Autónomas en relación a cómo han de intervenir los Servicios Sociales tras la recepción de una

notificación de un posible caso de desprotección infantil y se ha realizado una breve revisión de la situación actual de los programas de intervención familiar. Como se ha señalado en éste y otros artículos de este monográfico, no cabe duda de que la calidad y capacidad de los servicios de atención a los niños, niñas y adolescentes víctimas de desprotección y sus familias ha mejorado notablemente en los últimos años en nuestro país, a lo que ha contribuido, entre otros, la progresiva incorporación de psicólogos y psicólogas. Aunque sigue existiendo una notable diferencia entre cómo se hacen las cosas y cómo deberían hacerse, hoy en día esa distancia es menor que hace unos años. En este proceso, los psicólogos y psicólogas han debido adaptarse y aprender a trabajar con personas inicialmente reacias a su intervención, en muchas ocasiones con capacidades limitadas de introspección y de expresión verbal, con altas tasas de abandonos, desde contextos en ocasiones coercitivos, y conjuntamente con profesionales de otras disciplinas. Los psicólogos y psicólogas han tenido también que crear nuevos marcos de trabajo en relación a la confidencialidad de la información y salir del despacho para intervenir directamente en el contexto en el que se desenvuelven los niños, niñas y adolescentes y sus familias. Para algunos profesionales formados en clínica esta adaptación no ha sido fácil, pero puede afirmarse que como colectivo profesional hemos sido capaces de integrarnos exitosamente en este contexto de trabajo. Nos resta en este momento trabajar de una forma mucho más rigurosa, decidiendo qué tipo de intervención desarrollamos con cada niño, niña o adolescente y con cada familia en base al conocimiento científico disponible y no en base a creencias que en ocasiones no poseen suficiente sustento empírico. Nos resta seguir capacitándonos en técnicas y herramientas para la recogida de información, valoración e intervención en este tipo de casos, y nos resta también ser mucho más rigurosos en la evaluación de los resultados de nuestra intervención. Si así lo hacemos no sólo seremos más capaces de ayudar a los niños, niñas y adolescentes víctimas de desprotección y sus familias, sino que contribuiremos activamente a la mejora de la calidad global del sistema de protección a la infancia y adolescencia.

## REFERENCIAS

- Arruabarrena, M.I. (2001). Evaluación y tratamiento familiar. En J. De Paúl y M.I. Arruabarrena: *Manual de protección infantil* (2ª ed.) (pp. 297-340). Barcelona: Masson.
- Arruabarrena, M.I. y De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Arruabarrena, M.I. y De Paúl, J. (2002). Evaluación de un programa de tratamiento para familias con problemas de maltrato/abandono infantil y familias alto riesgo. *Intervención Psicosocial*, 11, 213-228
- Ayuntamiento de Madrid (2008). *Manual de intervención de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores*. Dirección General de Familia, Infancia y Voluntariado, Ayuntamiento de Madrid (<http://www.munimadrid.es>).
- Cerezo, M.A., Dolz, L., Pons-Salvador, G. y Cantero, M.J. (1999). Prevención de maltrato en infantes: evaluación del impacto de un programa en el desarrollo de los niños. *Anales de Psicología*, 15, 239-250.
- Del Valle, J.F. (1995). Evaluación de programas en Servicios Sociales. En R. Fernández-Ballesteros (ed.): *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 207-239). Madrid: Editorial Síntesis.
- Diputación Foral de Álava (2004). *Guía de actuación para los Servicios Sociales dirigidos a la infancia en el Territorio Histórico de Álava*. Departamento de Asuntos Sociales, Diputación Foral de Álava.
- Diputación Foral de Bizkaia (2005). *Intervención en situaciones de desprotección infantil*. Departamento de Acción Social, Diputación Foral de Bizkaia (<http://www.bizkaia.net>).
- Diputación Foral de Gipuzkoa (2003). *Guía de actuación en situaciones de desprotección infantil. Recepción, investigación, evaluación inicial y elaboración del plan de intervención*. Departamento para los Derechos Humanos, el Empleo y la Inserción Social, Diputación Foral de Gipuzkoa (<http://www.gipuzkoagazteria.net/informazioa/webproteccion/home.htm>).
- Gobierno de Cantabria (2006). *Manual Cantabria. Actuaciones en situaciones de desprotección infantil. Principios generales*. Dirección General de Políticas Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Gobierno de Cantabria (2007a). *Manual Cantabria. Procedimiento y criterios de actuación de los Servicios Sociales de Atención Primaria*. Dirección General de Políticas Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Gobierno de Cantabria (2007b). *Manual Cantabria. Procedimiento y criterios de actuación del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia*. Dirección General de Políticas Sociales, Gobierno de Cantabria.

- Gobierno de Navarra (2003). *Manual de intervención en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad Foral de Navarra*. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud, Gobierno de Navarra.
- Gobierno del Principado de Asturias (2003). *Guía de buena práctica en la intervención social con la infancia, familia y adolescencia. Manual de procedimiento de intervención ante situaciones de desprotección infantil*. Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia, Gobierno del Principado de Asturias.
- Intebi, I. (2008). *Valoración de sospechas de abuso sexual*. Colección Documentos Técnicos 01. Dirección General de Políticas Sociales, Gobierno de Cantabria (<http://www.serviciosocialescantabria.org/pdf/infancia/sospechasAbusoInfantil.pdf>).
- Juarez, J.R. (2006). El menor como testigo: Fundamentos y técnicas. En M.A. Soria y D. Sáiz: *Psicología criminal* (pp. 163-187). Madrid: Pearson Educación.
- Junta de Andalucía (1999). *Manual de intervención de los Servicios de Atención al Niño. Recepción, estudio y diagnóstico de las situaciones de desprotección infantil*. Dirección General de Atención al Niño, Junta de Andalucía.
- Junta de Castilla y León (1995). *Manual de intervención en situaciones de desamparo. Detección, notificación, recepción, investigación, evaluación, plan de caso, intervención*. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Junta de Castilla y León.
- MacDonald, G. y Winkley, A. (1999). *What works in child protection?*. Essex: Barnardo's.
- Rodrigo, M.J., Maíquez, M.L., Martín, J.C. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, G., Rodrigo, M.J., Correa, A., Martín, J.C. y Maíquez, M.L. (2004). Evaluación del programa "Apoyo personal y familiar" para madres y padres en situación de riesgo psicosocial. *Infancia y Aprendizaje*, 27, 437-446.



## PROTEGER A LA INFANCIA: APOYANDO Y ASISTIENDO A LAS FAMILIAS

### PROTECTING THE FAMILY: SUPPORT AND ASSISTANCE FOR FAMILIES

Rosa Trenado, Gemma Pons-Salvador y M<sup>a</sup> Angeles Cerezo  
Universitat de València

Las investigaciones realizadas en las últimas décadas han permitido identificar los factores de riesgo y los procesos relevantes en la dinámica del maltrato infantil, subrayando la importancia de las actuaciones dirigidas a las familias con el objetivo de intervenir en las relaciones familiares disfuncionales promoviendo el buen trato a la infancia.

El presente trabajo se centra en el contexto familiar como objetivo de intervención, especialmente en su vertiente de contexto para la detección temprana y la prevención. Se aborda el tema de las buenas prácticas parentales y el apoyo a familias en la crianza de sus hijos como factores protectores.

Se presenta el Servicio Especializado de Atención a la Familia e Infancia como ilustración de una actuación de intervención y los programas "Apoyo Personal y Familiar" (APF) y Programa de Apoyo Psicológico P/Materno Infantil © (PAPMI), como ilustraciones de programas de prevención evaluados, dirigidos al apoyo a los padres y a la promoción del buen trato a la infancia.

Los datos subrayan la importancia de la prevención primaria especialmente en momentos de crisis económica en los que pueden aumentar los factores que afectan negativamente a la interacción familiar.

**Palabras clave:** Prevención, Buen Trato a la Infancia, Servicio Especializado de Atención a la Familia e Infancia.

Research carried out in recent decades has identified risk factors and relevant processes in the dynamics of child abuse. Such research has highlighted the importance of assisting families, with a view to intervening in dysfunctional parent-child relations and promoting positive parenting, especially for younger children. The present paper focuses on the family context as a target of intervention, especially in the area of early detection and prevention. We consider good parenting practices and support for families in child-rearing as protective factors. The "Servicio Especializado de Atención a la Familia e Infancia" programme is presented as an illustration of intervention. Two evidence-based programmes are also presented as illustrations of prevention strategies: "Apoyo Personal y Familiar" (APF) and Parent Child Psychological Support Program (PCPS). The main goals of these programmes are to provide support for parents in their child-rearing and to promote children's well-being. Our paper highlights the importance of primary prevention and family intervention, which are particularly relevant in times of economic crisis, because those factors affect family life and increase the risk situation for children.

**Key words:** Prevention, Positive Parent-child Practices, Specialized Services for Families and Children.

**L**a familia es una institución dinámica que ha ido cambiando en función de sus contextos sociales, pero sigue siendo una de las instituciones más valoradas y objeto de estudio con el propósito de reunir esfuerzos por parte de los poderes públicos para garantizar la protección de todos los miembros de la unidad familiar.

La familia se constituye en una institución especializada en gratificar necesidades psicológicas de niños y adultos, es de gran importancia para la socialización de los menores y su contribución se especifica en términos de prácticas de parentalidad. Las buenas prácticas con la infancia se resumen en que a los niños y a las niñas se les trate de modo que se perciban a sí mismos

como sujetos, no como objetos. Éste es un requisito fundamental para el adecuado desarrollo de su socialización. La sensibilidad ante las necesidades de los más pequeños, el afecto, la comunicación con ellos, el adecuado establecimiento de normas, la supervisión de las actividades infantiles y la correcta aplicación de la disciplina, son algunas características de las prácticas parentales competentes para garantizar el adecuado desarrollo de los menores (Cerezo y Pons-Salvador, 1999).

La familia en las situaciones más estresantes o conflictivas pueden tener dificultades para interactuar adecuadamente con sus hijos e hijas y por ello es importante que puedan contar con apoyos a todos los niveles: legales, económicos, médicos y psicológicos.

La necesidad de sistemas de protección a la infancia fue enunciada y reconocida en la Declaración sobre los

Correspondencia: Rosa Trenado. Departamento de Psicología Básica. Universitat de València. Unidad de Investigación Agresión y Familia. E-mail: Rosa.M.Trenado@uv.es

Derechos del Niño de 1959 y en la Convención sobre los Derechos del Niño en 1989, subrayando la necesidad urgente de asegurar su bienestar y su desarrollo, estableciendo los derechos que es preciso convertir en realidad para que los niños y niñas desarrollen su pleno potencial y no sufran a causa del hambre, la necesidad, el abandono y los malos tratos. Esta protección a la infancia se puede garantizar consiguiendo su bienestar y desarrollo sano como consecuencia del predominio de experiencias de buenos tratos que han conocido en sus vidas. De esta forma los menores van a ir generando sus propios "sistemas protectores básicos" como recursos para afrontar y superar las dificultades. Estos sistemas protectores operan de tal modo que en la adversidad parecen sostener un desarrollo razonablemente adecuado (Collins y Madsen, 2002; Grotberg, 2003; Jaffe, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas y Taylor, 2007). Algunos de estos recursos protectores se generan en el contexto relacional, especialmente en los primeros años de vida. Un bebé puede desarrollarse adecuadamente si su "mundo", la relación directa con quien le cuida, "funciona" y le transmite seguridad y protección.

Este buen trato no sólo corresponde a lo que sus progenitores o cuidadores principales son capaces de ofrecer, sino también es el resultado de los recursos que una comunidad pone a su servicio para garantizar la satisfacción de las necesidades infantiles y el respeto de sus derechos así como promover, apoyar y rehabilitar las funciones parentales. Por lo tanto, la protección a la infancia es, sobre todo, la consecuencia de los esfuerzos y recursos coordinados que una comunidad pone al servicio del desarrollo integral de todos sus niños y niñas.

En el extremo opuesto a los contextos relacionales que garantizan la protección infantil encontramos la desprotección infantil y el maltrato que se ejerce hacia la infancia. El maltrato infantil aún hoy sigue siendo un problema que se genera en el ámbito privado y que si bien ha pasado al ámbito público, no siempre se han tomado las decisiones más adecuadas para resolverlo.

Desde la investigación sobre el maltrato infantil se ha intentado identificar tanto los factores de riesgo como los factores protectores así como los procesos relevantes en la dinámica del maltrato. Las propuestas de algunos de estos trabajos concluyen que el maltrato infantil se explica en función del ambiente sociocultural, de las características de los progenitores, de las situaciones estresantes concretas que lo desencadenan y de las características del propio niño (Belsky, 1984). De esta dinámica, se

crea un verdadero círculo vicioso de influencias mutuas entre factores que se potencian entre sí, subrayando que estos factores de riesgo no son elementos estáticos. Por lo tanto, esto explica que, a mayor cantidad de factores de riesgo mayor probabilidad de desencadenamiento del prácticas parentales disfuncionales que en caso extremos serán de maltrato hacia los menores (Cerezo y Pons-Salvador, 1996).

El maltrato infantil constituye uno de los fenómenos psico-sociales de mayor impacto sobre la salud de la población infantil, siendo causa de graves trastornos en el desarrollo integral del menor, así como en casos extremos su muerte. Se trata de un problema que presenta múltiples aspectos que justifican y reclaman la atención de la sociedad para atajarlo y ponerle remedio, las consecuencias del maltrato afectan a las víctimas y subrayan la co-responsabilidad que la sociedad tiene con la infancia y la adolescencia (Cerezo, 2002). Los datos nos han hecho conscientes tanto de los graves costes que el maltrato puede suponer como de la importancia de actuaciones que disminuyan este riesgo. De hecho, actualmente existe mucho conocimiento relativo al fenómeno del maltrato infantil así como de las características que garantizan el buen trato. Así, en los últimos años se han realizado avances importantes en las actuaciones hacia el buen trato a la infancia desde todos los sectores. Sin embargo, sigue siendo muy importante incidir en el papel fundamental que ocupa la prevención y realizar un llamamiento para potenciar los esfuerzos en esta área, desarrollando y poniendo en funcionamiento programas que garanticen la calidad y eficacia de sus actuaciones.

La prevención se puede definir a través de aquellas acciones que se disponen y ejecutan con anticipación para evitar que un hecho suceda o, de haberse producido, para evitar que el daño que causa el mismo continúe. Existen diferentes tipos de prevención, desde la prevención "cero" que significa prevenir en sentido global hasta la prevención terciaria dirigida a la intervención tras la identificación de las secuelas e incapacidades que han producido, en este caso las acciones de maltrato infantil.

En este continuo de las acciones dirigidas a la prevención también encontramos la prevención primaria y secundaria, que en el presente trabajo especificaremos con ejemplos de actuaciones concretas.

La prevención primaria es aquella dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de

factores estresores o de riesgo y potenciar los factores protectores. Estas actuaciones pueden incluir: sensibilización y formación de profesionales; promoción de valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad/maternidad; prevención de embarazos no deseados, principalmente en mujeres jóvenes; búsqueda sistemática de factores de riesgo versus factores protectores en los programas de atención a la primera infancia, así como la evaluación de la calidad del vínculo afectivo padres/madres-hijos/as; información sobre los derechos de los niños y las niñas; identificación de los valores y fortalezas de los padres/madres; ...

La prevención secundaria se dirige a la población de riesgo con el objetivo de realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento inmediato, atenuando los factores de riesgo presentes y potenciar los factores protectores. El objetivo global se centra en reconocer situaciones de maltrato infantil, considerando la remisión de la familia a una ayuda especializada y estableciendo estrategias de tratamiento.

La década de los 90 se caracterizó por una mayor proliferación de leyes y recursos en el área de Familia e Infancia derivados de las necesidades de las familias. En esta línea se encuentran servicios dirigidos a la intervención que han permitido subrayar la importancia de programas de detección y prevención primaria. En efecto, los datos indican que los servicios especializados de intervención están experimentando un incremento en la demanda. El pronóstico no es halagüeño ya que todo indica que este incremento continuará, dada la situación económica que atravesamos. En estas circunstancias la prevención se hace precisamente mucho más necesaria, por los beneficios intrínsecos pero también por la reducción de costes sociales y económicos a medio y largo plazo que acompañan al maltrato infantil (Martín-Álvarez, 2002).

El propósito del presente trabajo es revisar algunas de las bases teóricas de la protección a la infancia y aportar la reflexión que se deriva de presentar su aplicación en actuaciones específicas que representan la vertiente de proteger a la infancia cuidando y asistiendo a los cuidadores. En primer lugar, presentamos un modelo de intervención psicológica dirigido a familias en procesos de conflicto o vulnerabilidad, que bajo diferentes denominaciones se aplica en distintas Comunidades Autónomas. En segundo lugar, a modo de ilustración se han seleccionado dos programas de prevención que cuentan con estudios de evaluación: un programa específico diri-

gido a familias en riesgo psicosocial y un programa universalista dirigido a todas las familias con hijos en sus primeros años de vida.

### SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN A LA FAMILIA E INFANCIA

Algunos programas que atienden a la Familia y la Infancia van dirigidos a familias en situación de "alto-riesgo" para prevenir la aparición de situaciones de desprotección infantil. Su objetivo último consiste en evitar el agravamiento de la situación de riesgo y, en consecuencia, evitar la posibilidad de que en el futuro surja una situación de desprotección y pueda ser necesario separar al niño/a de su entorno familiar y social natural. Por tanto, se centran en conseguir tanto que los padres/madres sean capaces de proporcionar un cuidado y una atención adecuada a sus hijos/as, como que los niños/as tengan un proceso de desarrollo sano y normalizado a nivel, físico, afectivo, cognitivo y social. Una vía de consecución de estos objetivos es reduciendo el número, intensidad o impacto de los "factores de riesgo" presentes en la familia y potenciando los "factores protectores" existentes en la propia familia y en su entorno

En el presente trabajo se muestra los Servicios Especializados de Atención a la Familia e Infancia, centrándonos en el modelo de la Comunidad Valenciana donde se denominan abreviadamente "SEAFI". Estos servicios que en su faceta de trabajo con el tema de protección infantil podrían considerarse de prevención secundaria, se vienen desarrollando en la Comunidad Valenciana como respuesta al I y II Plan Integral de la Familia e Infancia (2002 - 2010) (Generalitat Valenciana, 2002; 2007). Estos Planes establecen, entre otros objetivos prioritarios, fortalecer la familia y sus miembros más débiles, apoyar a la familia e infancia en situación de riesgo social u otras situaciones especiales, y desarrollar los Servicios especializados de atención a la familia e infancia.

Hasta el año 2002 los Servicios Especializados de intervención se encontraban centralizados, de modo que los casos que eran detectados por los Servicios Sociales Generales y requerían de atención especializada se derivaban a la Conselleria correspondiente. Desde 2002 la Dirección General de Familia, Menor y Adopciones de la Conselleria de Bienestar Social crea los SEAFIs, que tienen como característica principal el que desempeñen su labor directamente en los municipios, lo que permite el conocimiento directo de la familia y facilita la integración de los distintos recursos de intervención.

De esta forma se promueve la implantación de programas y de servicios con equipos interdisciplinares, que permitan conformar un modelo de atención a la familia en torno a tres niveles: un primer nivel de atención primaria que es realizado por los servicios sociales generales, con funciones de información, asesoramiento, diagnóstico, e intervención; un segundo nivel de atención secundaria desarrollado por equipos específicos y especializados de ámbito local y comarcal donde se sitúan los Servicios Especializados de Atención a la Familia e Infancia y los de Orientación y Mediación Familiar; y un tercer nivel que requerirá una intervención con una mayor especialización.

Los SEAFIs se componen por un equipo interdisciplinar específico y especializado, que actúa en la prevención, atención y el tratamiento de las familias en situación de vulnerabilidad o conflicto (Ciscar, Martínez, Boix, Cutanda y Galduf, 2005). El carácter interdisciplinar del equipo permite líneas de intervención psicosocial y socioeducativa que facilitan un trabajo complementario. La finalidad es ofrecer un servicio gratuito dirigido a familias en las que por su particular problemática precisan una ayuda que les permita conseguir un funcionamiento sano e integrador. Este Servicio debe ofrecer al núcleo familiar en su conjunto y a cada uno de sus miembros individualmente una evolución adecuada, evitando de este modo situaciones de riesgo social y/o desestructuración familiar.

Las necesidades que presentan las familias en demanda de ayuda constituyen la cobertura básica de los SEAFIs. En este contexto, los SEAFIs intervienen en las siguientes situaciones: familias con menores en situación de riesgo y/o menores en situación de guarda o en situación de tutela administrativa; apoyo y seguimiento de familias adoptivas o con menores en acogimiento preadoptivo; apoyo a familias monoparentales; apoyo a familias con conflictos violentos; e intervención con familias en situación de riesgo.

La metodología de trabajo de los SEAFIs, en línea con los procedimientos y protocolos habituales puede resumirse en las siguientes fases:

### **1. Recepción de la familia y recopilación de información previa**

La familia es atendida en un primer momento por los Servicios Sociales Generales en contextos informativo, asistencial y/o de control. En un segundo momento, en un contexto de consulta, los profesionales de Servicios Sociales Generales se reúnen para realizar una valoración

sobre las actuaciones con mejor pronóstico para cada una de las familias (Nacher, 2007). Finalmente, habiendo recopilado toda la información previa se elabora el protocolo de derivación de la familia al SEAFI, describiendo la demanda y la motivación para el cambio que muestra la familia.

### **2. Fase de evaluación línea base de todos los miembros de la unidad familiar**

La evaluación se realiza a través de entrevistas semi-estructuradas, visitas a domicilio para conocer el funcionamiento familiar, la utilización de pruebas psicométricas y mediante metodología observacional, que permiten evaluar el sistema familiar y los subsistemas filial y parental. La evaluación global de la situación familiar requiere el análisis de los factores protectores, las interacciones familiares, los factores de riesgo y la valoración de la gravedad de la situación para los menores que conviven en el núcleo familiar.

Tras la evaluación inicial el equipo profesional valora los resultados obtenidos y elabora un plan de actuación. Esta información queda recogida en el informe de línea base que realizan las profesionales del equipo. En una siguiente sesión, se expone a la familia los resultados y el plan de actuación. Si el plan es aceptado, se solicita a la familia un compromiso de trabajo con el servicio.

### **3. Intervención con la familia**

En esta parte del proceso se ejecuta el plan de actuación, que es el instrumento que va a guiar la intervención con la familia. En el contexto del SEAFI, el objetivo de intervención se centra en generar en la familia conciencia de sus problemas y motivación interna para el cambio, con el fin de alcanzar una mejora de la funcionalidad familiar, que se pueden llevar a cabo mediante tres procesos de intervención: orientación, mediación y terapia familiar.

*La orientación familiar* tiene el objetivo de ayudar a la familia a entender mejor los problemas y a decidir cómo hacerles frente, y consigue mejorar la comunicación y la relación con los otros. Este tipo de intervención dentro del Servicio Especializado de Atención a la Familia e Infancia va dirigido principalmente a las familias que tras una separación quieren pautas para la educación de sus menores o adolescentes, parejas con dificultades de comunicación, familias en las que aparecen conflictos en la interrelación familiar, familias adoptivas o con menores en acogimiento preadoptivo.

La mediación familiar va dirigida a aquellas parejas inmersas en un proceso de separación y que demandan asesoramiento profesional para conseguir acuerdos satisfactorios y duraderos, teniendo presente las necesidades de todos los miembros del grupo familiar, especialmente los menores. La mediación familiar consigue que en una etapa de crisis familiar se obtengan resoluciones produciendo el menor daño a los miembros de la unidad familiar. En el Servicio Especializado de Atención a la Familia e Infancia se dirige la mediación familiar principalmente a parejas que deciden separarse, que están ya inmersas en trámites de separación/divorcio o que desean modificar las medidas previamente establecidas.

Finalmente, la terapia familiar ofrece un proceso de recodificación de mensajes e interacciones familiares que implica aumentar las habilidades en la resolución de problemas. El proceso de terapia familiar incluye la modificación del sistema de relaciones interpersonales, el fomento de las interacciones familiares que estimulan la utilización de interacciones positivas, la delimitación de los subsistemas dentro del contexto general de la familia, la facilitación de la óptima evolución biopsicosocial de todos los miembros de la unidad familiar, el aumento de las prácticas parentales competentes junto con la disminución/eliminación de las incompetentes y, finalmente, la reestructuración de una asimetría funcional sana y equilibrada entre el sistema parental y el filial facilitando interacciones familiares enriquecedoras para todos los miembros de la unidad familiar.

En el SEAFI, la demanda de terapia familiar viene principalmente de familias en situación de riesgo con personas dependientes a su cargo, con conflictos violentos, con menores en situación de riesgo y en situación de guarda y/o tutela administrativa, y con familias monoparentales que tienen dificultades en la parentalidad.

#### 4. Evaluación post intervención

A través de esta evaluación, se observan los cambios logrados tras la intervención y se realiza una valoración de los resultados. Si los objetivos establecidos en el plan de actuación se han cumplido, entonces se realiza un seguimiento de la evolución de la familia y posteriormente se cierra el caso o, si es necesario y oportuno, se deriva a otros recursos. En el caso contrario, si los objetivos no han sido satisfechos el equipo realiza un replanteamiento del plan de actuación, reiniciando una nueva fase de intervención o derivando a la familia a un recurso más

adecuado que garantice la protección de todos sus miembros.

En el año 2008, según información publicada por la Conselleria de Bienestar Social, en la Comunidad Valenciana un total de 109 entidades municipales han dispuesto del SEAFI. La recopilación anual de los datos extraídos de las memorias realizadas por los equipos profesionales de estos servicios (Conselleria de Bienestar Social, 2008) indican que durante el año 2007 los SEAFIs atendieron a un total de 16.276 familias, un 5% más que el año anterior, incrementando en un 10% el total de intervenciones en estas familias. El mayor número de intervenciones recaen en familias en situación de riesgo, que han aumentado en un 5% y que son el 40% de las familias atendidas. La crisis económica ya en 2007 empezó a registrarse como un factor importante que presentaban las familias atendidas en este Servicio. Así mismo en 2007 se redujeron el número de casos de familias en situación de riesgo que se resuelven con pronóstico favorable en un 6%, es decir, que las circunstancias económicas que ahora se presentan como factores de crisis son más difíciles de resolver que antes. Durante el 2008 ha habido un aumento de intervenciones familiares y se ha mantenido la misma tendencia que en el año anterior. Por lo tanto estos datos, junto con los factores sociales que vivimos actualmente, permiten predecir que en 2009 serán más las familias que demanden ayuda a los servicios públicos para resolver sus conflictos familiares.

En este sentido podemos subrayar el importante papel de los Servicios de Prevención Secundaria dirigidos a atender a las familias en situaciones de vulnerabilidad o conflicto. No obstante, también se subraya la necesidad de una política de prevención en materia de acción social, con el objetivo de evitar intervenciones más drásticas y reducir los costes de las interacciones familiares más disfuncionales.

#### PROGRAMAS DE PREVENCIÓN: APOYANDO A LAS FAMILIAS

Entre los programas de prevención que tienen como objetivo el apoyo a las familias y el fomento de las buenas prácticas se pueden distinguir, en razón de la población a la que se dirigen, programas específicos para familias en situación de riesgo psicosocial y programas dirigidos a toda la población. En este trabajo, por motivos de espacio, se han seleccionado como ilustración del primer grupo el Programa "Apoyo Personal y Familiar" (APF)

(Rodríguez, Rodrigo, Correa, Martín y Maiquez, 2004) y como ilustración del segundo El Programa de Apoyo Psicológico P/Materno Infantil © (PAPMI), un programa registrado y propiedad de la Universitat de València, que fue diseñado por Cerezo e implementado por primera vez en un municipio de Valencia en 1990.

### **El Programa "Apoyo Personal y Familiar" (APF)**

El Programa "Apoyo Personal y Familiar" (APF), diseñado por Rodrigo, es un buen ejemplo de actuaciones dirigidas a intervenir grupalmente en familias de riesgo detectadas según los criterios de servicios sociales (Rodríguez et al. 2004). El APF, originalmente desarrollado en la Comunidad Canaria tiene como objetivo fomentar en los progenitores un sentido de competencia personal y que los padres se sientan activos y protagonistas en su tarea de crianza, mediante el cambio de actitudes y creencias relevantes para la crianza y desarrollando la auto-confianza parental (Rodrigo, Maiquez, Correa, Martín y Rodríguez, 2006).

El APF parte de un enfoque positivo y sigue una metodología experiencial, que se estructura en sesiones grupales, semanales, que se extienden por un periodo de 8 meses. Las sesiones son lideradas por profesionales de los servicios sociales, entrenados en seminarios de 2 días intensivos. Los contenidos se articulan en cinco módulos que versan sobre organización familiar, cómo afrontar los problemas infantiles, las situaciones de transición y cambio familiar, comunicación y resolución de problemas y cómo afrontar situaciones conflictivas familiares. Los padres en grupos reducidos observan, mediante viñetas y diversos materiales, episodios de la vida cotidiana donde pueden observar las reacciones de distintos miembros de la familia ante dichos episodios. Los padres son invitados a ponerse en el punto de vista de las personas implicadas, para después reflexionar sobre sus propias concepciones y las consecuencias que de ellas se derivan sobre el comportamiento de sus hijos. A partir de la interpretación de situaciones educativas, se espera que los padres puedan reconstruir sus concepciones e ideas sobre sus hijos y reconceptualizar las prácticas educativas a partir de episodios cotidianos como paso previo para poderlas modificar (Máiquez, Rodrigo, Capote y Vermaes, 2000).

Siguiendo un diseño cuasi-experimental (pretest-postest y solo postest-grupo control) el APF fue evaluado en un estudio en el que participaron 340 madres, de las cuales

185 madres habían realizado el programa y el resto constituyó el grupo control. Los resultados indicaron que el APF fue muy eficaz en el cambio de la percepción que tienen las madres de su competencia: mostraron mayor autoeficacia, locus de control interno y acuerdo marital, y logró cambios moderados las creencias sobre el desarrollo infantil y la educación de los niños. Así mismo las madres informaron de un uso menor de prácticas de crianza inadecuadas, permisivas-negligentes y coercitivas (Rodrigo, Máiquez, Correa, Martín y Rodríguez, 2006; Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008).

### **El Programa de Apoyo Psicológico P/Materno Infantil (PAPMI)**

Un ejemplo de un programa de prevención dirigido a la promoción del buen trato a la primera infancia lo podemos encontrar en El Programa de Apoyo Psicológico P/Materno Infantil © (PAPMI). Se trata de un programa registrado que es propiedad de la Universitat de València, y fue diseñado por Cerezo e implementado por primera vez en un municipio de Valencia en 1990. Se dirige a la totalidad de la población y apoya a la maternidad/paternidad y a la díada "cuidador primario-bebé", sobre una relación que se establece a través de los contactos o citas periódicas que los padres realizan al centro.

Es particularmente relevante centrar la atención de la prevención en el ámbito de la primera infancia por dos motivos principales: la vulnerabilidad del bebé y la disposición de los nuevos padres y madres que se enfrentan a una tarea que desconocen. Así pues, la actuación de apoyo a los padres en esa etapa, del primer año de vida de sus niños, para favorecer una relación fluida madre/padre-hijo y una adecuada resolución de los conflictos, promueve un desarrollo ajustado y óptimo del desarrollo de las competencias del niño (Cerezo, 2004).

En el PAPMI, se abordan de forma individual y personalizada los aspectos de la interacción y el seguimiento de la evolución del niño, de la que se hace a los padres y madres coprotagonistas. Se atiende a los factores protectores y a los factores de inestabilidad y riesgo en su evolución temporal, por tanto de forma dinámica. Este Programa está sujeto a mecanismos de evaluación continua que han permitido validar sus efectos sobre las familias y la promoción de sus prácticas parentales competentes, (Cerezo, Cantero y Alhambra, 1997; Cerezo, Dolz, Pons-Salvador y Cantero, 1999; Cerezo y Pons-Salvador, 1999).

El PAPMI se basa en estos presupuestos, reconociendo el papel esencial de la familia como núcleo socializador y sustentador emocional y afectivo de sus miembros, en particular de los niños. Se destaca el reconocimiento de la capacidad de los padres y madres de cambiar y mejorar para ejercer sus tareas de parentalidad de un modo más competente y de enriquecer el desarrollo de su hijo.

El desarrollo de un apego infantil seguro, como indicador de una interacción satisfactoria a lo largo del primer año de vida, se puede considerar como un sistema protector básico que posibilita el afrontamiento ante las dificultades, en mejores condiciones (Pons-Salvador, 2007). Por tanto, uno de los aspectos relativos al impacto del Programa PAPMI se desarrolla en torno a su efecto sobre la cualidad del apego que desarrolla el niño. Se han realizado diversos estudios que muestran que a mayor número de visitas más probabilidad de apego seguro, contrastado con grupos de comparación que no han estado expuestos a la intervención del Programa, (Cerezo, Pons-Salvador y Trenado, 2008).

En concreto, una investigación reciente realizada con un total de 342 díadas, mostraba que un 85,4% de los niños que acudían al programa con sus padres a más de cuatro visitas desarrollaron un apego seguro, según la evaluación que se les realizó a los 15 meses en la que se utiliza el tradicional test situacional de Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). Esta proporción de niños con apego seguro fue descendiendo a medida que disminuía el número de visitas, de modo que con tres visitas la proporción de niños con apego seguro fue igual a 78,4% y en el grupo de comparación, asistiendo a la primera y la última visita, descendió a un 68,8% (Cerezo y cols., 2008; Cerezo, Trenado y Pons-Salvador, en prensa). Estos resultados son similares a los obtenidos en un grupo de 312 diadas irlandesas, lugar en el que el Programa se adaptó y viene operando desde 2001 (Cerezo, 2007).

Estos resultados ilustran el interés de traducir en acción, principios y fundamentos teóricos relacionados con la prevención del maltrato infantil y la promoción del bienestar. El formato particular de programas innovadores, como los presentados en este trabajo, muestran la viabilidad de este tipo de aproximación. La investigación presente y futura determinará los componentes esenciales de la intervención, pero los resultados a lo largo de todos estos años son alentadores e indican una vía de trabajo fructífera.

## CONCLUSIÓN

En estas líneas hemos subrayado la importancia de proteger a la infancia, con ejemplos que indican modelos de apoyo y asistencia a las familias en el que se apuesta por la prevención y la detección precoz. En concreto, destacamos la necesidad de normalizar los servicios de carácter preventivo dirigidos a la atención a las familias, especialmente en zonas y períodos temporales de alta vulnerabilidad

Los costes del maltrato infantil incluyen gastos económicos directos e indirectos relacionados con las inversiones que se realizan en los servicios de protección al menor, las instituciones de guardia y custodia, las familias de acogida, gastos de salud, tratamiento de lesiones, costes de educación especial, atención psicológica del menor víctima de malos tratos, instituciones de justicia para menores que delinquen, criminalidad de adultos y pérdidas "impositivas" por muerte del menor, entre otros.

Pero, no sólo podemos hablar de los costes económicos. Cuando un niño o niña crece en un contexto relacional en el que se suceden las acciones de maltrato, es probable que en su vida adulta persistan las consecuencias de esos malos tratos. Las víctimas de estas vivencias con frecuencia en su vida adulta presentan baja autoestima, acciones violentas o destructivas, consumo excesivo de drogas o alcohol, matrimonios conflictivos, problemas en la crianza de sus hijos, problemas en el trabajo, pensamientos de suicidio, desarreglos alimentarios, problemas sexuales, problemas de sueños, depresión, ansiedad generalizada, etc. (Corso, Edwards, Fang y Mercy, 2008; Chapman, Anda, Felitti, Dube, Edwards y Whitfield, 2004; Edwards, Holden, Anda y Felitti, 2003).

Los tratos inadecuados hacia los menores tienen múltiples consecuencias negativas, por lo que se requiere de un abordaje con énfasis preventivo. Desde hace más de treinta años, las investigaciones han subrayado con diferentes experiencias en varias instituciones y organismos privados y públicos, que las acciones que intenten evitar la aparición de un fenómeno que afecta la salud psicológica o emocional es más útil y económica que intervenir cuando ya todo ha sucedido (Butchart, Phinne, Mian y Fűrnis, 2006; ISPCAN, 2008).

Por lo tanto, es necesaria una inversión continuada, tanto en tiempo como en recursos, a fin de llevar a cabo la ampliación a escala de acciones preventivas de manera constante. Una vez tras otra se constata que cuando los gobiernos toman la iniciativa y se comprometen a ex-

pandir programas piloto y proyectos de pequeña escala que han tenido éxito, estas iniciativas pueden alcanzar rápidamente una cobertura nacional.

Los esfuerzos deben dirigirse a dar un paso efectivo de la protección de la infancia a la prevención, considerando que la mejor política de protección es la propia prevención. Además, es importante garantizar que las estrategias de prevención de maltrato en la infancia sean realistas y efectivas.

Los datos indican un incremento del número de familias que están recibiendo intervención, orientación o mediación familiar desde los servicios especializados. Por lo tanto, se subraya la necesidad de incrementar las actuaciones de prevención que disminuyan los costes directos e indirectos de las prácticas parentales disfuncionales, que en casos extremos llegarán al maltrato infantil, así como el "dolor invisible" que sufre la infancia. La prevención y la intervención tienen que proporcionar protección acumulativa ante una vida que es dinámica y trae consigo diferentes estresores y riesgos para los más vulnerables.

Finalmente dirigimos la mirada hacia el equipo profesional, dado que los Programas y Servicios destinados a la familia e infancia dependen en gran parte del compromiso de los profesionales que están al frente. Cualquier programa que se declare coherente y adecuado en relación a la protección infantil, debe tener en su interior un dispositivo para despertar, promover, mantener y proteger la implicación emocional, ética y política de los profesionales

Por último, queremos subrayar que es importante insistir en la responsabilidad de cada adulto, cada comunidad y cada Estado, para crear las condiciones que garantizan que todos los niños y niñas tengan acceso a los cuidados, la protección y la educación que necesitan para llegar a la adolescencia y luego integrar la vida adulta, de una forma sana, constructiva y feliz.

#### AGRADECIMIENTO

La preparación de este artículo ha sido parcialmente financiada por el Proyecto SEJ2006-14377 del Plan Nacional.

#### REFERENCIAS

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978): *Patterns of attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale. N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

- Belsky, J. (1984): The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Butchart, A., Harvey, A.P., Mian, M. y Fűrnis, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Eds. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Cerezo, M.A. (2002). Coste humano, social y económico del maltrato infantil. En M.A. Cerezo y G. Pons-Salvador (Eds.). *El valor del buen trato a la infancia. Coste humano, social y económico del maltrato*. (p. 13-40). Valencia: C.S.V.
- Cerezo, M. A. (2004). Afrontando soledades: recursos contra la depresión. Conferencia invitada por la UIMP en el *Seminario Internacional sobre Familia y Depresión: los retos del nuevo milenio*. Valencia.
- Cerezo, M.A. (Noviembre, 2007). The Parent-Child Psychological Support Program (PCPS): Five years operating in Ireland. Comunicación presentada en el *XI ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect*, Lisboa, Portugal.
- Cerezo, M.A., Cantero, M.J. y Alhambra, M.S. (1997). Mejora de la competencia materna en la prevención del maltrato infantil. Resultados preliminares. *Infancia y aprendizaje*, 80, 101-112.
- Cerezo, M.A., Dolz, L., Pons-Salvador, G. y Cantero, M.J. (1999). Prevención de maltrato en infantes: evaluación del impacto de un programa en el desarrollo de los niños. *Anales de Psicología*, 15, 2, 239-250.
- Cerezo, M.A. y Pons-Salvador, G. (1996). Ecosystem Adversity as Setting Factors in Mother's Judgment of Child Behavior and Indiscriminate Mothering. *European Journal of Psychological Assessment*, 12 (2), 103-111.
- Cerezo M.A. y Pons-Salvador, G. (1999). Supporting appropriate parenting practices. A preventive approach of infant maltreatment in a community context. *International Journal of Child and Family Welfare*, 99(1), 42-61.
- Cerezo, M.A., Pons-Salvador, G. y Trenado, R. (Septiembre, 2008). Child Abuse Potential and quality of mother-child attachment in the context of a community based prevention program. Comunicación presentada en el *XVIIth ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect*. Hong Kong SAR. China.
- Cerezo, M.A., Trenado, R.M. y Pons-Salvador (en prensa). Prevención del maltrato infantil. El apoyo a los



- padres y sus relaciones con los hijos y el fomento de las buenas prácticas. En Gómez-Bengochea, B. (Coord.). *Violencia Intrafamiliar: hacia unas relaciones familiares sin violencia*. Instituto Universitario de la Familia. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.
- Chapman, D.P., Anda, R.F., Felitti, V.J., Dube S.R., Edwards, V.J. y Whitfield, C.L. (2004). Epidemiology of Adverse Childhood Experiences and Depressive Disorders In a Large Health Maintenance Organization Population. *Journal of Affective Disorders*, 82 (2): 217-225.
- Ciscar, E., Martínez, C., Boix, V., Cutanda, N. y Galduf, M.J. (2005). *SEAFI Camp de Túria: un modelo de funcionamiento*. Ed. Mancomunitat del Camp de Túria.
- Collins, W. A., y Madsen, S. D. (2002). Developmental change in parenting interactions. In L. Kuczynski, (Ed.), *Handbook of dynamics in parent-child relations* (pp. 49-66). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Conselleria de Bienestar Social (2008). *Memorias anuales de los Servicios Especializados de Atención a la Familia e Infancia*. Documento no publicado. Conselleria de Bienestar Social. Valencia.
- Corso, P.S., Edwards, V.J., Fang, X. y Mercy, J.A. (2008). Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *American Journal of Public Health*; 98: 1094-1100.
- Edwards, V.J., Holden, G.W., Anda, R.F., y Felitti, V.J. (2003). Experiencing Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health: Results from the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Psychiatry*, 160 (8): 1453-1460.
- Generalitat Valenciana (2002). *I Plan integral de la familia e infancia de la Comunidad Valenciana 2002-2005*. Conselleria de Bienestar Social. Valencia.
- Generalitat Valenciana (2007). *II Plan integral de la familia e infancia de la Comunidad Valenciana 2007-2010*. Conselleria de Bienestar Social. Valencia.
- Grotberg, E.H. (2003). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Paidós.
- ISPCAN (2008). *World Perspective on Child Abuse. Eight Edition. Publication of the International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect*. Hong-Kong.
- Jaffe, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomas, M., y Taylor, A. (2007). Individual, family and neighborhood factors distinguish resilient and non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse and Neglect*, 31(3), 231-239
- Máiquez, M.L., Rodrigo, M.J., Capote, C. y Vermaes, I. (2000). *Aprender en la vida cotidiana: un programa experiencial para padres*. Visor. Madrid.
- Martín-Alvarez, (2002). Los beneficios del buen trato a la infancia. En M.A. Cerezo y G. Pons-Salvador (Eds.). *El valor del buen trato a la infancia. Coste humano, social y económico del maltrato*. (p. 5-12). Valencia: C.S.V.
- Nacher, C. (2007). Valoración de la familia multiproblema. *II Jornadas de Formación de los SEAFIs. Los Servicios Especializados: propuesta ante las familias con menores en situación de riesgo*. Valencia.
- Pons-Salvador, G (2004). El buen trato a la infancia desde la parentalidad: Trabajando la prevención. *VII Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. Madrid.
- Pons-Salvador, G (2007). El apoyo a los padres para mejorar el vínculo afectivo en la primera infancia. En EVES (Eds.) *Violencia en la Infancia en el Ámbito Familiar*. (p.71-80). Valencia: Generalitat Valenciana.
- Pons-Salvador, G., Cerezo, M.A. y Bernabé, G. (2005). Cambio y estabilidad en los factores que afectan negativamente a la parentalidad. *Psicothema*, vol. 17(1), 31-36.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L.,Correa, A. D., Martín, J. C. y Rodríguez, G. (2006). Outcome evaluation of a community center-based program for mothers at high psychosocial risk. *Child Abuse and Neglect* 30 (9), 1049-1064.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., Martín, J.C. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.

# EL ACOGIMIENTO FAMILIAR EN ESPAÑA: IMPLANTACIÓN Y RETOS ACTUALES

## FOSTER CARE IN SPAIN: ITS ESTABLISHMENT AND CURRENT CHALLENGES

Jorge F. del Valle, Amaia Bravo y Mónica López  
Universidad de Oviedo

*El acogimiento familiar, introducido ya en la Ley de 1987 que creó un nuevo sistema de protección infantil en España, se planteó como la gran alternativa para aquellos niños y niñas que tuvieran que ser separados de sus familias. Hasta entonces la medida, casi exclusiva, para estas situaciones era el ingreso en un centro u hogar de acogida, donde permanecían largos años cuando no toda su infancia hasta la mayoría de edad. Esta prioridad de que los niños estén desarrollándose siempre en el seno de una familia es una de las cuestiones de mayor consenso legal, científico y profesional. Sin embargo, en los veinte años transcurridos, el acogimiento familiar no acaba de constituirse en esa medida prioritaria y el acogimiento residencial sigue siendo la medida predominante. Este artículo analiza los detalles de esta situación actual, el desarrollo habido en estos años y lo que la investigación nos enseña sobre esta realidad y sus retos.*

**Palabras clave:** Acogimiento Familiar, Protección Infantil, Maltrato Infantil.

*Foster care was introduced in Spain in 1987, when new legislation created a child care system that was intended to provide a better alternative for children needing out-of-home placement. Until then, practically the only option had been residential care, in which children often remained for many years, if not indeed their entire childhood. Prioritizing the opportunity for children to grow up in a family is one of the issues on which there is greatest consensus among lawyers, researchers and practitioners. However, in the twenty-odd years since its introduction, foster care has failed to become established as the priority option, and residential care continues to predominate. This paper considers the historical development of foster care, analyzes the current situation in detail, and looks at the lessons learned from the research so far and challenges for the future.*

**Key words:** Foster Care, Child Care, Child Abuse.

**E**l acogimiento familiar cuenta con una larga tradición en muchos países de nuestro entorno. La idea de que los niños que carecen de una familia puedan ser acogidos por otra que pueda llevar a cabo la responsabilidad de la educación y el cuidado de estos niños en todos los aspectos necesarios, cuenta efectivamente con siglos de tradición, aunque con formas muy diferentes dependiendo de cada cultura.

Ya en el reglamento de la inclusa de Madrid en el siglo XVIII, junto a la normativa que regulaba la recogida de los niños del torno, se recomendaba mantener al menor número de criaturas en la institución, y que los niños fueran en su mayoría criados en los pueblos cercanos a la capital. Para ello se buscaban nodrizas a cambio de un salario, siempre muy reducido, hasta que alcanzaban la edad de siete años (Trinidad, 1996). Existió también la figura del prohijamiento, regulada ya en la Ley de la Beneficencia de 1822, e incluso en una Real Cédula de 1796, mediante la cual los menores de edad se incorpo-

rabán a la convivencia con una nueva familia con carácter permanente, de modo que transcurridos una serie de años, podría darse una adopción. En este sentido, podría asimilarse más bien al acogimiento preadoptivo actual.

Sin embargo, en España, como señalan Caparrós y Jiménez-Aybar (2001) “no existe concretamente un antecedente (o precedente) del acogimiento familiar tal y como hoy lo conocemos” (pág.: 19). Esta figura se introduce en nuestro país mediante la Ley 21/1987, de 11 de noviembre, de Reforma del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en Materia de Adopción y de Otras Formas de Protección de Menores. El acogimiento familiar queda definido como aquella situación en la que el menor de edad obtiene la plena participación en la vida de la familia acogedora, teniendo ésta las obligaciones de velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral (obligaciones coincidentes con algunos deberes inherentes al ejercicio de la patria potestad).

Es importante destacar que esta ley de 1987 supuso un cambio radical de toda la acción social en favor de la

protección de menores que se venía realizando hasta ese momento. La tradición española en esta materia se caracterizó por el movimiento de institucionalización, ya desde las inclusas y los hospicios a partir del siglo XVII, una práctica que se vio reforzada durante el franquismo con la actuación de distintos organismos como el Patronato de Protección de Menores, el Auxilio Social, o las obras benéficas de las diputaciones. Todos ellos crearon su propia red de instituciones y centros de acogida de menores donde eran internados no sólo los niños huérfanos, abandonados o maltratados, sino también los que eran "rescatados" de situaciones familiares caracterizadas por la pobreza o graves carencias (Del Valle y Fuertes, 2000).

El antecedente más parecido al acogimiento familiar sería la *colocación familiar*, regulada ya durante la Guerra Civil mediante la Orden de 1 de abril de 1937 para la atención a niños huérfanos y abandonados, pero que sería recogida e impulsada en el Texto Refundido sobre Tribunales Tutelares de Menores y Protección de Menores de 1948. Entre las medidas de protección que estos Tribunales podían aplicar a los padres que no ejercían sus deberes de educación y cuidado de los hijos se establecía la suspensión del derecho a la guarda y educación del menor. Como consecuencia de ello, el niño era entregado a la Junta de Protección de Menores, quien podía colocarlo en un centro de menores o en una familia. En el caso de la colocación familiar se exigía que fuera una familia completa (que tuviera padre y madre), que llevara una vida de indiscutible honorabilidad, y que su vivienda fuera lo suficientemente amplia.

Un antecedente peculiar ha sido la práctica de la forma jurídica de la *guarda y custodia* llevada a cabo en España por MACI (Movimiento de Atención a Cierta Infancia) impulsado primeramente en Cataluña desde 1975 por iniciativa de L. Sanz, un religioso comprometido con la infancia desprotegida. Mediante acuerdo con los Tribunales Tutelares de Menores de numerosas provincias esta asociación se establecía en ellas con el objetivo de colocar en familia a menores que estuvieran alojados en instituciones en situación de abandono o semi-abandono (escasas visitas, difícil pronóstico de recuperación familiar, etc.). Se solicitaba una medida de guarda y custodia a cargo de una familia que era seleccionada previamente por la propia entidad (MACI) y si la convivencia se alargaba en el tiempo, con una adecuada vinculación entre guardadores y menores, se procedía a solicitar la adopción. En este sentido cabe hablar tam-

bién de una práctica de lo que hoy sería el acogimiento preadoptivo (Amorós y Palacios, 2004).

Cabe decir, por tanto, que la posibilidad de que un menor desprotegido fuera acogido por otra familia, de manera temporal o sustitutiva, estaba ya presente en nuestra legislación desde los años cuarenta. Sin embargo, su aplicación no fue prioritaria y nunca supuso una alternativa mínimamente relevante a la gran institucionalización de los menores en España. Este desarrollo histórico nos diferencia claramente de la mayoría de los países europeos y muy especialmente de la tradición anglosajona. Ya a mediados del siglo XIX en los Estados Unidos comienza el movimiento de llamado "tren de huérfanos" cuya misión era transportar a los huérfanos y abandonados desde las grandes instituciones urbanas hasta las colonias rurales donde estos niños eran acogidos por familias (Askeland, 2006). La profesionalización del trabajo social y la incorporación de la psicología y otras ciencias sociales al terreno de la protección infantil hace que ya a principios del siglo XX en Inglaterra y Estados Unidos se plantee la prioridad del acogimiento familiar, e incluso del apoyo a las familias en el tratamiento de estos casos.

En España hemos tenido que esperar hasta 1987 para que la figura del acogimiento familiar fuera regulada y, sobre todo, definida como la prioritaria frente a la institucionalización imperante hasta ese momento. Consecuentemente, las cifras de protección a la infancia a finales del siglo XX nos indican que la situación española es de un claro predominio de las altas en acogimiento residencial frente a las que se producen en acogimiento familiar, mientras que en los países anglosajones la situación es a la inversa y en los países europeos se tiende a un reparto equitativo entre ambas medidas (Casas, 1993; Colton y Hellinckx, 1993).

Podemos afirmar que el acogimiento familiar es una de las grandes asignaturas pendientes de nuestra protección infantil, aunque conviene puntualizar que todo el sistema ha sufrido un enorme retraso con respecto a la mayoría de los países de nuestro entorno y que no menos importante ha sido el que ha sufrido la implantación de los programas de preservación y apoyo familiar, o la modernización de los hogares de acogimiento residencial y el desarrollo de procesos técnicos de apoyo a las adopciones. Las décadas de los ochenta y noventa han sido el escenario de la transición española desde la beneficencia hasta los servicios propios de un Estado del Bienestar y, dentro de ellos, de un sistema de protección

infantil centrado en los derechos del niño y su supremo interés. En este contexto el acogimiento familiar viene a dar respuesta al derecho fundamental de todo niño de crecer y desarrollarse en el contexto de una familia.

### DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍAS

El acogimiento familiar tiene muchas modalidades dependiendo de varios criterios. Aunque la Ley 21/87 no estableció ninguna modalidad, la *Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor* definió distintos tipos, ampliando las posibilidades de que el acogimiento familiar cubra muy diversas necesidades de los niños. Por una parte, según la finalidad, se estableció que podría ser simple (de breve duración y con finalidad de retorno a la familia, una vez superada la situación que originó el problema) o permanente (casos prolongados sin otra alternativa). A ello se añadía el acogimiento preadoptivo, paso previo a una adopción, pero que en las investigaciones sobre acogimiento se suele obviar, ya que pertenece al ámbito de los programas de adopción.

Por la forma en que se constituye puede tratarse de un acogimiento administrativo, acordado por las partes ante la Administración, o de tipo judicial, cuando se hace necesaria la intervención del juez por desacuerdo de los padres del menor. Una aportación de enorme valor de esta ley fue la posibilidad del acogimiento provisional, que permite poner en acogimiento familiar a un niño de manera inmediata, aunque no exista consentimiento de los padres, en tanto se resuelve el contencioso. Hasta ese momento, sin acuerdo de los padres no había más solución que el acogimiento residencial a la espera de una decisión judicial. Actualmente, esa espera puede transcurrir en acogimiento familiar provisional, evitando la necesidad de la estancia en hogares, algo que resulta de enorme utilidad para los niños más pequeños.

Otras modalidades ya son de índole técnica y no establecida en las leyes. Por ejemplo, la que distingue entre que los acogedores sean parientes o allegados, denominado en familia extensa, y los acogimientos con familias extrañas al niño, llamados acogimiento en familia ajena. También se utiliza el término de acogimiento de urgencia o diagnóstico para una modalidad cuya finalidad es similar a la que realizan los hogares de primera acogida, actuando como receptores de urgencias y permitiendo un tiempo de evaluación del caso para tomar decisiones (el acogimiento provisional, ya comentado, da unas posibilidades enormes para su uso). También se distingue entre acogimientos ordinarios o especializados, siendo

estos últimos casos de niños y niñas con especiales necesidades de atención por motivos de salud, problemas de desarrollo, o bien situaciones de difícil acogida por otras características como ser ya de mayor edad (adolescentes, por ejemplo), implicar una acogida de un grupo de hermanos, etc.

Finalmente, una de las tipologías actualmente sopesada por varias administraciones es la del acogimiento profesionalizado. Se trataría de acogedores que presentan una total disposición y dedicación a cambio de percibir una remuneración similar a un salario (o propiamente un salario). Lógicamente, esta modalidad estaría concebida para disponer de acogedores en aquellos casos de niños o adolescentes que requieren una atención muy intensiva o de especial dificultad. Otra razón puede ser el contar con familias acogedoras siempre dispuestas, sin correr el riesgo de que en un momento dado no existan familias para un determinado niño. Hasta ahora es una práctica casi inexistente en España pero empieza a haber administraciones que arrancan con programas piloto (por ejemplo en la Diputación de Guipúzcoa).

### EL ACOGIMIENTO FAMILIAR EN CIFRAS

La Ley 21/87 no solo reguló el acogimiento familiar, sino que lo enmarcó en la prioridad de que los niños privados de un adecuado ambiente familiar recibieran cuidados sustitutivos en el marco de otra familia y no necesariamente en un centro de menores. Posteriormente la Ley Orgánica 1/1996 desarrolló esta idea, ampliando las posibilidades del acogimiento familiar mediante nuevas modalidades y facilitando su aplicación. Es evidente que la apuesta por el acogimiento familiar fue rotunda, y que desde un plano teórico no había duda de que esta era la medida más beneficiosa para los menores desprotegidos cuando no podían ser mantenidos con sus familias. Frente a este planteamiento se alzaba la fuerte inercia de una tradición de siglos de utilización de las instituciones de acogida de menores como alternativa enormemente sencilla, y para la cual los recursos estaban ya generosamente dispuestos, mientras que el acogimiento familiar debía partir prácticamente desde la nada. A continuación detallaremos algunas cifras disponibles sobre la evolución del acogimiento familiar en España en estos veinte años de historia que ahora cumple.

Como bien saben los investigadores de este sector de la infancia, no contamos con estadísticas detalladas ni fiables sobre la intervención en materia de protección de menores o de políticas de familia e infancia. A pesar de

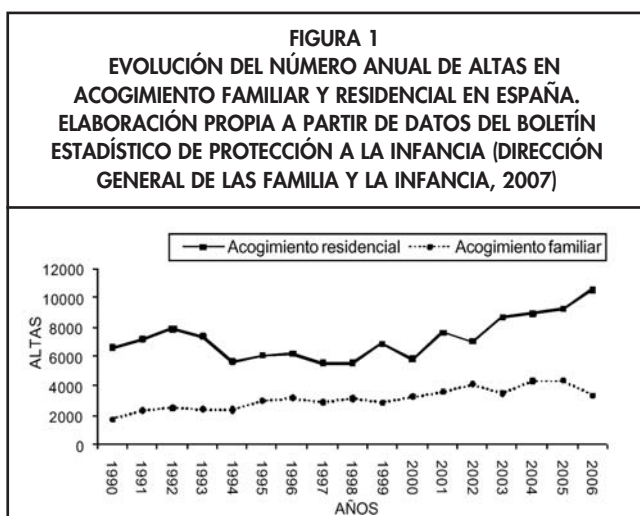
los esfuerzos del gobierno español en su intento de recoger datos de cada una de las entidades autonómicas responsables de la protección infantil, el resultado es la publicación de una Estadística Básica de Medidas de Protección a la Infancia (Dirección General de las Familias y la Infancia, 2007) que contiene cifras sobre aspectos muy globales de las medidas aplicadas, sin que sea posible averiguar nada acerca de los perfiles de los niños o las familias, o de aspectos de proceso como la duración, objetivos o resultados. No obstante, hemos elaborado un gráfico que recoge todos los datos acumulados en sucesivas publicaciones de este boletín anual y que permite tener una idea del desarrollo de la medida de acogimiento familiar en comparación con el acogimiento residencial desde 1990, primer año con datos (ver figura 1). Se debe tener en cuenta que el gráfico refleja el número de altas en cada medida al año, es decir, la entrada de casos nuevos, siendo similar a lo que en epidemiología se denomina incidencia.

Como se puede observar, se parte de una situación de gran predominio del acogimiento residencial, que en los primeros años pierde protagonismo para estancarse a mediados de los noventa y presentar una clara tendencia al alza en los últimos años. El acogimiento familiar, por su parte, presenta una tendencia creciente y mantenida durante todos estos años, si bien este crecimiento nunca llega a estar por encima de las cifras del acogimiento residencial y queda muy lejos de las expectativas de los legisladores y los profesionales que esperaban que esta medida se convirtiera en la principal solución a situaciones de separación familiar. Conviene puntualizar, en lo referente al alarmante incremento del acogimiento residencial en los últimos años, que no solo tiene que ver

con disponer o no de alternativas de acogimiento familiar, ya que muy probablemente se trata de la enorme cantidad de nuevos casos de menores extranjeros no acompañados que han llegado a nuestro país y que corren el riesgo de colapsar los servicios de acogimiento residencial.

Se puede afirmar que hasta el año 2003 estas cifras globales son las únicas disponibles sobre el acogimiento familiar y su implantación en España. En este mismo año el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales nos encarga el primer trabajo descriptivo sobre la práctica del acogimiento familiar en las diversas comunidades autónomas (Del Valle y Bravo, 2003), permitiendo presentar datos, por vez primera, que distingan el acogimiento en familia ajena y en familia extensa (algo que el boletín estadístico ministerial no ha conseguido todavía). Sobre algo más de 30.000 casos en situación de acogimiento a finales del año 2002, las cifras indican que en torno a un 45,3% se encuentran en acogimiento residencial, una parecida cifra en acogimiento en la familia extensa (46,8%), y un exiguuo 7,9% en familia ajena. Si se comparan los casos únicamente en acogimiento familiar, tendríamos que la proporción es de un 85,5% de familia extensa frente a un 14,5% en familia ajena, dejando patente el enorme peso que en la práctica del acogimiento tienen las redes de parientes y familiares en nuestro país. Los programas desarrollados por las entidades públicas autonómicas para captar y seleccionar familias dispuestas a realizar acogimientos de niños con los que no tienen vínculo de parentesco, consiguen únicamente dar respuesta a menos de uno de cada 10 casos que deben ser separados de sus familias.

Otros datos relevantes de este estudio mostraron diferencias muy notables en la práctica del acogimiento familiar a través de las distintas comunidades autónomas. Una de las más llamativas era la compensación económica a las familias acogedoras, no sólo en cuanto a la cantidad a percibir, que podía llegar a multiplicarse por cuatro o por cinco dependiendo del territorio, sino en los criterios con que se aplicaba. Por ejemplo, existían comunidades donde las familias ajenas percibían mayor cantidad que las extensas, mientras en otras el criterio era el opuesto, y en algunas se entendía que en el caso de ser familiares no debería remunerarse. Igualmente preocupante resultó observar que las tipologías de acogimiento simple y permanente, que en la ley se establecían como recursos diferenciados ante situaciones bien distintas, se aplicaban con criterios completamente dife-



rentes entre unas comunidades autónomas y otras, llegando al extremo de que en algunas de ellas solamente se hacían acogimientos simples, mientras que en otras exclusivamente se realizaban acogimientos permanentes. La única razón encontrada para esta práctica fue la simplificación de los procedimientos por parte de algunas administraciones. Finalmente, respecto a tipologías, se observó que las más específicas como urgencia, especializada o profesionalizada tenían una aparición muy escasa.

La investigación ponía de manifiesto igualmente que la gestión de los programas de acogimiento familiar, especialmente en familia ajena, estaba siendo llevada a cabo por entidades sin ánimo de lucro mediante convenios o contratos con la Administración.

### LA PRÁCTICA DEL ACOGIMIENTO FAMILIAR

Una vez publicada la Ley 21/87 que definía la nueva figura del acogimiento familiar, las diferentes administraciones tuvieron que poner en marcha los correspondientes programas que crearan estos servicios. El primer y más importante reto consistió en captar familias dispuestas a realizar esta labor, tarea enormemente difícil en un contexto cultural en el que esta medida apenas había existido. La captación de familias y su selección mediante una evaluación psicológica y social, al estilo de la realizada ya en los procesos de adopción, se consideraron en un primer momento los procesos clave para el éxito posterior. De alguna manera se transmitió en aquellos primeros tiempos la idea de que el acogimiento familiar no iba a presentar dificultades, ya que se trataba de acoger a niños víctimas de maltrato que lo que necesitaban era fundamentalmente una gran dosis de cariño y atención, algo que las familias podían otorgar de manera natural. De modo que una vez seleccionadas estas familias con la preocupación de evitar perfiles inadecuados (especialmente las expectativas de adopción) se podría dar paso al proceso de acoplamiento o adaptación del niño con esa familia y solamente restaría realizar un ligero seguimiento confiando en obtener unos buenos resultados. Esta visión simplista y excesivamente optimista del acogimiento familiar puede haber sido la causa de una decepción inicial, al comprobar que no eran infrecuentes los casos de ruptura, y que las familias acogedoras pasaban a demandar mayores apoyos de todo tipo al comprobar que aquellos niños, además de ser víctimas de maltrato y necesitar gran cariño y atención, también exhibían toda una variedad de problemas de desarrollo frente a los cuales los acogedores no sabían cómo

reaccionar. De otra parte, las familias biológicas estaban presentes en el proceso de un modo que en muchos casos no había sido adecuadamente explicado. Las visitas, las interferencias, y los efectos sobre el niño de todo ello, provocaban numerosos conflictos que en algunos casos hacían desistir a los acogedores.

Este modelo imperante en los primeros años de *captación – selección – acoplamiento*, tomado de los procesos de adopción donde se presuponía que una vez producida la colocación del niño en la familia, el resto era responsabilidad de sus nuevos padres, tuvo que ser revisado. Un hito muy importante lo supuso a mediados de los noventa la elaboración y publicación del Manual de formación para familias acogedoras (Amorós, Fuertes, y Roca, 1994). El mensaje era inequívoco: además de seleccionar se requiere formar, ya que son muchos los aspectos que las familias pueden desconocer y numerosos los retos a los que tendrán que enfrentarse, reconociendo así la complejidad de estos procesos y las dificultades inherentes. Se rompía así un período de exceso de optimismo, pero con él también la idea del acogimiento familiar como un programa de bajo coste. Esta importantísima tarea de elaboración de materiales para la formación de familias acogedoras ha sido continuada por el propio Amorós y su grupo con otras elaboraciones para tipos específicos como la familia extensa (Amorós et al., 2005), acogimiento de urgencia (Amorós, Palacios, Fuentes, León, y Mesas, 2002), acogimiento de adolescentes, etc.

Una vez solucionado el añadido de una formación para los acogedores que los capacite para hacer frente a su tarea con mejores expectativas de éxito, ha quedado pendiente la necesidad de definir en qué debe consistir la fase de seguimiento y qué tipos de apoyos son necesarios. De este modo el modelo actual sería de intervención mediante una secuencia *captación-selección-formación-acoplamiento-seguimiento*, en el que el reto actual más importante es la última fase, sin menospreciar todos los problemas que se están dando para desarrollar una buena captación e incrementar el número de familias dispuestas. Las familias acogedoras, especialmente las extensas, según datos de diversas investigaciones en nuestro país (Del Valle, Alvarez-Baz, y Bravo, 2002; Molero, Mora, Albiñana, y Gimeno, 2006; Montserrat, 2007; Palacios y Jiménez, 2007) tienen seguimientos incompletos y escasos y su percepción es que requerirían muchos apoyos tanto materiales como técnicos. Pero igualmente en nuestro reciente trabajo de evaluación del acogimiento familiar en

España, cuando se entrevista a los acogedores, en este caso familias ajenas, sus críticas se dirigen fundamentalmente a la falta de apoyo que reciben ante los múltiples problemas que van surgiendo en el acogimiento (Del Valle, López, Montserrat, y Bravo, 2008).

### LA INVESTIGACIÓN EN ESPAÑA

La investigación en acogimiento familiar es uno de los ámbitos menos trabajados de la protección infantil hasta hace muy pocos años. Si bien, como ya se mencionó, los materiales para la formación e intervención se comienzan a publicar a mediados de los noventa, las primeras investigaciones sobre aspectos muy básicos y descriptivos del acogimiento se hacen esperar mucho más y como se verá por las referencias, comienzan a partir del año 2000. Sin ánimo de exhaustividad y solamente para tratar de ubicar a los grupos que han realizado importantes aportaciones a este ámbito, comentaremos algunas investigaciones y temas tratados.

Uno de los primeros trabajos descriptivos sobre acogimiento familiar, referido a familia extensa, fue el que realizamos en el Principado de Asturias (Del Valle et al., 2002) mediante el análisis de una muestra de 424 casos y una entrevista sobre 101 familias. Por otra parte, también hemos elaborado dos trabajos de ámbito nacional, el primero ya comentado de carácter muy descriptivo (Del Valle y Bravo, 2003) y el más reciente de carácter más valorativo, analizando, no sólo perfiles y procesos, sino también resultados (Del Valle et al., 2008).

Una de las investigaciones más importantes ha sido la de la evaluación del Programa de Familias Canguro, financiado por la Fundación La Caixa (entidad financiera a la que debemos en este país una buena parte del desarrollo del acogimiento familiar, ya que ha financiado a la mayor parte de las comunidades autónomas para implantar experiencias de acogimiento). Esta evaluación fue realizada en conjunto por dos de los grupos más significativos de trabajo en acogimiento familiar, el de Barcelona de P. Amorós y el de Sevilla de J. Palacios (Amorós, Palacios, Fuentes, León, y Mesas, 2003). Estos autores, que durante muchos años se encargaron de impulsar y extender este proyecto por muchas comunidades autónomas españolas mediante muy diferentes actividades como formación, elaboración de modelos e instrumentos, etc., consiguieron con esta evaluación por vez primera ir más allá de la descripción y valorar las contribuciones de este tipo de programas a la protección infantil. Por su parte, ya se

ha comentado la enorme importancia del grupo de Barcelona, pionero del acogimiento familiar en España, en la elaboración de materiales de apoyo y formación a familias acogedoras, así como investigaciones de muy diverso tipo (Amorós, Freixa, Fuentes, y Molina, 2001; Amorós, Freixa, Lozano, y Mateo, 2002). En Sevilla los últimos trabajos se dirigen al estudio del acogimiento en Andalucía y especialmente sobre familia extensa (Palacios y Jiménez, 2007, en prensa), aunque este grupo trabaja intensivamente también sobre adopción. Finalmente, cabe recomendar lo que podríamos denominar único manual sobre acogimiento familiar publicado en España y elaborado conjuntamente por los directores de estos dos grupos de investigación (Amorós y Palacios, 2004).

También en Cataluña C. Montserrat (Montserrat, 2007; Montserrat y Casas, 2006) ha publicado varios trabajos focalizados en familia extensa y ha participado con nuestro grupo en investigaciones nacionales. En el País Vasco se han realizado también varios interesantes trabajos sobre acogimiento familiar (Balluerka, Gorostiaga, Herce, y Rivero, 2002; Herce, Torres, Achúcarro, Balluerka, y Gorostiaga, 2003; Torres, Herce, Achúcarro, Rivero, y Balluerka, 2006) con medidas del grado de integración de los menores, autoestima y otras medidas psicológicas.

En Valencia se han realizado también algunos trabajos sobre perfiles y necesidades en acogimiento en familia extensa (Molero et al., 2006; Molero, Moral, Albiñana, Sabater, y Sospedra, 2007).

Finalmente, el grupo dirigido por M.J. Fuentes en la Universidad de Málaga bien conocido por sus aportaciones en temas de adopción, también ha publicado varios trabajos sobre acogimiento familiar, tanto en familia extensa como en acogida de adolescentes (Fuentes y Bernedo, 2007; Lumbreras, Fuentes, y Bernedo, 2005).

Sería demasiado extenso tratar de resumir lo que estas investigaciones han aportado en conocimientos sobre la práctica del acogimiento familiar en España y para una revisión extensa de muchos de estos aspectos se recomiendan otras lecturas (Amorós y Palacios, 2004; Del Valle et al., 2008). No obstante, pasamos a comentar algunos resultados de una investigación de ámbito nacional, con una muestra de cerca de 700 casos de acogimiento familiar, tanto en familia ajena como en extensa, que han permitido dibujar los perfiles de los niños, los acogedores, las familias de origen, los procesos

y los resultados. En un breve resumen podremos detallar los aspectos más sobresalientes de estos datos que permiten valorar cómo se están llevando a cabo los acogimientos en España.

En el estudio de Del Valle et al. (2008) se ha podido observar que los niños son acogidos con una edad media de siete años, sin que exista diferencia entre familia ajena y extensa (se ha evaluado el momento de acogida "formal" en extensa, no desde su inicio "de hecho"), y que en familia ajena un tercio es acogido con más de nueve años, lo que indica que, aunque la edad avanzada dificulta los acogimientos, se están realizando un buen número de ellos en edades en torno a los diez años. Estos niños acogidos presentan discapacidades o problemas de salud graves en muy pocos casos (menos de un 10%), al igual que importantes problemas de conducta (8%). Parece claro que estos sí son factores que limitan enormemente la aceptación por parte de los acogedores y de ahí que se hayan desarrollado en varias comunidades autónomas programas de acogimientos especiales, dirigidos a promover la acogida de niños con especiales necesidades.

Los acogedores tienen un perfil completamente distinto cuando se trata de familia extensa y ajena, algo que no debe sorprender a nadie, ya que sabemos que la mayoría de los acogedores en extensa son abuelos, pero la magnitud de estas diferencias en algunos aspectos llama la atención. En familia ajena se trata de matrimonios en un 80% de los casos, con edad media en torno a los 48 años, nivel educativo superior o medio en el 73%, e ingresos anuales por encima de los 24.000 € para un 40%. En cambio, en familia extensa un 36% son mujeres sin pareja (normalmente abuelas viudas), la edad media es de 53 años, con una cuarta parte mayores de 65 (abuelos, naturalmente), con nivel educativo primario en el 59% o sin estudios (25%), e ingresos anuales por debajo de los 6.000 € en la cuarta parte de ellos. Las cifras muestran muy claramente las diferentes necesidades y la precariedad en que se encuentran los acogedores en extensa en muchos casos. También sabemos que los acogedores en ajena tienen hijos propios en un 59% y que en un 40% de casos están acogiendo a más de un niño a la vez.

En cuanto al proceso de acogimiento, dos de cada tres casos de ajena habían pasado por acogimiento residencial, mientras esto sólo ocurría en extensa en una quinta parte. Además, más de la mitad de estos últimos se habían constituido "de hecho" antes de formalizarse ante la

Administración. En cuanto al plan de caso o previsión del curso de la intervención protectora, sorprende que solamente un 17% en extensa y un 13% en ajena tengan una finalidad de reunificación y que un 70% esté con un pronóstico de "continuidad" sin más alternativa (una forma de decir que son indefinidos).

Uno de los apartados más interesantes y más novedosos es la evaluación de los resultados del acogimiento, realizado sobre una submuestra de 358 casos ya cerrados. Hemos podido saber que los acogimientos tienen una duración media de 3,5 años en ajena y más de cinco en extensa. La tasa de interrupciones, es decir, cese del acogimiento por incidencias imprevistas y no deseadas (también llamadas rupturas) es del 17% en extensa y del 25% en ajena. En cuanto al cese por otros motivos, el más frecuente es la mayoría de edad en extensa (44%) y la decisión de cambio de medida en ajena (50%), que consiste en la mayoría de los casos en adopciones (por los acogedores o por otras familias). Un dato especialmente llamativo es que el 24% de los casos en ajena finaliza por alcanzarse la mayoría de edad y en esas situaciones dos de cada tres casos se queda a vivir con sus acogedores por acuerdo mutuo.

Una conclusión de especial importancia de este estudio es que los acogedores en ajena no suelen repetir su experiencia, acogen a uno o varios niños y el episodio suele alargarse mucho, incluso hasta la mayoría de edad, y no suelen realizar más acogimientos (porque, entre otras cosas, a veces se queda a vivir con ellos o es adoptado). Esto hace que el acogimiento en España tenga una enorme estabilidad y que no se de el caso frecuente en otros países de niños que pasan con facilidad de unas familias a otras; pero, en cambio, los acogimientos tienen una cierta tendencia a la permanencia, con lo que se convierte en un modelo cuasi-adoptivo que dificulta disponer de familias que hacen una serie de acogimientos a lo largo del tiempo.

## CONCLUSIONES

Una de las situaciones más complejas que se pueden presentar en las intervenciones protectoras de la infancia es la necesidad de separar a los niños y niñas de sus familias. Esta separación, que puede tener una duración muy variable dependiendo de cada caso, y que puede llegar a ser definitiva, supone un reto adaptativo muy serio para los menores de edad. Existe un consenso muy claro entre profesionales e investigadores



sobre la necesidad de que los niños y niñas que no pueden estar con su familia estén con otras familias y se desarrollen el tiempo que sea necesario siempre en un entorno familiar cercano y cálido. Esta prioridad de colocación de los niños en acogimiento familiar, establecida ya en la ley de 1987, e impulsada decisivamente en la Ley Orgánica de 1996, cuenta con varias décadas de desarrollo en otros países avanzados y es un planteamiento indiscutible de la protección infantil. Nuestro retraso, justificable por cuestiones políticas y sociales hasta los años ochenta, no debe seguir prolongándose. Los datos de las investigaciones, escasas y todavía muy descriptivas, muestran un acogimiento en familia ajena en España todavía muy incipiente, en varias comunidades autónomas todavía meramente testimonial. Aunque comparado con otros países, nuestro acogimiento en familia extensa tiene una presencia enorme y hace engrosar las cifras del acogimiento familiar, debemos ser realistas y concluir que sin acogimiento en familia ajena, que es el que requiere esfuerzos de captación y desarrollo de programas (el de familia extensa funciona y se desarrolla de manera independiente de los programas de intervención porque es una respuesta de supervivencia natural de los grupos familiares), el sistema de protección se verá obligado a emplear acogimientos residenciales para muchos menores de edad.

En algunas comunidades se están empezando a plantear el reto de atender siempre a los más pequeños en acogimiento familiar, cerrando los centros y hogares de 0-3 años y en algún sitio incluso de 0-6 años, para implantar programas de acogimiento familiar estables, capaces de dar respuesta a todos los niños de estas edades que requieran medidas de separación familiar. Es sorprendente, en este sentido, que los programas de acogimiento de urgencia que atienden fundamentalmente a estos niños más pequeños, mostrando unos índices de resultados y de satisfacción de acogedores tan positivos, no acaben de despegar y convertirse en un recurso que supere la fase casi experimental en que se encuentran en muchos lugares.

Este es el camino imprescindible para cubrir de manera adecuada las necesidades de estos menores, y solamente cuando la voluntad política, de los gestores, y de los planificadores, comience a plasmar negro sobre blanco este tipo de ideas, podremos empezar a tener esperanzas en recuperar el tiempo perdido. La existencia de niños de estas edades en hogares de acogida en

nuestro país denota un anacronismo inaceptable hoy día. Es necesaria una visión política de mayor alcance para planificar en los próximos años un cambio a favor del acogimiento familiar y permitir, de paso, que el acogimiento residencial pueda trabajar mejor atendiendo aquellos casos que realmente precisan de esta medida, como algunos adolescentes con necesidades muy específicas, menores extranjeros no acompañados, etc. El impulso que la investigación ha dado en estos últimos años y el consenso que se ha creado en torno a la necesidad de dar un empuje definitivo al acogimiento familiar, deberían ser dos buenos pilares para esta reforma tan esperada.

Los datos de la investigación muestran que las prácticas del acogimiento en España tienen criterios muy distintos entre las comunidades autónomas (un tema ya apuntado en artículos anteriores de este monográfico) y que somos capaces de dar mucha estabilidad a los niños pero consumimos a las familias acogedoras en un solo episodio acogedor, por lo que será difícil incrementar el montante de familias disponibles.

Por otro lado, la familia extensa supone en nuestro país un recurso valiosísimo que debe ser adecuadamente tratado. Todas las investigaciones muestran que la familia extensa hace frente a la educación de nietos, sobrinos, y parientes o allegados, desde una posición que en muchas ocasiones es muy precaria. Existen carencias no sólo económicas o materiales, sino también de recursos y competencias, por ejemplo, para saber educar a adolescentes (tarea ya difícil de por sí) cuando el salto generacional es enorme. Así pues, lo que se requiere es tomar con toda seriedad estos acogimientos, desde el inicio con una buena selección y formación, también con un seguimiento cercano y frecuente, y lo más importante, desplegando los necesarios apoyos económicos y técnicos para que estas familias se sientan con fuerzas y recursos.

## REFERENCIAS

- Amorós, P., Freixa, M., Fuentes, N., y Molina, M. C. (2001). Specialist Fostering in Spain. *Adoption and Fostering*, 25(2), 6-17.
- Amorós, P., Freixa, M., Lozano, P., y Mateo, M. (2002). El proceso de acoplamiento en el acogimiento familiar especializado. *Bienestar y Protección Infantil*, 1(2), 11-34.
- Amorós, P., Fuentes, J., y Roca, M. J. (1994). *Programa para la formación de familias acogedoras*. Valladolid.

- lid: Junta de Castilla y León y Ministerio de Asuntos Sociales.
- Amorós, P., Jiménez, J., Molina, C., Pastor, C., Cirera, L., y Martín, D. (2005). *Programa de formación para el acogimiento en familia extensa*. Barcelona: Obra Social de Fundació La Caixa.
- Amorós, P., y Palacios, J. (Eds.). (2004). *Acogimiento familiar*. Madrid: Alianza.
- Amorós, P., Palacios, J., Fuentes, N., León, E., y Mesas, A. (Eds.). (2002). *Programa para la formación de familias acogedoras de urgencia y diagnóstico*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Amorós, P., Palacios, J., Fuentes, N., León, E., y Mesas, A. (Eds.). (2003). *Familias Canguro: Una experiencia de protección a la infancia*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Askeland, L. (Ed.). (2006). *Children and Youth in Adoption, Orphanages and Foster Care*. Westport: Greenwood Press.
- Balluerka, N., Gorostiaga, A., Herce, C., y Rivero, A. M. (2002). Elaboración de un inventario para medir el nivel de integración del menor acogido en su familia acogedora. *Psicothema*, 14(3), 564-571.
- Caparrós, N., y Jiménez-Aybar, I. (2001). *El acogimiento familiar. Aspectos jurídicos y sociales*. Madrid: Rialp.
- Casas, F. (1993). Spain. In M. C. y W. Hellinckx (Ed.), *Child care in the E.C.* (pp. 195-211). Aldershot: Arena.
- Colton, M., y Hellinckx, W. (1993). *Child Care in the EC*. Aldershot: Arena.
- Del Valle, J. F., Alvarez-Baz, E., y Bravo, A. (2002). Acogimiento en familia extensa. Perfil descriptivo y evaluación de necesidades en una muestra del Principado de Asturias. *Bienestar y Protección Infantil*, 1(1), 34-56.
- Del Valle, J. F., y Bravo, A. (2003). La situación del acogimiento familiar en España. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: [http://www.mepsyd.es/observatoriodeinfancia/documentos/Informe\\_acogida\\_familiar.pdf](http://www.mepsyd.es/observatoriodeinfancia/documentos/Informe_acogida_familiar.pdf)
- Del Valle, J. F., y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Del Valle, J. F., López, M., Montserrat, C., y Bravo, A. (2008). *El Acogimiento Familiar en España. Una evaluación de resultados*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Dirección General de las Familias y la Infancia. (2007). *Estadística Básica de Medidas de Protección a la Infancia*. Disponible en: <http://www.mepsyd.es/observatoriodeinfancia/documentos/boletin.pdf>.
- Fuentes, M. J., y Bernedo, I. M. (2007). Adolescentes acogidos por sus abuelos: Relaciones familiares y problemas de conducta. *Boletín de la Red Intergeneracional*, 3(18-20).
- Herce, C., Torres, B., Achúcarro, C., Balluerka, N., y Gorostiaga, A. (2003). La integración del menor en la familia de acogida: factores facilitadores. *Intervención psicosocial*, 12(2), 163-177.
- Lumbreras, H., Fuentes, M. J., y Bernedo, I. M. (2005). Perfil descriptivo de los acogimientos con familia extensa de la provincia de Málaga. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 15(1-2), 93-117.
- Molero, R., Mora, M. J., Albiñana, P., y Gimeno, A. (2006). *El acogimiento en familia extensa: un estudio del perfil y las necesidades*. Valencia: Ayuntamiento de Valencia.
- Molero, R., Moral, M. J., Albiñana, P., Sabater, Y., y Sospedra, R. (2007). Situación de los acogimientos en familia extensa en la ciudad de Valencia. *Anales de Psicología*, 23(2), 193-200.
- Montserrat, C. (2007). Kinship foster care: A study from the perspective of the caregivers, the children and the child welfare workers. *Psychology in Spain*, 11(1), 42-52.
- Montserrat, C., y Casas, F. (2006). Kinship foster care from the perspective of quality of life: Research on the satisfaction of the stakeholders. *Applied Research in Quality of Life*, 1(3), 227-237.
- Palacios, J., y Jiménez, J. M. (2007). El acogimiento familiar en Andalucía. disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/descargar.aspx?id=1602&tipo=documento>
- Palacios, J., y Jiménez, J. M. (en prensa). Kinship foster care: protection or risk? *Adoption and Fostering*.
- Torres, B., Herce, C., Achúcarro, C., Rivero, A., M., y Balluerka, N. (2006). Autoconcepto de los menores en acogimiento familiar: diferencias en función del tipo de acogimiento, historia de crianza y problemática de la familia biológica. *Infancia y Aprendizaje*, 29(2), 147-165.
- Trinidad, P. (1996). La infancia maltratada y abandonada. In J. M. Borrás (Ed.), *Historia de la infancia en la España contemporánea*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

# CRISIS Y REVISIÓN DEL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL. SU PAPEL EN LA PROTECCIÓN INFANTIL

## CRISIS AND REVIEW OF RESIDENTIAL CHILD CARE. ITS ROLE IN CHILD PROTECTION

**Amaia Bravo y Jorge F. Del Valle**  
Universidad de Oviedo

*El acogimiento residencial en nuestro país sigue cumpliendo una función esencial en la protección de niños, niñas y en especial, adolescentes, en situación de desamparo. La necesaria atención a problemas emergentes como la llegada de menores extranjeros no acompañados, el incremento de los casos de violencia familiar ejercida por los hijos, la necesidad de atención terapéutica a niños con problemas emocionales y de salud mental, entre otros, han provocado una gran crisis e importantes cambios en la estructura y objetivos de los hogares de acogida. Hoy en día, el trabajo de los profesionales se ha especializado en la intervención con adolescentes y problemáticas como las descritas. Aunque siguen existiendo unidades dedicadas a los más pequeños, éstas tienden a desaparecer a medida que el acogimiento familiar recibe el impulso necesario. Desde los años 90, el modelo de atención especializado configurado por recursos diferenciados se ha ido implantando de manera muy desigual en las diferentes comunidades autónomas. Ahora bien, como se verá a lo largo del artículo, aún son muchas las dificultades y los retos por alcanzar en los hogares de protección.*

**Palabras clave:** Protección Infantil, Acogimiento Residencial, Hogares y Centros de Protección, Maltrato Infantil.

*Residential care continues to play an important role in Spain in the provision of care for children and adolescents in situations of abuse or neglect. Some newly-emerging issues, such as the arrival of unaccompanied minor asylum-seekers, the increase in child-to-parent violence, or the need for therapeutic attention in children with emotional and mental health problems, have given rise to a great crisis and substantial changes in the structure and objectives of children's homes. Currently, child care work in children's homes is focused on intervention with adolescents and the new problems described. Although resources for younger children continue to exist, these tend to disappear as foster care becomes adequately established. Since the 1990s, the specialized child care model involving differentiated resources has been implemented in a highly inequitable way across Spain's different Autonomous Regions. As will be discussed in the present article, there remain many difficulties to overcome and challenges to be met in the area of residential child care.*

**Key words:** Child Care, Residential Care, Children's Homes, Child Abuse.

**A** pesar de la evolución que han experimentado en nuestro país otras medidas de protección, el acogimiento residencial sigue desempeñando un papel fundamental en la atención de niños y niñas, en especial adolescentes, en situación de desamparo. Este hecho es indudable si se analiza la progresión de las cifras referidas al uso de las diferentes medidas protectoras en nuestro país (Del Valle y Bravo, 2003; ver artículo de acogimiento familiar en este monográfico) y refleja, entre otras cosas, la necesidad de impulsar alternativas como el acogimiento familiar, que en otros países han experimentando un mayor desarrollo y grado de implantación, como se comenta en el citado artículo.

Sin embargo, y como se deducirá del análisis de la población actualmente atendida en hogares y centros de protección, la función que cumple en la actualidad esta medida protectora difícilmente pudiera ser cubierta por alternativas familiares. Por una lado, debido a la com-

plejidad de las necesidades de estos jóvenes que requieren atención especializada y, por otro, por la dificultad que entrañaría encontrar familias acogedoras que posean un suficiente nivel de capacitación, formación y dedicación para cubrir las necesidades de estos menores.

Esta afirmación no trata de iniciar un debate sobre la mayor adecuación de unas u otras medidas, sino más bien reconocer el necesario papel que desempeña el acogimiento residencial en el actual sistema de protección, huyendo de su consideración como alternativa a adoptar únicamente cuando las demás no son posibles. Existen hoy día perfiles de adolescentes para los que no disponemos de ninguna otra alternativa y en estos casos el acogimiento residencial está suponiendo un apoyo muy efectivo. Es cierto que una mayor captación y formación de familias acogedoras, el impulso de la adopción nacional para niños y niñas con necesidades especiales y la apuesta por programas de capacitación familiar, podrían favorecer el descenso de las cifras de menores acogidos en hogares o, al menos, se reduciría la estancia del grupo de aquellos que permanecen en

---

Correspondencia: Amaia Bravo. Departamento de Psicología. Grupo de Investigación en Familia e Infancia. Plaza Feijoo s/n, 33003 Oviedo. España. E-Mail: [amaiabravo@uniovi.es](mailto:amaiabravo@uniovi.es)

acogida más tiempo del que sería pertinente según criterios de buena práctica. Aún así, es probable que el número de altas en estos hogares no cambiara ostensiblemente porque la función del acogimiento residencial es muy difícil de suplir con las condiciones que tenemos actualmente en nuestro sistema de protección.

## EVOLUCIÓN DEL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL. MODELOS DE INTERVENCIÓN

La historia del acogimiento residencial es muy extensa dado que ha estado presente en la asistencia a los niños y niñas abandonados y desprotegidos durante muchos siglos y con diversas denominaciones, como Casa de Expósitos, de Misericordia, Casa Cuna, Hospicio, etc. De hecho, durante décadas, la historia de la atención a la infancia desprotegida se basaba en una respuesta única y universal: la colocación del niño en una institución que pudiera cubrir sus necesidades más elementales en sustitución del ambiente familiar, ya fuera por carecer de él, o por ser deficitario.

Todavía a mediados de los años ochenta, la medida de la institucionalización en España era la respuesta predominante. Los organismos implicados en la protección a la infancia en esta época, justamente anterior a la asunción de competencias por las comunidades autónomas y la creación de un sistema público de servicios sociales, se caracterizaban por sus grandes inversiones en instituciones. Hasta aquel momento, los organismos con competencias en la protección de menores se superponían con facilidad, siendo muy difícil establecer límites entre sus respectivas funciones (para más detalle véase Del Valle y Fuertes, 2000).

Una vez puesto en marcha el sistema público de servicios sociales, y con él la competencia exclusiva para las comunidades autónomas, la situación cambió radicalmente. De hecho, puede afirmarse que la medida de acogimiento residencial ha llegado a experimentar al menos dos transiciones importantes desde aquella época:

### *a) Primera transición: años 80. Del modelo institucional al modelo familiar*

Hasta la transferencia de competencias hacia las comunidades autónomas, el modelo institucional estuvo vigente como única alternativa para la atención de menores que carecieran de un contexto adecuado (por carencias económicas o situaciones de maltrato muy severas). Las características de este modelo (Del Valle y Fuertes, 2000) se podrían sintetizar en el hecho de ser centros cerrados,

autosuficientes (incluyendo en su interior escuelas, médico, cines, canchas deportivas, etc.), basados en necesidades muy elementales, con un cuidado no profesional, y con razones de ingreso enormemente variadas y no necesariamente vinculadas a lo que hoy entendemos por desamparo. Los niños podían permanecer toda su infancia en estas instituciones y la mayoría albergaban cientos de niños y niñas.

A partir de los años setenta los principios del modelo comunitario comenzaron a ganar fuerza, no sólo en el ámbito de la salud mental, sino también en el de la intervención social. De la mano de sus defensores comienza a reivindicarse la construcción de alternativas a las grandes instituciones basadas en la idea de que los niños que no pueden vivir con sus familias puedan vivir en hogares de tipo familiar y con referentes educativos cercanos y estables. El modelo se basaba en la creación de hogares de tipo familiar, a poder ser en pisos ubicados en contextos que facilitarían la integración comunitaria: con los niños asistiendo a las escuelas de la comunidad, así como utilizando los espacios propios de cualquier otro niño o niña del barrio (conceptos muy vinculados al principio de normalización).

A finales de los ochenta este modelo provoca el cambio de las grandes instituciones, las cuales se reducen en número y capacidad. Muchas de ellas se reestructuran creando en su interior espacios diferenciados, con hogares que suelen tener ocho o diez niños y sus propios educadores de referencia. Este modelo, en ocasiones, se ha denominado de unidades residenciales y es una alternativa todavía vigente. En la actualidad, el acogimiento residencial tiene básicamente estas dos posibles estructuras: el hogar familiar, sea en pisos o en viviendas unifamiliares, o bien las residencias de mayor tamaño pero que en su interior se hallan divididas en unidades u hogares de tipo más familiar, conformando apartamentos dentro de la residencia y con una capacidad máxima de 30 a 35 niños (con las, desgraciadamente, inevitables excepciones).

Este modelo familiar sentó las bases de un cambio muy necesario: los niños, para recibir una adecuada educación requieren espacios familiares, confortables y cálidos, con adultos de referencia y estables con quienes puedan establecer relaciones afectivas significativas. No obstante, el modelo familiar partía de un objetivo de la protección consistente en dar una crianza alternativa a niños sin familia, o con familias inadecuadas. Se trataba de crear entornos sustitutivos de las familias para educar

en ellos a estos niños durante el tiempo que hiciera falta, en muchos casos desde la más temprana infancia hasta la mayoría de edad.

Este objetivo fue rápidamente revisado y desechado por el nuevo sistema de protección. Tanto la Ley 21/87, como la posterior Ley Orgánica de 1996, a las que ya se ha hecho referencia en artículos anteriores de esta sección monográfica, van a establecer que las medidas de intervención deben priorizar la crianza del niño en un entorno familiar. Por tanto, los niños y especialmente sus familias deben recibir apoyo para que en caso de separación puedan retornar al hogar lo antes posible (con la ayuda de programas de intervención familiar). Si no fuera posible el retorno, los niños deberán pasar a vivir con una nueva familia (utilizando los acogimientos familiares y las adopciones). En síntesis: el acogimiento residencial dejó de ser una medida para la crianza de niños sin hogar y pasó a ser una medida temporal de atención al servicio de la solución definitiva de integración familiar. Esta idea de la solución definitiva de tipo familiar como meta de la protección marcó el diseño de las medidas de protección en Estados Unidos mediante la introducción del concepto de *"permanency planning"* (Maluccio, Fein y Olmstead, 1986) y posteriormente se asumió en Europa. La finalidad de la intervención protectora debe ser la reintegración en un contexto de desarrollo familiar, ya sea en familia propia o en una nueva familia.

Es importante tener en cuenta que este cambio de rumbo rompe los esquemas de muchas entidades que han tratado de desarrollar programas para que los niños puedan vivir allí como en un hogar propio todo el tiempo que precisen, y que siguen enfatizando los objetivos de crianza a largo plazo por encima de otros. Estas largas estancias caracterizaban el modelo de atención hasta adentrados los años 80 en nuestro país (Del Valle, Bravo, Álvarez y Fernanz, 2008).

#### **b) Segunda transición: la crisis de los 90. El modelo especializado: la diversificación de la red**

Durante los últimos quince años, el perfil de la población atendida en centros y hogares de protección y las necesidades de intervención desde este contexto han variado considerablemente, ocasionando una gran crisis del modelo familiar. Hoy en día la tendencia es que no exista nada parecido a los centros de menores, como servicio indiscriminado y general. Las diferentes comunidades autónomas intentan desarrollar una red de servicios de

acogimiento residencial diversificada y especializada para la atención de diferentes necesidades. Son varios los factores que han propiciado el desarrollo de este nuevo modelo de intervención:

- La *aparición de nuevas problemáticas*, como la llegada de menores extranjeros no acompañados o el caso de los menores denunciados por sus padres por haberse convertido éstos en víctimas de su comportamiento violento, ha supuesto un reto al actual planteamiento de trabajo en los hogares y centros de protección.
- La necesidad de un enfoque más terapéutico para dar respuesta a las necesidades de *jóvenes con problemas de salud mental*. Si bien el principio de normalización supuso un gran avance a la hora de evitar la estigmatización y el trato segregado de estos menores, el modelo de atención familiar en los centros de acogida no ha demostrado tener los suficientes recursos para abordar problemáticas que requieren un contexto de trabajo más terapéutico.
- La evolución del sistema de protección y la asunción de un principio como el *"permanency planning"*, ha supuesto que se adopten medidas de tipo familiar de forma prioritaria para todos los menores, pero muy especialmente para los más pequeños. Esto ha ocasionado que la población atendida en acogimiento residencial sea cada vez de mayor edad, convirtiéndose en un entorno de intervención dirigido fundamentalmente a adolescentes y a los niños y niñas que presentan características que dificultan su acogida en un entorno familiar (Dale, Baker, Anastasio y Purcell, 2007).
- Finalmente, el propio proceso de intervención en el sistema de protección ha ocasionado la demanda de una mayor especialidad en la intervención desde los hogares. De este modo, y para cumplir las funciones vinculadas a los diferentes planes de caso (nombre con el que se conoce el plan individual de intervención protectora para un niño y su familia, que incluye objetivos, fin último, recursos a emplear, etc.), la red de acogimiento residencial suele estar configurada por las siguientes alternativas (Del Valle y Bravo, 2007a):
  - a) *Hogares de acogida de los pequeños hasta tres años*. Es muy frecuente encontrar hogares que prestan atención a bebés y niños muy pequeños de forma específica. Las necesidades de este tipo de atención son claramente diferentes y es uno de los recursos especializados más característicos de las diferentes comunidades, aunque en la actualidad tienden a disminuir, al priorizar que los niños más pequeños estén siempre

- en familia de acogida. Hoy por hoy, no obstante, es una realidad anacrónica de nuestro sistema de protección a falta del impulso del acogimiento familiar.
- b) *Hogares de primera acogida y emergencia.* Se trata de hogares de recepción de casos de urgencia, cuando se requiere la separación de la familia y/o la ubicación en lugar protegido de convivencia. Son hogares con una finalidad de primera cobertura de necesidades urgentes y de evaluación, con el fin de facilitar que a corto plazo se adopte una medida definitiva.
- c) *Hogares de convivencia familiar.* Podríamos denominar así a los diferentes tipos de hogares que prestan una atención basada en la convivencia de niños y niñas de edades distintas, tratando fundamentalmente de crear un entorno familiar y protector de convivencia durante el tiempo que precisen estar en acogimiento residencial.
- d) *Hogares de preparación para la independencia de adolescentes.* Se trata de hogares donde un grupo pequeño de adolescentes, habitualmente viviendo en un piso en la comunidad, se preparan para hacer la transición hacia su vida independiente. Son casos en los que no se puede o no se considera conveniente su retorno a la familia y debido a la cercanía de la mayoría de edad, se opta por darles apoyo para que desarrollen las habilidades necesarias para pasar a vivir por su cuenta. Los adolescentes viven en el hogar asumiendo las responsabilidades de organización doméstica y de la convivencia con un mínimo apoyo educativo.
- e) *Hogares y centros para adolescentes con problemas emocionales o conductuales.* Como respuesta al aumento de casos de adolescentes que además de estar en situación de desprotección presentan importantes problemas de convivencia, especialmente cuando representan un grave riesgo para sí mismos o los demás, se han introducido hogares especializados para ellos. Se trata habitualmente de hogares situados en entornos más abiertos, viviendas unifamiliares, algunas con granjas, talleres u otro tipo de recursos para actividades diversas, donde convive un reducido número de adolescentes con una dotación de educadores y de apoyo psicoterapéutico muy superior al resto. Existen variados términos para denominarlos como hogares de socialización, de educación intensiva, de régimen especial, etc. En algunas comunidades existen también los llamados centros terapéuticos que trabajan con población con graves trastornos de salud mental.

- f) *Hogares para menores extranjeros no acompañados:* diseñados para atender a menores que proceden de otros países y se encuentran en territorio español sin familia, la mayoría del norte de África. Su presencia creciente ha provocado la creación de respuestas específicas, con personal que conoce el idioma y las pautas culturales de estos jóvenes.

### **NUEVOS PERFILES EN LA POBLACIÓN ACOGIDA: LA NECESIDAD DE UN MODELO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADO**

La caracterización y necesidades de la población que hoy en día se encuentra en hogares de protección, es el principal fundamento de la apuesta por un modelo de acogimiento residencial especializado. En síntesis, las características que presentan hoy en día un buen número de casos acogidos en hogares son: adolescentes sin previsión de retorno al hogar familiar, presencia de problemas emocionales, de conducta y salud mental, adolescentes que presentan conductas violentas hacia su familia, menores infractores con medida protectora, menores extranjeros no acompañados (MENAs) y acompañados (negligencia y modelos educativos inadecuados).

El incremento de la edad en la población atendida en centros de protección, es uno de los cambios detectados a principios de los noventa en los sistemas de protección europeos (Colton y Hellinckx, 1993), apreciándose la misma evolución en el caso de España, aproximadamente un 70% son mayores de 13 años (Bravo y Del Valle, 2001). El trabajo con adolescentes con problemáticas familiares muy cronificadas, así como con una historia de fracaso en intervenciones previas de preservación familiar, provoca que la preparación para la independencia se erija como orientación principal de la intervención individualizada. Asimismo, el aumento de la edad en la población atendida incrementa la dificultad de la tarea educativa, al presentarse conflictos de mayor intensidad e historias de aprendizaje inadecuadas más consolidadas y resistentes a la intervención.

Respecto al mayor número de problemas de comportamiento, es habitual que los profesionales demanden nuevas estrategias de intervención para afrontar estas conductas. Sin embargo, existen muy pocos estudios que muestren la verdadera prevalencia de estos problemas. En un estudio desarrollado hace unos años por nuestro equipo con la finalidad de evaluar las necesidades en la red de acogimiento residencial de una determinada comunidad autónoma, se recogieron datos sobre la pre-

sencia de problemas emocionales y de conducta en esta población. En aquel estudio los problemas de carácter ansioso o sentimientos de infelicidad y depresión, aparecieron como los más frecuentes; al menos el 65% de los jóvenes acogidos presentaban (a criterio del educador – no diagnóstico–) algún problema de este tipo; mientras que los problemas de conflicto, tales como el uso de la violencia, comportamientos delictivos, consumo de sustancias y fugas, eran descritos en el 35% de la muestra. En aquel momento era apreciable la mayor prevalencia de problemas relacionados con el sufrimiento personal que con el conflicto o la agresividad.

En un estudio más reciente (Llanos, Bravo y Del Valle, 2006), basado en la aplicación del *Child Behavior Checklist*, CBCL (Achenbach, 1991) en una muestra de 330 menores acogidos en hogares y centros de protección, llegamos a conclusiones similares a las descritas en el 2002 pero con una clara acentuación de los problemas de conflicto que cada vez más dificultan la convivencia, generan malestar y sentimientos de inseguridad en los centros, y reclaman mayores esfuerzos educativos. Ahora bien, las investigaciones también avalan la importancia del trabajo terapéutico sobre problemas psicológicos que no se manifiestan en forma desafiante o conflictiva, especialmente cuando comprobamos que a medida que aumenta la estancia en programas de acogida se detecta un incremento en problemas emocionales, tales como la ansiedad, la depresión y el aislamiento (Llanos, Bravo y Del Valle, 2006).

Retomando los problemas de conflictividad, su incremento en los hogares de protección se debe también, en parte, a la recepción de una nueva problemática social: los casos de violencia ejercida por los hijos e hijas hacia sus padres. Aunque pudiéramos pensar que esta no es una problemática susceptible de ser abordada en una revisión sobre protección infantil (porque aparentemente aquí la protección la necesitarían los padres), lo cierto es que cada vez son más los casos de menores que presentando este tipo de comportamientos son denunciados por sus padres y acaban siendo atendidos por el sistema de protección. Las líneas de intervención ante este tipo de violencia son diversas, y las diferencias se hacen más patentes si se analizan las respuestas desarrolladas en cada comunidad autónoma. Sin entrar en estas distinciones, la llegada de un menor con este comportamiento a un hogar de protección puede responder a:

- La demanda de los padres en el sistema de protección, alegando su imposibilidad para controlar la conducta

de su hijo. Agotados los recursos de apoyo a la familia y preservación familiar, la Administración puede llegar a asumir temporalmente la *guarda* del menor en un centro de acogida. Tras una precisa evaluación de la situación familiar y del menor, el recurso de acogida al que se derive el joven deberá tener un proyecto educativo adecuado a sus necesidades (por ejemplo: modelo terapéutico o socialización).

- La denuncia de los padres ante el sistema de justicia por un delito tipificado en el código penal como “violencia familiar” que puede ocasionar (en función de la gravedad del delito) que el joven sea ingresado en un centro de internamiento (dependiente del sistema judicial de menores) o bien se dicte una *orden de alejamiento* del menor de su familia, a la cual se añade la medida de *convivencia con grupo educativo*. Esta medida de convivencia en algunas comunidades se aplica en centros gestionados por el propio sistema de justicia, mientras que en otras regiones supone la derivación del joven a un centro u hogar de protección.

Sea por una u otra vía, lo cierto es que ha aumentado el número de jóvenes que presentan este tipo de comportamiento violento y requieren un plan de intervención desde el sistema de protección. Dada la naturaleza del problema es probable que el éxito de las intervenciones pase por reforzar los servicios sociales comunitarios desarrollando programas preventivos, de mediación e incluso intervención en crisis, puesto que es el ámbito privilegiado para incidir en el propio medio familiar y social de los jóvenes.

Sin embargo, también se debe recordar que la demanda de los padres suele producirse tras años de conflicto, siendo el desgaste y el deterioro de la relación muy acusado. La cronicidad del problema afecta a las expectativas de cambio y motivación de cada una de las partes implicadas: padres e hijos. Por tanto, podemos encontrarnos con resistencias ante propuestas de intervención mediadoras y no rupturistas que en principio pudiéramos valorar como más oportunas dada la naturaleza del problema. En ocasiones, la demanda viene ya orientada a buscar la separación e incluso el acogimiento del menor en algún centro de carácter terapéutico o rehabilitador.

No siendo posible la prevención ni la colaboración familiar en algunos casos, tendrá que optarse por medidas de separación que supongan la acogida del joven en un contexto adecuado a sus necesidades. Esta función de respiro, por un lado, y rehabilitadora, por otro, pudiera

desarrollarse en unidades de las llamadas *de socialización* (con estancias temporales controladas) o en acogimientos familiares de carácter terapéutico.

Este enfoque, sin embargo, es muy diferente al panorama que actualmente encontramos en nuestro territorio. Por un lado, el escaso desarrollo de intervenciones comunitarias acentúa el uso de medidas que implican la separación, habitualmente hogares de protección. Por otro, la escasa existencia de programas especializados en este tipo de conductas ocasiona que estos jóvenes sean acogidos en hogares de la red básica o mantenidos en centros de primera acogida o urgencia, al no poder ser derivados a centros que ofrezcan un modelo de intervención ajustado a sus necesidades.

Un factor que vuelve a apoyar la necesidad de desarrollar programas especializados en acogimiento residencial es el incremento de expedientes abiertos en protección procedentes de una petición de Fiscalía. Varios artículos de la *Ley 5/2000 de Responsabilidad Penal Juvenil* contemplan la posibilidad de que menores que supuestamente se hayan visto involucrados en hechos delictivos, sean derivados a las entidades públicas a los efectos previstos en la *Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor*. Este hecho, sumado a la directa derivación de todos aquellos casos en que el niño sea menor de 14 años, supone un aumento en el número de expedientes abiertos en los servicios de protección infantil. Además, en algunos casos implicará la atención en hogares de acogida por demostrarse la existencia de una situación de desamparo a raíz de la investigación sobre los hechos cometidos y su contexto familiar. La atención a estos niños, niñas y jóvenes que han iniciado conductas de riesgo de exclusión social, requiere el desarrollo de programas específicos que pueden ser muy efectivos como actuación preventiva.

Finalmente, una revisión de los nuevos perfiles presentes en la población acogida en hogares de protección no debe olvidar el incremento de la población de menores inmigrantes acompañados. Como consecuencia natural de los procesos migratorios de los últimos años, la población inmigrante en España ha crecido significativamente, produciéndose también una mayor proporción de expedientes en protección referentes a familias inmigrantes.

En esta población, son dos las principales causas de apertura de expediente de protección:

- La detección de *situaciones de desamparo provocadas por negligencia*: estos casos vienen asociados a las mismas características que presentaban los usuarios

que hasta ahora eran más frecuentes en servicios sociales (familias numerosas, falta de habilidades parentales, ausencia de apoyo social, problemas de desempleo, etc.) Con esta población reaparecen los factores de riesgo asociados a la desprotección infantil y que originaron los primeros modelos de intervención centrados en el diseño de programas de apoyo a la familia y habilidades parentales.

- *La incapacidad parental para controlar la conducta del hijo o hija*: aparecen conflictos en la relación padres-hijos especialmente cuando se ha producido una reagrupación tardía. Las dificultades para recuperar el rol parental tras una larga separación, durante la que delegaron estas funciones a otras figuras, se suman al choque que produce en el joven la adaptación a una nueva cultura. Si el proceso de reagrupación se efectúa en edades próximas a la adolescencia, en plena construcción de la identidad, la posibilidad del conflicto se incrementa.

En todo caso, la atención a este nuevo grupo no supone orientaciones diferentes a las ya descritas para atender en acogimiento residencial las necesidades de niños y niñas que provienen de situaciones de negligencia o que presentan problemas de conducta y socialización.

Respecto al papel del acogimiento residencial en la acogida de menores extranjeros no acompañados, dada su especial relevancia y diferenciación del fenómeno respecto a otras situaciones de desprotección, le dedicaremos el siguiente apartado.

### LA LLEGADA DE MENORES INMIGRANTES NO ACOMPAÑADOS: EL PAPEL DE LOS CENTROS DE ACOGIDA

Una de las problemáticas que mayor impacto está provocando en los sistemas de protección a la infancia en la actualidad y en especial en los centros de acogida, es la llegada de Menores Extranjeros No Acompañados (en adelante MENAs) que requieren la atención prevista ante situaciones de desamparo. Siendo muy desigual el proceso, número y momento de llegada a cada territorio, las respuestas ofrecidas por parte de las diferentes administraciones autonómicas y provinciales difieren notablemente.

Es un fenómeno que lejos de empezar a disminuir ha tendido a crecer notablemente en las regiones que hasta ahora no habían recibido el mayor impacto (como las ubicadas en la franja norte del país) (Lázaro, 2007; Proyecto CON RED, 2005; Senovilla, 2007). Este hecho ha



provocado en la mayoría de las regiones la necesidad de aumentar considerablemente el número de recursos y plazas para atender a esta población.

La saturación de recursos es una dificultad, pero no la única, y en ocasiones no la más preocupante.

Un aspecto que incide en la generación de conflictos (en algunas regiones) es que las medidas no respondan adecuadamente a las necesidades de los menores. Hasta el momento se han utilizado los recursos del sistema de protección diseñados para dar cobertura a las necesidades de protección de niños en desamparo, pero las diferencias en la intervención requerida son suficientemente importantes como para replantearnos el ajuste de estos programas a las necesidades de esta nueva población.

Pese a todas las dificultades presentadas, el punto de partida en el que debemos situarnos es que estos chicos y chicas son menores de edad, y como tales, son objeto de derechos y deben ser protegidos. El factor común a toda la normativa relativa a los menores de edad es el interés superior de éstos en las actuaciones que se lleven a cabo. Aún así, en ocasiones han existido dudas con respecto a la conjugación de este interés y la condición de extranjeros de los chicos y chicas que ahora nos ocupan.

Tratar de describir a los menores extranjeros no acompañados como un solo grupo con características y necesidades comunes supondría un error, por otro lado muy generalizado. Siendo su origen, cultura, idioma y situación familiar distintas, a lo que se deben sumar sus diferencias individuales, hablar del grupo de MENAs como algo homogéneo nos lleva a la extendida práctica de desarrollar intervenciones no individualizadas, recayendo en un modo de proceder que entendemos debería estar superado en el actual sistema de protección infantil.

No se puede negar que hay cierta condición común en todos estos menores: el desarraigo, la experiencia de abandono del hogar, la vivencia del viaje, la llegada a una cultura ajena (ocio, relaciones, religión, alimentación, idioma, etc.), la separación de la familia, las expectativas de futuro en Europa. Todo ello, junto a la ausencia de planificación por parte de las administraciones ante su llegada, ha provocado la creación de intervenciones colectivistas centradas en la cobertura de necesidades básicas, regulación de papeles y preparación laboral. Sería preciso desarrollar una buena evaluación inicial de los casos con el fin de establecer planes de intervención individualizados, evitando así generalizar la preparación para la emancipación como proyecto educativo único por su condición de MENAs.

En los casos de niños y niñas más pequeños, de 8-12 años (de momento escasos), se deberían buscar soluciones familiares, bien sea facilitando la reagrupación familiar (cuando el informe social en origen avale la adecuación de los cuidados que recibirá el niño) o desarrollando la opción del acogimiento familiar en la región de acogida. Hasta ahora, el acogimiento en familia extensa no ha sido factible en estos casos, no tanto por no existir familiares en el territorio de acogida, como por no tener aún consolidado su propio proceso de integración sociolaboral.

Manteniendo la estructura de una primera recepción en centros de primera acogida, hoy día existe un gran consenso sobre la necesidad de que se realice en centros específicos para inmigrantes, donde existan mediadores culturales que pudieran facilitar la intervención con estos menores y una formación específica en los equipos educativos y técnicos sobre interculturalidad. Asimismo, este es el contexto donde los menores deben ser evaluados con el fin de ofrecer itinerarios diferenciados: en caso de valorar que un joven presenta un objetivo claro de integración, agilizar los trámites y apoyarle en su proceso; en aquellos en que el objetivo no está claro, siguen pautas dirigidas por otros, buscan una aventura, o aparecen otros problemas asociados, ofrecer otras direcciones de intervención. En algunos de estos casos será requerida su derivación a programas especializados (terapéuticos y socialización) y en otros la cobertura a sus necesidades deberá complementarse desde la red comunitaria (educadores de calle, programas de inserción social, cobertura de necesidades básicas fuera de la red de protección, etc.).

Para aquellos jóvenes cuyo plan de caso sea la preparación para la independencia, tendría que facilitarse su recepción en centros donde convivan con otros jóvenes de la región de acogida en su misma situación. Se trataría por tanto de evitar la especialización de los hogares de preparación en función de su condición de MENAs. Los programas mixtos podrían favorecer el proceso de integración y adaptación que ha de formar parte del Proyecto Educativo Individual del joven.

Se trata de un fenómeno complejo que ha de ser afrontado no sólo desde el sistema de protección, sino también desde otras instituciones competentes en materia de inmigración e integración social. La determinación de directrices claras y la coordinación entre instituciones, comunidades autónomas y países recep-

tores, es fundamental para diseñar intervenciones coherentes y ajustadas a las necesidades de estos jóvenes evitando así el uso de los centros como mera contención de un problema eludido desde muchos ámbitos.

### LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN ESPAÑA

A pesar de ser muchos los retos a afrontar por los hogares y centros de protección y numerosos los cambios acontecidos en cuanto a sus funciones y estructura, el acogimiento residencial sigue sin generar en nuestro país un volumen de investigación acorde a la importancia que tiene.

Como se puede deducir tras analizar el perfil de la población actualmente acogida en hogares, las dificultades en la intervención son considerables y ello acentúa el arraigado pesimismo en torno a la función que cumple esta medida en el sistema de protección. Sirva como ejemplo el debate publicado en el 2003 (Del Valle, 2003; Palacios, 2003) a raíz de un estudio sobre resultados respecto a la integración social de jóvenes que habían vivido en centros durante los años 90 (Del Valle, Álvarez-Baz y Bravo, 2003). Ahora bien, el panorama es más desalentador del que había entonces, y probablemente los resultados que pudieran hallarse en un estudio de seguimiento en la actualidad no serían tan positivos. Pero no se trata de demonizar por ello al acogimiento residencial, cuya función como ya describimos es ineludible, sino de apoyar el papel de esta medida protectora, y fomentar su mejora, desarrollo y adaptación a los nuevos retos que ha de afrontar por el cambio en las características y necesidades de los nuevos perfiles que estamos atendiendo.

Para ello han de reforzarse los esfuerzos en investigación y lo cierto es que en España el acogimiento residencial no está reclamando la atención de los investigadores. En un breve repaso, que no pretende ser exhaustivo, podríamos localizar grupos como el de la Universidad de la Laguna que ha trabajado sobre las redes sociales (Martín y Dávila, 2008; Martín, Muñoz, Rodríguez y Pérez, 2008), satisfacción de los menores acogidos (Martín y González, 2007) y la vinculación entre los menores y sus familias de esta población (Martín, Torbay y Rodríguez, 2008); o el trabajo iniciado por C. Panchón en su tesis doctoral sobre la organización de los centros de protección (Panchón, 1993) y continuado en posteriores publicaciones (Pan-

chón, Del Valle, Vizcarro, Antón y Martín, 1999). En Cataluña cabe mencionar también la dedicación durante muchos años de F. Casas a este tema y su trabajo generador de debates e ideas fundamentales para el cambio de modelo en acogimiento residencial (Casas, 1985, 1988, 1993).

Aparte de estos grupos, solamente el nuestro (Grupo de Investigación en Familia e Infancia de la Universidad de Oviedo) mantiene una trayectoria continuada desde hace más de diez años. Nuestro grupo ha desarrollado durante los últimos años dos sistemas de evaluación estandarizados: el SERAR, Sistema de Evaluación y Registro en Acogimiento Residencial, publicado inicialmente en 1998 (Del Valle, 1998) y revisado tras un proceso de validación en 2007 (Del Valle y Bravo, 2007b), y el ARQUA, un sistema de evaluación de calidad en hogares de protección aún no publicado. El primero de ellos sistematiza el proceso de programación y evaluación individual que los equipos educativos han de realizar con cada uno de los niños y niñas, mientras que el segundo incorpora los instrumentos necesarios para evaluar el funcionamiento de los hogares y centros y su adecuación a principios de calidad nacionales (Del Valle, 1999; Redondo, Muñoz y Torres, 1998) y estándares internacionales (CWLA, 1991). Dentro de este contexto de evaluación de programas han tenido también importante repercusión nuestros trabajos sobre estudios de seguimiento de jóvenes que en su día habían vivido en acogimiento residencial (Del Valle et al., 2003, Del Valle et al., 2008)

En respuesta a las nuevas necesidades de intervención en los hogares y centros de acogida, desde nuestro equipo también se están realizando investigaciones sobre el ajuste psicosocial de la población acogida en hogares (Bravo y Del Valle, 2001, 2003), la incidencia de problemas emocionales y de conducta (Llanos, Bravo y Del Valle, 2006), la implementación de técnicas de intervención en crisis en este contexto, el estudio de la satisfacción de los niños y niñas atendidos (Del Valle y Martínez, 2005) así como el análisis de las necesidades de la población de menores extranjeros que representa una de las principales causas del incremento de las cifras de menores acogidos en nuestro país. Por otro lado, la profesión del educador social y de los técnicos que trabajan en este ámbito, también han sido objeto de estudio, con el fin de potenciar y mejorar su papel en la intervención con niños acogidos (Del Valle, López y Bravo, 2007).

## RETOS EN LA ACTUALIDAD

La revisión de la estructura, funcionamiento y prácticas que encontramos hoy en día en los hogares y centros de protección en España arroja un buen número de cuestiones aún no resueltas. Parece que cuando habíamos conseguido asumir un modelo de atención basado en principios como el de normalización, trabajo individualizado, profesionalización, educación integral, etc., los hogares deben volver a ajustarse a nuevas demandas y modificar, o mejor dicho ampliar, su modelo de intervención. Esta atención educativa, basada en la creación de un contexto de convivencia y educativo normalizado, alejado del concepto de "institución de menores", sigue siendo pertinente para algunos niños que requieren una acogida temporal sin presentar necesidades especiales de intervención.

Pero lo cierto es que en muchos de los casos que atendemos en la actualidad en acogimiento residencial ese modelo resulta limitado. Precisamente el optar por los hogares de acogida puede deberse a la necesidad de implementar intervenciones más especializadas y de corte terapéutico, que difícilmente podrían desarrollarse dentro del ámbito familiar (salvando la excepción de los acogimientos familiares profesionalizados o terapéuticos, apenas implantados en nuestro país).

Esta nueva transformación requiere una fuerte apuesta por parte del sistema de protección que, entre otras cuestiones, ha de fundamentarse en las siguientes líneas de trabajo: el refuerzo del personal cualificado (ratios más pequeñas), la formación de los educadores en el ejercicio de funciones como la evaluación, programación y aplicación de técnicas más terapéuticas, la incorporación de una adecuada atención clínica (no necesariamente como estructura interna de los centros u hogares) para reforzar la tarea educativa, la coordinación con otras instituciones (salud mental, justicia, educación, inmigración), la creación de nuevos modelos de intervención y el diseño de espacios adecuados.

Los cambios necesarios no son pocos y cada comunidad autónoma ha apostado por su realización de manera muy desigual. Aún son muchas las regiones donde los centros de primera acogida son utilizados para "contener" a aquellos jóvenes que requieren intervenciones especializadas por no contar con unidades adecuadas (terapéuticas o socialización). De este modo, se pervierte el uso de la primera acogida, diseñada inicialmente como espacio de evaluación y primera recepción, razón por la cual debiera gozar de un clima de seguridad y

afectividad imprescindible para aquellos niños, niñas y adolescentes que acaban de ser separados de su familia.

El procedimiento clave para acometer el cambio sería la evaluación de necesidades de los niños y niñas en desamparo en cada territorio, y ajustar los recursos a la intervención requerida (tal como J. de Paúl reivindica en el primer artículo de este monográfico). El estudio de esa población nos llevará a valorar como obsoletas aquellas redes que aún albergan una proporción importante de plazas para niños y niñas menores de doce años. La intervención protectora para estos niños no ha de fundamentarse en el uso de los hogares, salvo causas muy justificadas y siendo la permanencia muy breve. Además, si hablamos de niños menores de tres años, deberían estar en acogimiento familiar siempre, como se reivindica en el artículo anterior (y como se ha comenzado a incluir en los Planes de Infancia de varias comunidades autónomas con las que nuestro grupo de investigación desarrolla funciones de asesoramiento).

Hoy en día suelen ser precisos más programas de atención a adolescentes para preparar su proceso de emancipación, y eso supone crear una red de pisos específicos, así como otros para jóvenes extutelados que acaban de cumplir la mayoría de edad y también programas de seguimiento y apoyo comunitarios (inserción laboral, educadores de calle, ayudas para el alquiler, etc.).

Si la demanda para la atención de menores inmigrantes está aumentando prácticamente en todas las regiones, también habrá que planificar y diseñar los recursos oportunos, y formar a los profesionales en las nuevas funciones que tendrán que desempeñar. Los adolescentes con problemas de conducta, con violencia hacia sus padres y fuera de su control, o con importantes problemas de salud mental, presentan necesidades que requieren mucha más atención del sistema de protección y para ellos deben desarrollarse respuestas específicas en acogimiento residencial y una buena coordinación con otros sistemas. A esta franja de adolescentes deben destinarse los hogares, sin desechar el avance en acogimientos familiares profesionalizados, de tipo terapéutico, que podrían dar buenas respuestas a este problema. Desgraciadamente, como se puede apreciar por el artículo sobre acogimiento familiar de este monográfico, el desarrollo de estas alternativas nos queda aún muy lejos.

Lo cierto es que la red de hogares y centros tendría que demostrar una suficiente flexibilidad y capacidad de adaptación a las nuevas realidades derivadas desde el

sistema de protección y esta es, sin duda, una de las mayores dificultades para este tipo de programas.

El proceso de evaluación habría de incorporar la opinión de los niños y jóvenes acogidos; su voz es clave para el desarrollo de intervenciones de calidad y sin esta perspectiva se tienden a olvidar aspectos esenciales para conseguir el éxito de la intervención. Aún son pocas las aportaciones en esta línea (Martín y González, 2007; Del Valle y Martínez, 2005) a pesar del reconocimiento de su importancia en las diversas publicaciones sobre estándares de calidad.

Finalmente, la oportunidad de haber revisado en este mismo monográfico las diferentes medidas protectoras permite analizar el grado de dependencia entre todas ellas para conseguir intervenciones eficaces. Si el resto de medidas no se implementan ni potencian adecuadamente, difícilmente los hogares y centros de protección podrán cumplir debidamente su función como medio para la consecución del plan de caso. El buen funcionamiento y la coordinación con los programas de intervención familiar es imprescindible para lograr la pronta reunificación de los niños y niñas acogidos temporalmente en hogares. La posibilidad de contar con familias acogedoras evita la larga permanencia en este recurso de los más pequeños, especialmente sensibles a la falta de estabilidad en sus referentes educativos. Finalmente, en casos de imposible recuperación de la familia de origen, agilizar el proceso de adopción evitaría también el uso excesivamente prolongado de los hogares, no olvidando que estos tiempos de espera son proporcionalmente muy significativos en la vida de un niño.

La función del acogimiento residencial, cada vez más, debe orientarse a la rehabilitación, al trabajo terapéutico, a la preparación para la independencia y, en general, a la cobertura de necesidades muy específicas difícilmente cubiertas por otros recursos. Su función al servicio de un plan de reunificación, o bien de acoplamiento a una nueva familia, debe ejercerse de forma rápida, potenciando la recuperación y preparación a esa nueva transición. Esperemos que la reciente modificación introducida en la Ley 54/2007 de Adopción Internacional, limitando a dos años el plazo para que los padres reclamen contra la declaración de desamparo de sus hijos, tenga un importante efecto sobre las largas estancias actuales de muchos niños en acogimiento residencial. Este podría ser el plazo razonable para que una familia pueda modificar la situación original y recuperar a sus hijos.

En definitiva, se precisa un cambio global del sistema de protección para reconducir las funciones del acogi-

miento residencial, como las de cualquier otra medida, ya que la interdependencia entre ellas es tal, que difícilmente incidir por separado en cada una va a aportar mejoras significativas.

## REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Bravo, A., y Del Valle, J. F. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13(2), 197-204.
- Bravo, A., y Del Valle, J. F. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema* 15(1), 136-142.
- Casas, F. (1985). *Els internaments d'infants a Catalunya*. Barcelona: Caixa de Barcelona.
- Casas, F. (1988). Las instituciones residenciales para chicos y chicas en dificultades sociofamiliares: apuntes para una discusión. *Menores* (10), 37-50.
- Casas, F. (1993). Instituciones Residenciales: ¿Hacia dónde? . In Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos a la Infancia (Ed.), *III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada* (pp. 29-47). Madrid: Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos a la Infancia.
- Colton, M., y Hellinckx, W. (1993). *Child Care in the EC*. Aldershot: Arena.
- CWLA. (1991). *Standars of excellence for residential group care services*. Washington: CWLA.
- Dale, N., Baker, A. J. L., Anastasio, E., y Purcell, J. (2007). Characteristics of Children in Residential Treatment in New York State. *Child Welfare*, 86(1).
- Del Valle, J. F. (1998). *Manual de programación y evaluación para los centros de protección a la infancia*. Valladolid: Servicio de Publicaciones de la Junta de Castilla y León.
- Del Valle, J. F. (1999). La calidad de la atención en los servicios sociales de familia e infancia. *Papeles del colegio*, III(74), 38-45.
- Del Valle, J. F. (2003). Acogimiento residencial: ¿innovación o resignación? *Infancia y Aprendizaje* 26(3), 375-379.
- Del Valle, J. F., Álvarez-Baz, E., y Bravo, A. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia *Infancia y Aprendizaje* (26(2)), 531-542.

- Del Valle, J. F., y Bravo, A. (2007a). La evaluación de programas de acogimiento residencial de protección infantil. In A. Blanco y J. R. Marín (Eds.), *Manual de Intervención Psicosocial*. Madrid: Prentice Hall.
- Del Valle, J. F., y Bravo, A. (2007b). *SERAR: Sistema de Evaluación y Registro en Acogimiento Residencial*. Oviedo: NIERU.
- Del Valle, J. F., Bravo, A., Álvarez, E., y Fernánz, A. (2008). Adult self-sufficiency and social adjustment in care leavers from children's homes: a long-term assessment. *Child y Family Social Work*, 13(1), 12-22.
- Del Valle, J. F., y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Del Valle, J. F., López, M., y Bravo, A. (2007). Job stress and burnout in residential child care workers in Spain. *Psicothema*, 19(4), 610-615.
- Del Valle, J.F. y Martínez, M. (2005). *Satisfacción de menores con la atención residencial recibida*. Comunicación presentada al IX Congreso de psicología Social. A Coruña.
- Lázaro, I. (2007). Menores Extranjeros No Acompañados: La situación en España. *Prolegómenos. Derechos y Valores de la Facultad de Derecho*, 10 (19), 149-162.
- Llanos, A., Bravo, A., y Del Valle, J.F. (2006). *Perfiles problemáticos y necesidades emergentes en acogimiento residencial*. Santander. Actas del VIII Congreso de Infancia Maltratada.
- Maluccio, A. N., Fein, E., y Olmstead, K. A. (1986). *Permanency Planning*. Londres: Tavistock Publishers.
- Martín, E., y Dávila, L. M. (2008). Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial. *Psicothema*, 20(2), 229-235.
- Martín, E., y González, M. S. (2007). La calidad del acogimiento residencial desde la perspectiva de los menores. *Infancia y Aprendizaje*, 30(1), 25-38.
- Martín, E., Muñoz, M. C., Rodríguez, T., y Pérez, Y. (2008). De la residencia a la escuela: la integración social de los menores en acogimiento residencial con el grupo de iguales en el contexto escolar. *Psicothema*, 20(3), 376-382.
- Martín, E., Torbay, A., y Rodríguez, T. (2008). Cooperación familiar y vinculación del menor con la familia en los programas de acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 24(1), 25-32.
- Palacios, J. (2003). Instituciones para niños: ¿protección o riesgo? *Infancia y Aprendizaje*, 26(3), 353-363.
- Panchón, C. (1993). *Les llars infantils: una alternativa als nens en risc social*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
- Panchón, C., Del Valle, J. F., Vizcarro, C., Antón, V., y Martín, C. (1999). *Situación de menores de 16 a 18 años en centros de protección*. Barcelona: Dulac.
- Proyecto CON RED, P. C. (2005). *Rutas de pequeños sueños. Los menores inmigrantes no acompañados en Europa*. Barcelona: Fundación Pere Tarrés.
- Redondo, E., Muñoz, R., y Torres, B. (1998). *Manual de la buena práctica para la atención residencial a la infancia y adolescencia*. Madrid: FAPMI.
- Senovilla, D. (2007). *Situación y tratamiento de los menores extranjeros no acompañados en Europa. Un estudio comparado de 6 países: Alemania, Bélgica, España, Francia, Italia y Reino Unido*. Bélgica: Observatorio Internacional de Justicia Juvenil.

# LA ADOPCIÓN COMO INTERVENCIÓN Y LA INTERVENCIÓN EN ADOPCIÓN

## ADOPTION AS INTERVENTION, INTERVENTION IN ADOPTION

Jesús Palacios  
Universidad de Sevilla

La adopción es una alternativa que ocupa un muy especial lugar entre las alternativas del sistema de protección de infancia, debido a su carácter irrevocable y al radical cambio de situación personal y familiar que implica. En este artículo se ofrece una panorámica de la adopción en España, comentándose los datos estadísticos más destacados y analizando con detalle algunas de las intervenciones que los profesionales de la psicología que trabajan en este campo llevan a cabo. El texto concluye con una breve aproximación a la situación de la investigación psicológica sobre adopción en España.

**Palabras clave:** Adopción, Adopción Internacional, Valoración de Idoneidad, Post-adopción.

Adoption occupies a very special position among child protection alternatives, due mainly to its irreversible nature and to the radical changes it entails in both personal and family circumstances. This article offers an overview of adoption in Spain, discussing some of the most relevant statistical data and analyzing in detail some of the interventions carried out by psychology professionals working in this field. The paper concludes with a brief consideration of psychological research on adoption in Spain.

**Key words:** Adoption, Inter-country Adoption, Home Assessment, Post-adoption.

**C**omo ha quedado claro en uno de los artículos anteriores, la adopción es la medida más extrema que se puede tomar dentro del sistema de protección de la infancia en situación de riesgo o desprotección. Ello es así por dos razones fundamentales, que no se dan en las demás alternativas de protección:

- Por una parte, porque supone un cambio radical de la situación jurídica previa de todos los implicados. Jurídicamente, los que eran padres dejan de serlo, quienes no tenían un hijo pasan a tenerlo y el protagonista central, quien es adoptado, deja de ser hijo de los primeros y se convierte en hijo de los segundos.
- Por otra, por su carácter irrevocable. En todas las demás medidas de protección es posible dar marcha atrás o cambiar de situación, de manera que una familia puede estar en un programa de preservación familiar y luego dejar de estarlo, una niña puede estar en un acogimiento temporal y luego pasar a uno permanente, un niño puede estar en un centro y después pasar a una familia, etc. Pero la adopción es irreversible. De hecho, es jurídicamente tan irreversible como la filiación biológica, no habiendo diferencias entre ambas filiaciones en los derechos y las obligaciones que generan.

La adopción de menores por parte de personas con las que no guarda relación biológica no es un fenómeno

nuevo. Ha existido en todos los tiempos históricos (su regulación se grabó en piedra de basalto en el código de Hammurabi, unos 1750 años antes de nuestra era), existe en todas las culturas (Bowie, 2004) y, de hecho, es muy frecuente entre los animales, habiéndose encontrado en más de 120 especies de mamíferos y en más de 150 especies de aves (Avital, Jablonka y Lachmann, 1998). La presencia de la adopción en la mitología (Sargón en la cultura mesopotámica, Moisés en la hebrea, Edipo en la griega, Rómulo y Remo en la romana) y en la literatura (Perdita en Shakespeare, Oliver Twist en Dickens, Quasimodo en Hugo...), da fe tanto de su existencia en todos los tiempos y lugares, como de su capacidad para excitar la imaginación en torno a ella.

Pero si bien no se trata de una novedad, no cabe duda de que en las últimas décadas la adopción de menores ha adquirido una magnitud y una visibilidad inusitadas. De acuerdo con la estimación de Palacios y Brodzinsky (2005), cada año se adoptan en los países occidentales entre 120.000 y 150.000 menores, lo que da una idea de la importancia cuantitativa del fenómeno. Alrededor de todas y cada una de estas adopciones hay un buen número de intervenciones profesionales que se realizan por parte de la administración pública responsable de la protección de menores, por parte del aparato judicial (la adopción no es una decisión administrativa, sino judicial) y por parte de profesionales que están implicados en alguna de las muy diversas actividades profesionales que el fenómeno de la adopción genera.

En lo que sigue se hace, en primer lugar, un análisis de las estadísticas españolas de los últimos años en materia de adopción. Posteriormente, se analizan algunas de las más relevantes intervenciones profesionales alrededor de esta medida de protección. Finalmente, se ofrece una muy breve aproximación a la situación de la investigación sobre adopción entre nosotros.

### LOS DATOS, DETRÁS DE LOS DATOS Y MÁS ALLÁ DE LOS DATOS

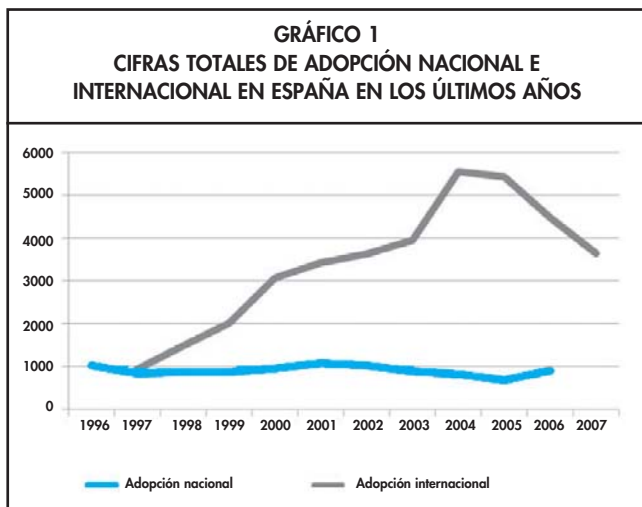
La adopción puede ser nacional o internacional, según que quienes son adoptados sean o no de nacionalidad española. Mientras que la primera ha existido desde hace siglos, la segunda es de aparición mucho más reciente, siendo su regulación jurídica entre nosotros del año 1996, con una ampliación y puesta al día en la ley de adopción internacional de 2007. Los datos estadísticos recientes muestran dos hechos muy claros: de un lado, que las cifras de adopción nacional se han mantenido estables, con entre 800 y 1000 casos anuales; de otro, que a partir de su citada regulación en 1996, la adopción internacional ha tenido en España un desarrollo extraordinario; así, según Selman (en prensa), entre 1998 y 2004 se produjo en España un incremento en adopciones internacionales del 273%. De hecho, mientras que algunos países europeos llevaban algunas décadas haciendo adopciones internacionales, España -siguiendo ese rasgo tan nuestro de llegar tarde, pero corriendo- lo ha hecho sólo muy recientemente, poniéndose en poco tiempo, junto a Noruega y Suecia, a la cabeza mundial en la proporción de adoptados por cada 1000 nacidos vivos. El gráfico 1 muestra claramente tanto la estabilidad de la adopción nacional en los últimos años, como

el espectacular incremento de la internacional. Merece la pena detenerse en la consideración de algunos de los hechos que están detrás del gráfico.

En primer lugar, cabe preguntarse el porqué del perfil plano de la adopción nacional frente a la empinada curva de la internacional. No en todos los países son las cosas de esa manera, pues los hay en los que, como ocurre por ejemplo en Gran Bretaña, la adopción nacional tiene un claro predominio, siendo la internacional muy infrecuente. De entre las diversas causas por las que España presenta un perfil tan contrastado, tres nos parecen relevantes. Por una parte, el miedo de los adoptantes a las complicaciones jurídicas de la adopción nacional. Aunque tienen un carácter absolutamente excepcional, a veces adquieren notoriedad en los medios de comunicación decisiones judiciales que plantean la interrupción de acogimientos preadoptivos tras varios años de convivencia entre quien llegó a una casa para ser adoptado y quienes llevan varios años ejerciendo como sus padres. Frente a esto, la adopción internacional parece más protegida de esas desagradables eventualidades, pues es todavía muchísimo menos probable que nadie aparezca para reclamar la vuelta del menor y, si lo hiciera, no habría prácticamente ninguna probabilidad de que eso afectara a la adopción ya constituida.

Por otra parte, está el hecho de que, frente a lo que había ocurrido tradicionalmente (en la época en que abundaban los bebés voluntariamente entregados o abandonados), la adopción nacional concierne con mucha frecuencia a niños y niñas que ya han cumplido algunos años, o que esperan ser adoptados junto a algún hermano o hermana, o que tienen algún problema relevante... o que presentan al mismo tiempo todos esos rasgos. Puesto que la mayor parte de quienes adoptan lo hacen tras intentos fallidos de concepción biológica -natural o asistida-, en sus expectativas está habitualmente la idea de unas características (de edad y de ausencia de problemas) que se parezcan lo más posible a las que se hubieran dado en el caso de la filiación biológica. Es esa expectativa la que orienta a muchos solicitantes de adopción hacia otros países, con la esperanza de un niño o una niña lo más pequeño posible, deseablemente un bebé sin problemas especiales.

Finalmente, a lo anterior se une el conformismo de las instituciones públicas, así centrales como autonómicas, con responsabilidad en materia de protección, mucho más dedicadas a responder a la demanda que a encauzarla y mucho más motivadas por los trajines de la



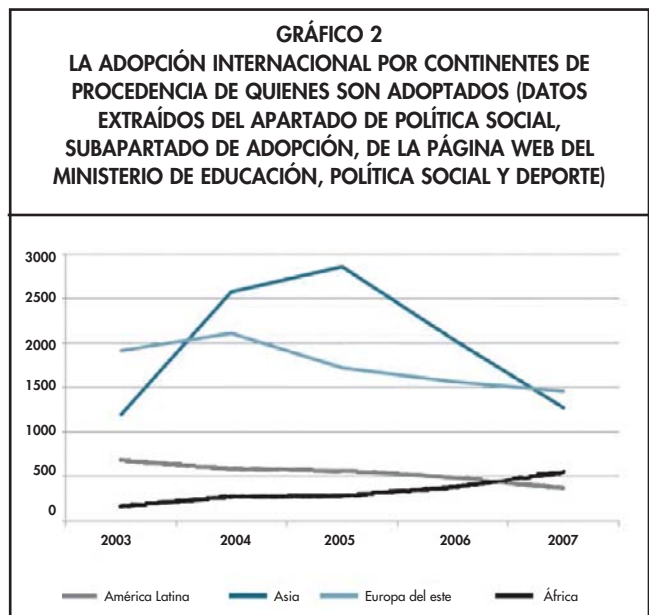
adopción internacional que por reducir drásticamente las escandalosas cifras españolas de acogimiento residencial, parte de cuyos efectivos podrían ser objeto de adopción nacional si en ello se pusieran el empeño y los recursos necesarios (la otra parte debería ser objeto de otras medidas de protección en contextos predominantemente familiares).

El gráfico anterior muestra sólo las cifras totales de la adopción internacional, pero no da fe de la distribución por zonas geográficas de origen. Cuando la adopción internacional despegó en España, fueron muchos los adoptantes que se dirigieron a Latinoamérica como una especie de destino natural por proximidad lingüística, cultural y hasta étnica. En parte porque pronto se hizo evidente que los niños y niñas que venían de esos países tenían un perfil parecido a los de la adopción nacional, los solicitantes empezaron a dejar mirar a occidente y comenzaron a enfocarse hacia oriente, convirtiendo en mayoritarias las adopciones de Europa del este y de países asiáticos. El gráfico 2 muestra la evolución de los datos en función del continente de procedencia. En 2005, de las 2854 adopciones realizadas en Asia, 2753 lo fueron en China (el resto fueron mayoritariamente en India y Nepal). De las 1727 adopciones de 2005 realizadas en Europa del este, 1262 lo fueron en Rusia (el resto, mayoritariamente en Ucrania). De las 564 adopciones de 2005 en Latinoamérica, 240 lo fueron en Colombia (el resto, sobre todo en Bolivia y Perú). Finalmente, de las 278 adopciones de 2005 en África, 227 fueron en Etiopía (el resto ocurrieron mayoritariamente en Madagascar).

El decremento que se observa en el gráfico 1 en las cifras totales de adopción internacional a partir de 2005 se complementa con los datos de este otro gráfico, que muestra que es un decremento que afecta a todas las zonas de procedencia con la sola excepción de África, cuyas cifras se han duplicado entre 2005 (278 adopciones) y 2007 (545 adopciones). Lo que hay detrás de la tendencia a la baja en las cifras mayoritarias (tendencia que no afecta sólo a España) no es tanto una reducción de las solicitudes de adopción, cuanto una contracción en la oferta de adopciones por parte de los países de origen o un cambio en los perfiles de los niños y niñas adoptables internacionalmente. Así ha ocurrido, por ejemplo, en el caso de China, donde se ha pasado de 2753 adopciones en 2005 a 1059 en 2007. Aparte de que China ha impuesto restricciones que antes no tenía (por ejemplo, no aceptando adoptantes monoparentales, exigiendo un cierto nivel académico y económico,

excluyendo de la adopción a personas con ciertos perfiles de edad o de salud), la explicación oficial es que ha habido allí un incremento de la adopción nacional, aunque es difícil saber si tal incremento ha ocurrido realmente o si el argumento forma parte del enjalbegado de la fachada patria alrededor de los juegos olímpicos de 2008 en Beijing. En otros casos, no se trata tanto de una disminución de las adopciones teóricamente posibles, sino de un cambio en el perfil de los niños y niñas adoptables; así ocurre, por ejemplo, en el caso de Ucrania, cuyas autoridades se sorprenden de que los solicitantes españoles aspiren todavía a bebés ucranios cuando llevan tiempo recordando que los que en realidad son adoptables internacionalmente tienen más de 5 o 6 años. Por otra parte, tanto España como otros países europeos han dejado de hacer adopciones en países en los que se adoptaban típicamente niños pequeñitos, pero en los que las garantías de limpieza en la declaración de adoptabilidad eran con frecuencia más que dudosas.

Por otra parte, la adopción internacional concierne no sólo a quienes son adoptados, sino también a quienes adoptan, respecto a los cuales el espacio aquí disponible permite esbozar sólo tres pinceladas. Una, para indicar que la infertilidad se encuentra detrás de la motivación de adoptar en aproximadamente las tres cuartas partes de los solicitantes de adopción, aunque el porcentaje de quienes han adoptado tras tener hijos previos ha ido aumentando en los últimos años. Otra, para señalar que la presencia de monoparentalidad es aproximadamente el doble entre quienes adoptan que entre la población ge-





neral. La tercera, finalmente, para indicar que el perfil mayoritario en adopción internacional es el de personas con alto nivel educativo, al contrario que ocurre en la adopción nacional, en la que los adoptantes reflejan mejor y más proporcionadamente la diversidad existente en la población general española.

Y para terminar este apartado, y a propósito de la adopción nacional, debe señalarse que tiene un papel mucho menos visible que la internacional, hasta el punto de que si se dejara guiar por lo que se habla, se legisla y se publica, el observador externo podría pensar que adoptar en España es hacerlo internacionalmente. Uno puede preguntarse, por ejemplo, si lo más necesitado en estos momentos era una ley específica de adopción internacional como la promulgada en 2007 o, por el contrario, una ley más amplia y ambiciosa que afectara al sistema de protección de infancia en su conjunto y que tuviera entre sus finalidades prioritarias el aumento en número y calidad de la preservación familiar, de los acogimientos familiares y de la adopción nacional, con una decidida y contundente reducción de los acogimientos residenciales. Pero en la organización institucional de las políticas de infancia, es como si la adopción internacional ocupara la privilegiada posición de la aristocracia y el acogimiento residencial el lugar del proletariado, con la adopción nacional y el acogimiento en familia extensa instalados en un espacio imaginario no muy lejano en la jerarquía de urgencias y prioridades.

### INTERVENCIONES PROFESIONALES EN ADOPCIÓN

Hace años, la intervención profesional en adopción era un asunto no muy complicado. Había cierta abundancia de bebés adoptables, típicamente procedentes de renuncias o abandono por parte de quienes no podían (pobreza en familias ya numerosas), no querían (embarazos no deseados, hijos extramatrimoniales) o no tenían socialmente permitido (madres solteras) sacarlos adelante. Se trataba en la mayor parte de los casos de bebés sin especiales problemas de salud o de otro tipo (y el autor de estas páginas aún recuerda la etiqueta de "no adoptable" escrita sobre los expedientes de ciertos niños o niñas mayores o con necesidades especiales). Por otra parte, quienes querían adoptar eran parejas casadas con problemas de fertilidad. En la mayor parte de los casos, la intervención profesional consistía fundamentalmente en llevar a cabo la valoración de idoneidad de esas parejas y en asignar a las declaradas idóneas uno de los bebés adoptables, llevando a cabo posteriormente

un cierto seguimiento que confirmara que todo estaba evolucionando adecuadamente.

Las cosas han cambiado notablemente en los últimos años. Por una parte, el perfil de los menores adoptables se ha ido haciendo crecientemente complejo en cuanto edad (siendo los bebés minoritarios), características (frecuente presencia de hermanos, necesidades especiales de algún tipo), y procedencia (adopción nacional, adopción internacional). Ya no hay niños considerados "no adoptables", aunque desde luego para algunos sea mucho más difícil encontrar familias que para otros. Por otra parte, el perfil de los adoptantes también se ha hecho crecientemente complejo; aunque las parejas con problemas de fertilidad sigan siendo el grupo mayoritario, están también las ya aludidas personas sin pareja, las parejas con hijos previos (biológicos o adoptivos) y, sumadas con el cambio legislativo de 2005, las parejas formadas por personas del mismo sexo. La adopción internacional ha venido a complicar las cosas, porque mientras que en la adopción nacional sólo rigen las leyes españolas, en la internacional entran también en juego las del país de origen del menor. Además, son muchos los países que exigen seguimientos durante un cierto tiempo después de la adopción. Y, finalmente, no son pocas los adoptantes o los adoptados que buscan ayuda para resolver algún problema o hacer frente a alguna dificultad, lo que extiende la necesidad de intervención profesional mucho más allá del momento de la formalización de la adopción.

Frente a una intervención profesional tradicionalmente muy centrada en valoración de idoneidad y asignación de menores a familias, el más complejo panorama de la adopción ha hecho alargarse la lista de actuaciones profesionales:

- Información previa a la toma de decisión
- Formación para la adopción
- Valoración de idoneidad
- Asignación de menores a familias
- Seguimiento después de la adopción
- Apoyo post-adopción

Para hacerse cargo de todas estas actividades hacen falta profesionales. Y en la España de los últimos años no sólo ha cambiado el perfil de adoptantes y adoptados, sino también el de los profesionales que intervienen en relación con ellos. Son muchos los países en los que todas esas intervenciones están encomendadas a profesionales del trabajo social. En España, sin embargo, todas ellas son compartidas por profesionales del trabajo

social y de la psicología, de manera que psicólogos y psicólogas tienen un protagonismo destacado en todas esas intervenciones profesionales, lo que es cierto en general para todas las actuaciones del sistema de protección de infancia.

Antes de la llegada de la adopción internacional, los profesionales que intervenían en estas cuestiones pertenecían a las entidades públicas con responsabilidad en materia de protección de infancia (desde la reforma de 1987, profesionales del departamento de la administración autonómica encargado de estos asuntos), siendo frecuentemente profesionales familiarizados con el sistema de protección de infancia. Pero el *boom* de la adopción internacional antes analizado lo desbordó todo y se hizo necesario improvisar profesionales para responder a una galopante demanda, tomándolos de fuera del sistema (es decir, del ejercicio privado de la profesión) y con frecuencia sin una familiarización en profundidad con el sistema de protección.

En la actualidad, los profesionales están en los servicios de protección de las entidades públicas, o trabajan para alguna de las más de cuarenta entidades colaboradoras acreditadas en España para la mediación en adopción internacional (llamadas ECAIs), o bien trabajan ocasionalmente en temas de adopción al amparo de convenios entre la administración autonómica y los colegios profesionales del trabajo social y la psicología (el llamado TI-PAI, un turno de intervención profesional en adopción internacional por el que profesionales externos al sistema, tras una formación que nunca es más que breve, colaboran en tareas de valoración de idoneidad).

No es posible aquí entrar en el detalle de la intervención profesional en torno a todas las actividades relacionadas unas líneas más arriba. En aras de la brevedad, se hará mención a tres de las más destacadas: formación para la adopción, valoración de idoneidad y apoyo post-adopción.

### **Formación para la adopción**

A mitad de la década de los 90, por encargo del departamento correspondiente de la Junta de Andalucía, llevamos a cabo una investigación sobre la adopción en Andalucía (en aquellos años, casi exclusivamente adopción nacional). Los resultados de aquel estudio mostraron que algunas de las dificultades que presentaban muchas familias tenían como origen la falta de una mínima preparación para la adopción. Surgió de ahí el encargo que nos hizo la Junta de Andalucía para la elaboración

y puesta en marcha de un programa de formación para la adopción (Palacios et al., 1999, 2006). Junto a Y. Sánchez Sandoval y E. León, de la Universidad de Sevilla, en su elaboración participaron Pere Amorós y Jesús Fuertes, que antes habían tenido todo el protagonismo en la elaboración del programa de formación para el acogimiento familiar a que se ha hecho referencia en el artículo anterior. Desde su implantación en Andalucía en 1999, la formación ha llegado a miles de familias tanto en Andalucía como en otras comunidades autónomas que han utilizado en todo o en parte el programa andaluz. Comenzando por Andalucía, son varias las comunidades autónomas en las que la formación para la adopción es ahora obligatoria como parte del proceso que lleva a la adopción.

En la versión andaluza, el programa de formación contempla dos versiones diferentes, una para la adopción nacional y otra para la internacional. Cada grupo de formación está compuesto por en torno a unas 15 personas (típicamente, seis o siete parejas y dos o tres solicitantes monoparentales), siendo las sesiones coordinadas por dos profesionales (de nuevo, típicamente uno del trabajo social y otro de la psicología). Se trata de sesiones en las que predominan las actividades de grupo, con un fuerte énfasis en la participación, la expresión de vivencias y la discusión abierta. En cada una de las sesiones se incorporan testimonios de adoptantes o de adoptados grabados en video y relevantes para los temas sobre los que en cada caso se esté trabajando. Estos temas no son otros que los fundamentales en el proceso de adopción: la motivación para adoptar, los perfiles y características de quienes esperan ser adoptados, la preparación de la llegada y cómo facilitar la adaptación, el análisis de los problemas más frecuentes y de las respuestas educativas que pueden ser más adecuadas, la temática de la comunicación sobre la adopción y la búsqueda de los orígenes, las características especiales que implica la adopción de niños o niñas mayores, o con hermanos, o con necesidades especiales, etc.

Si bien son muchos los solicitantes que comienzan la formación con reticencias (al ver en ella más una traba que una ayuda), la satisfacción con el programa es claramente mayoritaria. Y no sólo por lo que a lo largo de sus sesiones de aprende y se reflexiona, sino también porque es una ocasión para el establecimiento de unas redes sociales duraderas con otros participantes en las sesiones.

En los casos de adopción internacional, las ECAIs sue-

len complementar esta preparación con actividades formativas más orientadas al país concreto de que se trate, formación que ayuda a los adoptantes a preparar el viaje, la estancia y los trámites en el lugar en que van a llevar a cabo la adopción.

### **Valoración de idoneidad**

El de la valoración de idoneidad es uno de los pocos requisitos que la ley española establece para la adopción. Sin duda, esa es la razón por la que ha tenido un protagonismo especial en las intervenciones profesionales en torno a esta medida de protección. Típicamente, se ha tratado de una actuación profesional carente de protocolo propio, de manera que cada comunidad autónoma (y a veces, cada profesional) ha interpretado el concepto de idoneidad a su manera y ha sustanciado la valoración de manera diferente, aunque dada la presencia de profesionales de la psicología y el trabajo social, habitualmente hay de por medio entrevistas y valoraciones psicológicas, por una parte, y visitas domiciliarias, por otra. Al hilo de las reformas a que se ha hecho referencia anteriormente, la Junta de Andalucía publicó en 1999 unos criterios para la valoración de idoneidad que han servido de fuente de inspiración para muchos profesionales.

Por encargo del entonces llamado Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el autor de estas líneas llevó a cabo en 2005, junto a Y. Sánchez Sandoval, un análisis de los criterios técnicos utilizados en todas las comunidades autónomas españolas en relación con la valoración de idoneidad, la asignación de menores a familias y el seguimiento post-adopción. El examen de las prácticas profesionales puso de manifiesto que la valoración de idoneidad era la estrella central de la intervención profesional, estando mucho más desdibujadas —y todavía menos sujetas a protocolo alguno— las demás actuaciones. Y dentro de la valoración de idoneidad, algunos temas suscitaban grandes y muy prolongados debates (¿debe la diferencia de edad entre adoptantes y adoptado ser de 42 años o de 45? ¿cómo se determina la edad de una pareja?), mientras que otros muchos asuntos, sin duda de más enjundia y calado, consumían bastante menos energía y ciertamente menos tiempo en los debates profesionales. El concepto de idoneidad que cada profesional manejaba tenía probablemente acentos muy diferentes, aunque sin duda había también algunos elementos básicos comunes. Y este problema se vio todavía más acentuado cuando hubo que “importar” hacia el

terreno de la adopción a profesionales de la psicología y del trabajo social cuyo ejercicio profesional estaba en otros ámbitos.

Como resultado de las conclusiones del estudio de 2005, el mismo Ministerio encargó entonces la elaboración de un manual de criterios técnicos en relación con la valoración de idoneidad, la asignación de menores a familias y el seguimiento post-adopción (Palacios, 2009). Elaborado con la participación de profesionales de los servicios de adopción de las diferentes comunidades autónomas, el argumento básico del modelo es sencillo de exponer: todas las intervenciones profesionales en adopción deben tener como su eje argumental fundamental, por una parte, las necesidades de los niños y niñas adoptados, y, por otra, las capacidades adultas que se consideran necesarias para responder a esas necesidades. Así, la formación para la adopción o la valoración de idoneidad deberán centrarse en estimular (formación) o determinar la presencia (valoración) de esas capacidades en relación con aquellas necesidades. La asignación de menores a familias deberá tratar de asegurar al máximo que cada niño o niña vaya a una familia con capacidad para responder adecuadamente a sus específicas necesidades, porque una familia concreta puede ser muy adecuada para hacerse cargo de un determinado menor, pero no para asumir la responsabilidad de criar y educar a otro. El seguimiento post-adopción consistirá en analizar en qué medida las necesidades del menor están siendo adecuadamente atendidas, así como en ver si es posible aumentar las capacidades adultas para darles una adecuada respuesta.

La propuesta contenida en la publicación recién citada incorpora protocolos de valoración de idoneidad tanto en los aspectos psicológicos, como en los sociales. Para cada uno de los contenidos fundamentales (relevantes en la lógica necesidades-capacidades) se presentan indicaciones de cómo proceder a la valoración, así como un análisis de los indicadores favorables y de riesgo. El protocolo contempla aspectos específicos para la valoración de solicitantes homosexuales y también de solicitantes monoparentales. Finalmente, el hecho de que todas las intervenciones profesionales que se proponen (no sólo la valoración de idoneidad) estén presididas por la lógica necesidades-capacidades, permite superar otro de los defectos endémicos de la intervención profesional en adopción, consistente en la desconexión entre las distintas actuaciones profesionales, acentuada tras la multiplicación tanto de las actividades, como de los

profesionales, lo que llevó a permitir hablar de los profesionales de la adopción como un ejército desorganizado (Palacios, en prensa).

### **Servicios post-adopción**

Como se ha analizado en otro lugar (Palacios, 2007) son muchas las necesidades que adoptantes y adoptados presentan después de la adopción. Las áreas de problemas más frecuentes tienen que ver con temas jurídicos, de salud, de desarrollo, de problemas de conducta, de dificultades en relación con el apego, de temas que tienen que ver con las pérdidas, de comunicación sobre adopción y de búsqueda de orígenes. Mientras que, como es lógico, los temas jurídicos son abordados por juristas y los temas de salud por pediatras, los profesionales de la psicología tienen un protagonismo muy especial respecto a todos los demás asuntos, en algunos de los cuales intervienen también los profesionales del trabajo social (por ejemplo, para algunos aspectos de la búsqueda de orígenes).

Con frecuencia, los adoptantes buscan ayuda entre los profesionales de la psicología clínica (por ejemplo, en relación con las dificultades de apego) o entre los de la psicología escolar (por ejemplo, en relación con las dificultades de aprendizaje). Poco a poco van surgiendo además servicios post-adopción en distintas comunidades autónomas españolas. En ellos trabajan profesionales de la psicología y del trabajo social (a veces, también de la educación social o de derecho), aunque no parece temerario decir que el papel de los profesionales de la psicología es predominante en este ámbito.

Probablemente, lo que ocurre en el servicio post-adopción de la Junta de Andalucía es un buen ejemplo del trabajo profesional que se lleva a cabo en este tipo de dispositivos. De acuerdo con los datos aportados por dicho servicio (comunicación personal al autor en 2008), las actividades profesionales que se realizan en su interior tienen tres contenidos fundamentales: asesoramiento y orientación familiar, psicoterapia y mediación en la búsqueda de orígenes. Al menos en la experiencia del citado servicio, el peso que en el trabajo diario tiene cada una de estas tres actividades es bastante parecido, lo que significa que cada una de ellas viene a consumir aproximadamente la tercera parte del trabajo profesional del servicio.

Son muchas las familias adoptivas que en un momento determinado precisan de alguna orientación concreta. Tal y como se han desarrollado en España hasta ahora,

mientras que la formación pre-adopción es grupal, la formación post-adopción es individual (algo que seguramente cambiará en el futuro, pues las ventajas de la formación en grupo antes de la adopción siguen estando presentes una vez que, culminados los trámites legales, empiezan a aparecer todos los temas relacionados con la adaptación, la respuesta a las muchas y variadas necesidades infantiles, etc.). ¿Cómo reaccionar ante el niño o la niña que se cierra sobre sí mismo y parece impenetrable a la comunicación o la expresión de afecto? ¿Cómo comunicar una información concreta sobre el pasado que puede ser particularmente doloroso recibir? ¿Cómo hacer frente a la rivalidad entre el hijo biológico y el adoptado? Éstas y muchas otras preguntas semejantes sitúan ante los adoptantes en posición de recabar un parecer profesional que les permita darles la mejor respuesta posible.

Proporcionalmente, son menos las familias que precisan de intervenciones terapéuticas que las que necesitan asesoramiento (aunque, como es lógico, el trabajo con las primeras suele prolongarse más en el tiempo que el que se realiza con las segundas). Aunque las intervenciones terapéuticas pueden tener como pacientes a alguno de los adoptantes o al adoptado o la adoptada, es muy frecuente que se trate de actuaciones en las que el sistema familiar y relacional están implicados, porque incluso si se trata de asuntos que pueden tener una base personal (por ejemplo, la elaboración de la pérdida de la familia de origen por parte de la persona adoptada), es frecuente su repercusión en el sistema familiar en su conjunto y en las relaciones que se establecen entre sus miembros, particularmente en el ámbito de los afectos. Resulta por ello de la mayor importancia que los profesionales que protagonizan la relación de ayuda tengan los adecuados conocimientos tanto de la psicología clínica, como de la psicología de la adopción, pues no sólo el tipo, sino también el significado de ciertos síntomas (y su abordaje terapéutico) tienen un sentido diferente.

Finalmente, está el trabajo profesional en relación con la búsqueda de orígenes. De los aproximadamente cien casos de búsqueda que en 2007 se dieron en el servicio post-adopción de Andalucía, la mayoría de las intervenciones profesionales tuvieron que ver con la respuesta a la búsqueda de información por parte de personas adoptadas. Dada la juventud de los adoptados internacionales, se trata, en su inmensa mayoría, de casos de adopción nacional, aunque no pasará mucho tiempo antes de que los protagonistas empiecen a proceder tam-

bién de la internacional. Cuando se habla de búsqueda de orígenes, la imaginación suele irse a los intentos de búsqueda y contacto cara a cara, pero en realidad lo que la mayor parte de las personas quiere -al menos para empezar- es saber. Como servicio oficial que es, los profesionales del servicio post-adopción pueden tener acceso a información vedada por ley a terceros, lo que hace de ellos interlocutores privilegiados para todos aquellos implicados en procesos de adopción que quieren saber a propósito de personas para ellos importantes. Puede ser un adoptado que quiere saber sobre sus hermanos biológicos no adoptados, o adoptados por otras familias. Puede ser un adoptado que quiere saber sobre las circunstancias de su adopción. Puede ser una madre biológica que quiere saber sobre la niña o el niño que en su momento dio en adopción. Como se indicaba unas líneas más arriba, la mayor parte de las consultas relacionadas con búsqueda de orígenes tenían que ver con este aspecto de búsqueda de información. Además, el servicio post-adopción sirvió en otros casos de vehículo para el intercambio de información (por ejemplo, entre un chico o una chica adoptados y sus abuelos, o viceversa). Y, finalmente, en otros cuantos casos, el servicio post-adopción estuvo implicado en los contactos directos entre personas adoptadas y miembros de su familia de origen (sobre todo hermanos, pero también abuelos o progenitores).

### INVESTIGACIÓN SOBRE ADOPCIÓN EN ESPAÑA

Se han escrito ya muchas páginas desde que se publicara el trabajo pionero de Amorós en 1987, que consistía en un análisis del ajuste a la adopción en niños y niñas en función de hubieran sido adoptados por quienes les habían acogido anteriormente o por personas hasta ese momento desconocidas. Poco después, este trabajo fue replicado en Mallorca por March (1993). La investigación española en materia de adopción es todavía relativamente reducida y no se limita a la psicología, habiéndose también realizado (o estando en fase de llevarse a cabo) aportaciones, a las que aquí no se hará referencia, desde la pediatría, la psiquiatría, la antropología o la sociología. Como una mención a trabajos concretos correría el doble riesgo de involuntarias omisiones y de un mero listado inconexo, el análisis en términos de grupos universitarios con trayectorias de publicación ya consolidadas parece no sólo menos arriesgado, sino tal vez más informativo para una visión tan general como la que puede darse en unas pocas líneas.

En términos tanto de estabilidad en el tiempo como de producción escrita, se pueden identificar al menos cuatro grupos que, desde la Psicología, llevan tiempo trabajando en temas relacionados con la adopción y que tienen una cierta trayectoria de publicaciones sobre el tema. Se trata de grupos ubicados, respectivamente, en las universidades de Barcelona, de Málaga, en la Pontificia de Comillas en Madrid y en la de Sevilla. Sin ánimo de exhaustividad y más bien con la finalidad de mostrar sus preocupaciones fundamentales, se resumen a continuación las líneas de trabajo más importantes de cada uno de ellos, así como algunas publicaciones representativas.

En la Universidad de Barcelona, M. Freixa y su equipo se han interesado por temas que rozan con cuestiones metodológicas, como el uso de instrumentos para evaluar el clima familiar o para entrevistar a solicitantes de adopción. Más recientemente, han abordado el comportamiento familiar de mujeres adoptadas adultas. Algunas publicaciones relevantes son Bonvehí et al. (1996) y Freixa et al. (1996), sobre las dos primeras cuestiones citadas, y Negre et al. (2007) sobre la tercera. Además, Freixa coordinó en 2007 un número monográfico de *Anuario de Psicología* sobre postadopción.

El grupo de la Universidad de Málaga tiene como investigadora principal a M.J. Fuentes, con trabajos relativos tanto a temas de acogimiento familiar (a los que se ha hecho referencia en el artículo anterior), como de adopción. Por lo que a la adopción se refiere, seguramente el rasgo más distintivo de este grupo sea su interés en el proceso de adaptación de niños mayores y adolescentes a sus familias adoptivas. Respecto a este tipo de adopciones, el grupo de Málaga ha profundizado en temas tales como relaciones afectivas, estilos educativos parentales, resolución de conflictos y problemas de conducta de los adoptados. Algunas publicaciones derivadas de sus trabajos son Fuentes et al. (2004) sobre problemas de conducta, Bernedo et al. (2005), sobre percepción del grado de conflicto en las relaciones, y Bernedo et al. (2007), sobre percepción de estrategias de socialización en familias adoptivas y no adoptivas.

El grupo de la Universidad Pontificia de Comillas en Madrid tiene como investigadora principal a A. Berástegui, con trabajos relacionados, por una parte, con las adopciones truncadas (es decir, adopciones que han evolucionado muy negativamente, hasta el punto de producirse la separación entre adoptantes y adoptados), y, por otra, con distintos aspectos de las relaciones adoptantes-adoptados, particularmente la adaptación familiar tras la adop-

ción y la comunicación con los adoptados a propósito de su adopción. Algunas publicaciones relevantes de este grupo son Berástegui (2003), sobre las adopciones truncadas en la comunidad de Madrid; Berástegui (2005), sobre la adaptación familiar tras una adopción internacional; y Berástegui y Gómez (2007), sobre identidad y comunicación sobre los orígenes. Además, desde 2008, Berástegui coordina una red temática española dedicada al trabajo multidisciplinar sobre la integración y el bienestar de los adoptados internacionales.

Finalmente, el grupo de la Universidad de Sevilla tiene como investigador principal al autor de este artículo. Los temas fundamentales de investigación han tenido que ver con la comparación entre adoptados (nacionales) y no adoptados, con el estado a la llegada y la evolución posterior de los adoptados internacionales, y, en fase de ejecución cuando esto se escribe, un proyecto I+D sobre el apego y la competencia social en la transición del desamparo a la protección, particularmente a la adopción. El trabajo de Palacios et al. (1996) da cuenta de la investigación andaluza referida al primero de esos contenidos y mencionada anteriormente; en Palacios et al. (2007) se da cuenta de las investigaciones sobre adopción internacional realizadas en distintas comunidades autónomas españolas por encargo, respectivamente, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por una parte, y por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, por otra. Respecto al trabajo actualmente en ejecución, ha dado lugar ya al trabajo de Palacios et al. (en prensa).

Desde luego, como ya se ha indicado, la investigación sobre adopción en España no se limita ni a los nombres ni a los trabajos citados, existiendo investigadores e investigadoras que han realizado relevantes aportaciones (así, por citar un solo ejemplo, los trabajos de González y su equipo sobre adopción homoparental, de los que se puede ver un ejemplo en González y López, 2008). Y la producción escrita no se limita a la investigación, existiendo también publicaciones de tipo periodístico y de testimonio personal tanto de adoptantes, como de adoptados (por ejemplo, Miró, 2003); otras de carácter más profesional, como el trabajo de Mirabet y Ricart (2005) sobre temas diversos relacionados con apego, crianza, escolaridad y adolescencia, o como el número de *Monografías de psiquiatría* dedicado a "adopción y psico(pato)logía", coordinado por Pedreira en 2008; y, finalmente, otras publicaciones están dirigidas a dar orientaciones a los adoptantes (como el libro de Barajas et al., 2001, o el de Palacios et al., 2003, o el de Agint-

zari, 2005) o a ayudarles con materiales concretos en la tarea de andamiar con los adoptados su historia y su identidad (Berástegui y Gómez, 2008).

En resumen, este artículo ha tratado de dejar constancia de la importancia de la adopción en el sistema de protección español, de sus avatares cuantitativos (particularmente, respecto a la adopción internacional), de las intervenciones profesionales en las que los profesionales de la psicología tienen un papel tan relevante y de la actividad investigadora suscitada en España en torno a esta medida de protección. Si es verdad que el mundo de la adopción se ha beneficiado de la activa participación de psicólogos y psicólogas en cualquiera de las muchas actividades profesionales en torno a ella, no es menos cierto que somos muchos los psicólogos y psicólogas a los que la adopción ha abierto territorios apasionantes para el ejercicio y el desarrollo profesional.

#### AGRADECIMIENTOS

La redacción de este artículo se realizó durante la estancia de su autor en el Department of Social and Developmental Psychology de la Universidad de Cambridge, Reino Unido, con financiación del Ministerio español de Ciencia e Innovación (PR2008-0291). El proyecto I+D al que se hace referencia en el texto está financiado por el mismo Ministerio (SEJ2006-12216/PSIC).

#### REFERENCIAS

- Agintzari (cooperativa) (2005). *Adoptia. Guía de postadopción para familias*. Vitoria-Gasteiz: Servicio de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Amorós, P. (1987). *La adopción y el acogimiento familiar. Una perspectiva socio-educativa*. Madrid: Narcea.
- Avital, E., Jablonka, E. y Lachman, M. (1998). Adopting adoption. *Animal Behaviour*, 55, 1451-1459.
- Barajas, C., Fuentes, M. J., González, A. M., Linero, M. J., De la Morena, M. L., Goicoechea, M. A., Quintana, I. y Fernández, M. (2001). *La adopción: una guía para padres*. Madrid: Alianza.
- Berástegui, A. (2003). *Las adopciones truncadas y de riesgo en la comunidad de Madrid*. Madrid: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.
- Berástegui, A. (2005). *La adaptación familiar en adopción internacional: Una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.

- Berástegui, A. y Gómez, B. (2007). *Esta es tu historia: identidad y comunicación sobre los orígenes en adopción*. Madrid: Universidad P. Comillas.
- Berástegui, A. y Gómez, B. (2008). *Ésta es nuestra historia*. Madrid: SM.
- Bernedo, I. M., Fuentes, M. J. y Fernández, M. (2005). Percepción del grado de conflicto en familias adoptivas y no adoptivas. *Psicothema*, 17, 370-374.
- Bernedo, I. M., Fuentes, M. J., Fernández-Molina, M. y Bersabé, R. (2007). Percepción de las estrategias de socialización parentales en familias adoptivas y no adoptivas. *Psicothema*, 19, 596-601.
- Bonvehí, C., Forns, M. y Freixa, M. (1996). Estudio del clima familiar de los futuros padres adoptivos mediante la escala de Moos y Moos. *Anuario de Psicología*, 71, 51-62.
- Bowie, F. (Ed.) (2004). *Cross-cultural approaches to adoption*. Londres: Routledge.
- Freixa, M., Guàrdia, J., Però, M. y Turbany, J. (1996). Una propuesta de entrevista semi-estructurada para la evaluación de futuros padres adoptivos: aplicación y estudio mediante el análisis textual. *Anuario de Psicología*, 71, 37-50.
- Fuentes, M. J., Fernández, M. y Bernedo, I. M. (2004). Problemas de conducta, evaluados con el CBCL, en adolescentes adoptados españoles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 663-691.
- González, M.M. y López, F. (2008). Familias homoparentales y adopción. *Monografías de Psiquiatría*, 20, 66-75.
- March, M. (1993). *La adopción en Mallorca. Una investigación evaluativa*. Palma de Mallorca: Universidad de las Islas Baleares.
- Mirabet, V. y Ricart, E. (comps.) (2005). *Adopción y vínculo familiar: crianza, escolaridad y adolescencia en la adopción internacional*. Barcelona: Paidós.
- Miró, A. (2003). *La hija del Ganges*. Barcelona: Lumen.
- Negre, C., Forns, M. y Freixa, M. (2007) Relaciones familiares en mujeres adoptadas adultas. *Anuario de Psicología*, 38, 225-239.
- Palacios, J. (2007). Después de la adopción. Necesidades y niveles de apoyo. *Anuario de Psicología*, 38, 181-198.
- Palacios, J. (2009). *Intervenciones profesionales en adopción: valoración de idoneidad, asignación de niños a familias y seguimiento después de la adopción*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.
- Palacios, J. (en prensa). The ecology of adoption. En G.M. Wrobel y E. Neil (Eds.), *International advances in adoption research for practice*. New York: Wiley.
- Palacios, J. y Brodzinsky, D.M. (2005). Recent changes and future directions for adoption research. En D.M. Brodzinsky y J. Palacios (Eds.), *Psychological issues in adoption. Research and practice* (pp. 257-268). Westport, CT: Praeger.
- Palacios, J., Román, M., Moreno, M.C. y León, E. (en prensa). Family context for emotional recovery in internationally adopted children. *International Social Work*.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y., León, E., Amorós, P., Fuertes, J. y Fuentes, N. (1998, 2006). *Programa de formación para la adopción*. Sevilla: Dirección General de Familias e Infancia.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. y Sánchez, E. (1996). *La adopción en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. y León, E. (2003). *Adelante con la adopción*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. y León, E. (2007). *La aventura de la adopción internacional. Los datos y su significado*. Barcelona: Teresa Gallifa.
- Selman, P. (en prensa). From Bucharest to Beijing: Changes in countries sending children for international adoption 1990 to 2006. En G.M. Wrobel y E. Neil (Eds.), *International advances in adoption research for practice*. New York: Wiley.

## EXPERIENCIAS PSICÓTICAS ATENUADAS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

### ATTENUATED PSYCHOTIC EXPERIENCES IN ADOLESCENTS

**Eduardo Fonseca-Pedrero, Serafín Lemos-Giráldez, Mercedes Paino, Úrsula Villazón-García, Susana Sierra-Baigrie y José Muñiz**  
Universidad de Oviedo

Las llamadas experiencias psicóticas subclínicas o atenuadas son signos y síntomas psicóticos que no llegan a manifestarse a nivel clínico. Se trata por tanto de un conjunto de síntomas similares a los de la esquizofrenia, que pueden estar presentes en población general, y distribuidas a lo largo de un continuum de gravedad, en cuya parte más extrema se halla la psicosis. El objetivo del presente trabajo fue realizar una revisión exhaustiva de la literatura publicada en los últimos años relacionada con las tasas de prevalencia de las experiencias psicóticas en población adolescente no clínica. Asimismo, se examinó la frecuencia de estas experiencias en adolescentes españoles. Los resultados muestran que las experiencias psicóticas son un fenómeno común y transitorio en la adolescencia, que no se asocia necesariamente con la presencia de psicopatología o riesgo posterior de psicosis. Igualmente, los datos sugieren que el fenotipo psicótico se extiende más allá de las fronteras propuestas por los sistemas clasificatorios internacionales. Futuras líneas de investigación deberían examinar y profundizar en la comprensión de este tipo de experiencias en población adolescente.

**Palabras clave:** Alucinación, Delirio, Experiencias Psicóticas Subclínicas, Adolescentes, Esquizotipia.

The so-called attenuated or subclinical psychotic experiences concern psychotic signs and symptoms not clearly evident. It is about a group of symptoms resembling the schizophrenia disorder, found in the general population in a continuum of severity, where the psychotic disorder represents the higher end. A comprehensive revision of the literature about prevalence rates of psychotic experiences in non-clinical adolescents, published in the last years, was the purpose of this study. Likewise, the frequency of such experiences in Spanish adolescents was also examined. The results point out that psychotic experiences are a common and transient phenomenon in adolescence, not necessarily associated with psychopathology or further risk of psychosis. Otherwise, data analyses suggest that the psychotic phenotype is also present beyond the frontiers of international classification systems. Future lines of research should examine those adolescence's experiences in greater depth.

**Key words:** Hallucination, Delusión, Subclinical Psychotic Experiences, Adolescents, Schizotypy.

**E**l estudio del fenotipo psicótico en población general ha despertado gran interés dentro de la comunidad científica internacional, teniendo un papel predominante en las últimas décadas la investigación acerca de las denominadas *experiencias psicóticas atenuadas* o *subclínicas*, relativas a signos y síntomas psicóticos que no llegan a manifestarse clínicamente (Johns y van Os, 2001; van Os, Hanssen, Bijl y Ravelli, 2000). Se trata de un conjunto de síntomas similares a los de pacientes esquizofrénicos, presentes en población normal, que se distribuyen a lo largo de un *continuum* de gravedad, en cuya parte más extrema se sitúa la psicosis (van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul y Krabbendam, 2008). Sin embargo, las experiencias psicóticas atenuadas no deben ser consideradas como un conjunto homogéneo de síntomas, sino más bien como un agregado de experiencias, entre las

que se engloban el pensamiento mágico, la ideación paranoide o las experiencias perceptivas extrañas (p. ej., alucinaciones) (Nelson y Yung, in press). Asimismo, estos fenómenos no se encuentran necesariamente asociados con malestar o limitación, ni tampoco con un diagnóstico formal de esquizofrenia o con una alteración médica de otro tipo, si bien es cierto que diferentes estudios han encontrado relación entre síntomas psicóticos atenuados y la presencia de psicopatología (p.ej., disforia o depresión) (Cella, Cooper, Dymond y Reed, 2008; De Loore et al., 2008; Fonseca-Pedrero, Muñiz, Lemos-Giráldez, García-Cueto y Campillo-Álvarez, 2007; López, Paino, Martínez, Inda-Caro y Lemos Giráldez, 1996; Yung et al., 2007).

Las tasas de prevalencia en población general dependen en cierta medida de los tipos de autoinforme, muestra y criterio estadístico utilizados. Un reciente metaanálisis realizado por van Os y colaboradores (2008), sitúa la prevalencia media de las experiencias psicóticas subclínicas en el 5%. Estudios epidemiológicos clásicos (Eaton, Romanoski, Anthony y Nestadt,

Correspondencia: Eduardo Fonseca-Pedrero. Universidad de Oviedo. Facultad de Psicología. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Plaza Feijoo, s/n. 33003 Oviedo. España. E-mail: [efonseca@cop.es](mailto:efonseca@cop.es)



1991; Kendler, Gallagher, Abelson y Kessler, 1996; Tien, 1991) y no tan clásicos, encuentran que estos síntomas pseudopsicóticos son un fenómeno psicológico bastante frecuente en muestras comunitarias (Johns, Nazroo, Bebbington y Kuipers, 2002; Mojtabai, 2006; Scott, Chant, Andrews y McGrath, 2006; Scott, Welham et al., 2008; van Os, Hanssen, Bijl y Ravelli, 2000). Del mismo modo, dichas experiencias también se han encontrado en pacientes de atención primaria (Olfson et al., 2002), en pacientes psiquiátricos no psicóticos (Hanssen et al., 2003) y en sujetos de alto riesgo genético (Johnstone, Ebmeier, Miller, Owen y Lawrie, 2005) y clínico (Yung et al., 2006; Yung et al., 2003). Estos datos ponen de manifiesto que las fronteras del fenotipo psicótico se extienden más allá de los límites tradicionales propuestos por los sistemas clasificatorios internacionales, sugiriendo una continuidad psicopatológica entre los estados clínico y subclínico del fenotipo psicótico.

Por otra parte, estudios longitudinales han mostrado que la presencia de experiencias psicóticas atenuadas puede incrementar el riesgo futuro de transitar hacia un trastorno psicológico serio. Así, en población general, se ha constatado que individuos con puntuaciones elevadas en autoinformes que evalúan aspectos tales como el pensamiento mágico, las aberraciones perceptivas o la ideación delirante, tienen una mayor probabilidad futura de transitar hacia trastornos del espectro esquizofrénico (Chapman, Chapman, Raulin y Eckblad, 1994; Hanssen, Bak, Bijl, Vollebergh y van Os, 2005; Kwapil, Miller, Zinser, Chapman y Chapman, 1997; Poulton et al., 2000). No obstante, también existen resultados indicativos de que los participantes que puntúan elevado en este tipo de autoinforme no evolucionan necesariamente hacia trastornos de tipo psicótico, sino más bien hacia problemas afectivos o de abuso de sustancias (Dhossche, Ferdinand, Van der Ende, Hofstra y Verhulst, 2002; Verdoux et al., 1998). Del mismo modo, cuando se analizan longitudinalmente individuos de alto riesgo genético y clínico, se encuentra que los síntomas psicóticos atenuados en estas muestras son también un buen predictor de transición hacia trastornos del espectro esquizofrénico (Johnstone, Ebmeier, Miller, Owen y Lawrie, 2005; Mason et al., 2004; Morrison et al., 2006; Yung et al., 2003).

Al igual que ocurre en los pacientes con esquizofrenia, los síntomas psicóticos subclínicos se han asociado con diferentes variables sociodemográficas, como el se-

xo y la edad (Maric, Krabbendam, Vollebergh, De Graff y Van Os, 2003; Spauwen, Krabbendam, Lieb, Wittchen y van Os, 2003). Las mujeres tienden a informar de un mayor número de experiencias alucinatorias o síntomas positivos en comparación con los varones (Johns et al., 2004; Paino, Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2008; Preti, Bonventre, Ledda, Petretto y Masala, 2007; Scott et al., 2008), si bien hay estudios que no han hallado tal asociación (Scott, Chant, Andrews y McGrath, 2006); en cambio, aparece de manera consistente en la literatura una tendencia de los varones a puntuar más elevado que las mujeres en los denominados síntomas negativos (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Muñiz, García-Cueto y Campillo-Álvarez, 2008; Fonseca-Pedrero et al., 2007; Maric et al., 2003). La edad también se ha asociado con los síntomas psicóticos atenuados (Stefanis et al., 2004), presentando los participantes más jóvenes un mayor índice de experiencias psicóticas atenuadas en comparación con los de mayor edad (Kendler, Gallagher, Abelson y Kessler, 1996; Scott et al., 2006; Scott, et al., 2008; van Os et al., 2008).

#### EXPERIENCIAS PSICÓTICAS ATENUADAS EN LA ADOLESCENCIA

No cabe duda de que la adolescencia es un época de especial interés para el estudio de posibles marcadores de riesgo de la psicosis (Keshavan, Diwadkar, Montrose, Rajarethinam y Sweeney, 2005) por diversas razones: 1) la proximidad temporal de esta etapa evolutiva al inicio a la esquizofrenia, siendo además el rango de edad más comúnmente aceptado como edad de inicio de los primeros síntomas esquizofrénicos entre los 15 y los 35 años (Gottesman, 1991); 2) la diversidad de cambios que se producen en estas edades a nivel madurativo, hormonal, cerebral, cognitivo y/o social, que pueden constituirse como estresores ambientales que incrementen el riesgo para el desarrollo de trastornos del espectro esquizofrénico (Feinberg, 1982; Harrop y Trower, 2003; Keshavan, Gilbert y Diwadkar, 2006; Walker y Bollini, 2002); 3) la posibilidad de estudiar síntomas similares a los de la esquizofrenia sin los efectos secundarios frecuentemente asociados a este trastorno (p. ej., medicación, estigmatización o deterioro por la enfermedad); 4) la evidencia existente de que acontecimientos vitales estresantes y el trauma a edades tempranas están asociados con una mayor vulnerabilidad a los trastornos

de tipo psicótico (Berenbaum et al., 2008; Hepgul et al., 2008; Holmes y Steel, 2004; Myin-Germeys et al., 2007; Myin-Germeys y van Os, 2007; Olin, Raine, Cannon, Parnas y Mednick, 1997; Startup, 1999); y 5) la posibilidad de encontrar alteraciones cognitivas, motóricas, comportamentales, neuropsicológicas y de otro tipo durante la niñez y la adolescencia, tiempo antes del propio desarrollo del trastorno psicótico (Bearden, Meyer, Loewy, Niendan, & Cannon, 2006; Cannon et al., 2002; Cannon et al., 1999; Welham et al., in press). Todas estas cuestiones, además de sugerir la existencia de una posible alteración durante el neurodesarrollo (temprano o tardío) (Keshavan et al., 2006), abren la posibilidad de examinar los posibles marcadores de vulnerabilidad o de riesgo antes de la expresión clínica del trastorno, de cara a mejorar las estrategias de identificación temprana y la implementación de programas de prevención.

En consecuencia, el estudio de las experiencias psicóticas en la adolescencia y su relación con el subsiguiente riesgo hacia los trastornos del espectro esquizofrénico se ha convertido en un área de interés dentro de la investigación actual (Welham et al., in press). Los estudios epidemiológicos parecen demostrar que los propios síntomas psicóticos son un fenómeno común también dentro de este grupo de edad (Horwood et al., 2008; McGorry et al., 1995; Scott et al., 2008). Las tasas de prevalencia en población adolescente y adultos jóvenes encontradas en investigaciones previas se presentan en la *Tabla 1*. La estricta comparación entre estudios se encuentra limitada por el tipo de instrumento utilizado, así como por las características de las muestras empleadas. Como se puede observar en la revisión realizada, las tasas de prevalencia varían considerablemente. De este modo, Yoshizumi y colaboradores (2004), utilizando una muestra de 761 niños japoneses, han encontrado que el 21% de ellos informaron acerca de alguna experiencia alucinatoria. De manera similar, Scott et al. (2008) hallaron que el 8,4% de los adolescentes australianos referían haber experimentado alguna experiencia alucinatoria de tipo visual o auditivo. Por su parte, Horwood y colaboradores (2008), utilizando una muestra de 6455 adolescente ingleses, encontraron que el 38,9% puntuaban en más de un ítem relacionado con experiencias psicóticas. Finalmente, Spauwen et al. (2006a), analizando una muestra de adolescentes alemanes, hallaron que un 16% puntua-

ban positivamente en al menos un ítem relacionado con experiencias alucinatorias y/o delirantes.

Al igual que ocurre en población general, diferentes estudios longitudinales han señalado que, aquellos niños o adolescentes que presentan algún tipo de experiencia psicótica durante este periodo evolutivo, se asocian con un mayor riesgo posterior de psicosis (Poulton et al., 2000; Welham et al., in press) o de otro tipo de trastornos (Dhossche et al., 2002). Por ejemplo, se ha observado que, al igual que ocurre en población adulta, la presencia de experiencias alucinatorias se asocia con altos niveles de ansiedad, depresión o experiencias disociativas (Altman, Collins y Mundy, 1997; McGee, Williams y Poulton, 2000; Scott, et al., 2008; Yoshizumi, Murase, Honjo, Kanedo y Murakami, 2004). En esta línea, Poulton y colaboradores (2000), en un estudio longitudinal de 15 años, encontraron una continuidad temporal de las experiencias psicóticas entre la niñez a la etapa adulta; los niños que informaban de experiencias alucinatorias y/o delirantes a la edad de los 11 años tenían un mayor riesgo posterior de desarrollar un trastorno esquizofreniforme a la edad de 26 años. Welham et al. (in press), también realizaron un estudio longitudinal, en donde recababan información tanto de los padres como de los adolescentes en diferentes momentos; encontraron que la presencia de experiencias alucinatorias de tipo auditivo se encontraba asociada, al cabo de 14 años, con un mayor riesgo posterior de psicosis no afectiva, aunque un porcentaje elevado de adolescentes que habían informado de experiencias de tipo alucinatorio no evolucionaron necesariamente hacia un trastorno psicótico. De manera similar, Loore y colaboradores (2008) examinando una muestra de 1903 adolescentes, encontraron que al cabo de 2 años las experiencias psicóticas persistían en el 28,7% de los casos que habían informado de tales experiencias en la evaluación inicial (5,3% de los adolescentes). Todos estos datos señalan, por un lado, que la mayoría de las experiencias psicóticas son un fenómeno común, transitorio y no ligado invariablemente a una alteración psicopatológica y, por otro, que sólo en un conjunto reducido de adolescentes, estas experiencias se mantienen de forma persistente o evolucionan de forma desfavorable con el tiempo, por lo que se constata que las posibles trayectorias evolutivas hacia los trastornos psicóticos pueden ser heterogéneas y diversas.

**TABLA 1**  
**ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS ATENUADAS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE**

| Estudio                  | Tipo | Muestra  | Instrumento de medida                   | Prevalencia/resultados  |
|--------------------------|------|--|---|---|
| (Pearson et al., 2008)   | T    | N= 250<br>M= 14-15 años<br>Ingleses                                    | HQ                                      | 73,1% responden positivamente por lo menos a un ítem del cuestionario   |
| (Scott et al., 2008)     | T    | N= 1261<br>M= 14,8 (1,2) años<br>Australianos                          | CBCL;<br>YSR;<br>DISC-IV                | 8,4% de los adolescentes experimentan alucinaciones visuales y/o auditivas  |
| (Scott et al., 2008)     | T    | N= 2441<br>M= 19,9 (0,9) años<br>Australianos                          | PDI-21;<br>CID I                        | 10,5% responden en un ítem de temática delirante<br>9,2% responden en un ítem de experiencias alucinatorias<br>2,2% responden en más de tres ítems  |
| (De Loore et al., 2008)  | L    | N= 1903<br>M= 13-14 años<br>Holandeses                                 | SDQ                                     | 5,3% informan en la línea base de experiencias alucinatorias y de estos al cabo de 2 años persisten el 28,7%  |
| (Horwood et al., 2008)   | T    | N= 6455<br>M= 12,9 años<br>Ingleses                                    | 12 ítems<br>Exp. Aluc.<br>DISC-IV       | 38,9% informan de uno o más síntomas psicóticos<br>13,7% evaluación de síntomas con observador<br>7,3% informan de alucinaciones auditivas  |
| (Laurens et al., 2007)   | T    | N= 548<br>M= 9-12 años<br>Ingleses                                     | SDQ;<br>DISC-IV;<br>+ 5 ítems           | 58,9% informan de alguna experiencia psicótica<br>29,9% informan de alucinaciones auditivas   |
| (Spauwen et al., 2006a)  | L    | N= 918<br>M= 15,1 (1,1) años<br>Alemanes                               | M-CIDI;<br>SCL-90-R                     | 16% responden por lo menos afirmativamente a un ítem en la M-CIDI   |
| (Spauwen et al., 2006b)  | L    | N (t2)= 2524<br>M= 21,7 (3,4)<br>Alemanes                              | M-CIDI;<br>SCL-90-R                     | 17,5% informan de un síntoma psicótico al t2<br>7,3% informan de dos o más síntomas psicóticos al t2<br>3,4% informan de tres síntomas psicóticos al t2                                       |
| (Yung et al., 2006)      | T    | N= 883<br>Adolescentes<br>Australianos                                 | CAPE                                    | 99,1% responden "algunas veces" a ítems que evalúan experiencias psicóticas   |
| (Henquet et al., 2005)   | L    | N= 2437<br>M= 18,3/21,8 años<br>alemanes                               | M-CIDI;<br>SCL-90-R                     | 17,4% incidencia acumulativa de los síntomas psicóticos<br>7,1% responden afirmativamente a 2 ítems o más en M-CIDI   |
| (Yoshizumi et al., 2004) | T    | N= 791 (380)<br>M= 11-12 años<br>Japoneses                             | Cuestionario<br>Ad hoc de<br>Exp. Aluc. | 21,3% informan de alguna experiencia alucinatoria<br>9,2% informan de alucinaciones auditivas<br>5,5% informan de alucinaciones visuales<br>6,6% informan de ambas experiencias alucinatorias |
| (Spauwen et al., 2004)   | L    | N (t2)= 2548<br>M= 21,7 (3,4) años<br>Alemanes                         | M-CIDI                                  | 17,3% (n=441) informan de una experiencia psicótica   |
| (Ferdinand et al., 2004) | L    | N(t1)= 908<br>M=11-14 años<br>N(t2)= 987<br>M=15-18 años<br>Holandeses | CBCL;<br>YSR;<br>AYSR                   | el 10,9% (n=99)(11-14 años) y el 9,2% (n=91)(15-18 años) informan de experiencias alucinatorias   |
| (Spauwen et al., 2003)   | L    | N (t2)= 2548<br>M= 21,7 años<br>Alemanes                               | M-CIDI<br>(15 ítems)                    | 17,5% incidencia acumulativa de síntomas psicóticos<br>15,7% informan de una experiencia delirante<br>4,6% informan de una experiencia alucinatoria   |

**TABLA 1 (CONTINUACIÓN)**  
**ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS ATENUADAS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE**

| Estudio                 | Tipo | Muestra  | Instrumento de medida | Prevalencia/resultados  |
|-------------------------|------|--|-----------------------|---|
| (Dhossche et al., 2002) | L    | N (t1)= 914<br>M=14 (2,1) años<br>N (t2)= 783<br>M=23,1 (2,0) años<br>Holandeses | YSR;<br>AYSR;<br>CID1 | 6% de los adolescentes informan de experiencias alucinatorias<br>3% de los adultos jóvenes informan de experiencias alucinatorias   |
| (Poulton et al., 2000)  | L    | N= 711<br>M= 11 años<br>Neozelandeses  | DISC<br>(5 ítems)     | A los 11 años, el 13% responden afirmativamente a un ítem que evalúa síntomas psicóticos y al cabo de 15 años estos tuvieron más probabilidad de desarrollar un trastorno esquizofreniforme |
| (McGorry et al., 1995)  | T    | M= 657<br>N= 16,5 años<br>Australianos   | Adaptación<br>RPMIP   | 51% responden a ítems relacionados con ideación mágica<br>45,6% informan de experiencias perceptivas extrañas   |

Nota: se muestran los instrumentos que informan directamente de la tasas de prevalencia de las experiencias psicóticas  
T: Transversal; L: Longitudinal; t1: Primera medición; t2: Segunda medición; Exp. Aluc: Experiencias Alucinatorias; HQ: Hallucination Questionnaire; SDQ: Strengths Difficulties Questionnaire; PDI-21: Peters et al. Delusion Inventory-21; CBCL: Child Behavior Checklist; YSR: Youth Self Report; AYSR: Young Adult Self Report; M-CIDI: Munich-Composite International Diagnostic Interview; DISC-IV: Diagnostic Interview Schedule for Children; CAPE: Community Assessment of Psychotic Experiences; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised; RPMIP: Royal Park Multi-Diagnostic Instrument for Psychosis

### EXPERIENCIAS PSICÓTICAS ATENUADAS EN ADOLESCENTES NO CLÍNICOS ESPAÑOLES

Como se ha observado, la expresión subclínica de la psicosis durante la adolescencia es un tema de sumo interés. La tasa de prevalencia de las experiencias psicóticas atenuadas, así como su distribución, se encuentran escasamente investigadas en población adolescente española. Recientemente nuestro equipo de investigación se ha interesado por las experiencias psicóticas dentro de este grupo de edad. La revisión realizada sobre las experiencias psicóticas en la adolescencia (véase *Tabla 1*) parece señalar que la distribución y la proporción de éstas pueden variar considerablemente en función del instrumento de medida utilizado. Es por ello que, en la presente revisión de la investigación internacional sobre esta cuestión, hemos realizado dos estudios de algunos ítems específicos de sendos autoinformes que miden este tipo de síntomas.

En primer lugar, realizamos el análisis de 10 ítems del Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia (COEE) (Fonseca-Pedrero, 2009), en una muestra de 1653 estudiantes, 794 varones (48,0%), pertenecientes a un total de 41 institutos y 95 aulas del Principado de Asturias, seleccionados mediante un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados. La edad media fue de 15,94 años (SD=1,23), oscilando el rango de edad entre los 14 y los 19 años. El COEE (Fonseca-Pedrero, 2009) es un cuestionario de reciente construcción que evalúa los rasgos esquizotípicos de la personalidad en población

adolescente. Se fundamenta en los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000) y en el modelo de esquizotaxia-esquizotipia de Meehl (1962). Consta de un total de 51 ítems en formato de respuesta tipo *Likert* de 5 categorías (1: *totalmente en desacuerdo*; 5: *totalmente de acuerdo*) distribuidos a lo largo de 10 escalas respaldadas empíricamente, a saber: Ideación Referencial, Pensamiento Mágico, Experiencias Perceptivas Extrañas, Pensamiento y Lenguaje Extraños, Ideación Paranoide, Anhedonia Física, Anhedonia Social, Comportamiento Anómalo, Ausencia de Amigos Íntimos y Ansiedad Social Excesiva. El número y porcentaje de participantes que respondieron “*bastante de acuerdo*” (4) o “*totalmente de acuerdo*” (5) a diez ítems del COEE se presentan en la *Tabla 2*. Como puede observarse, entre un 5,5 y un 10,7% de los adolescentes manifestaron síntomas relacionados con el pensamiento mágico (ítems 1 a 3); entre un 3,3 y un 11,1% refirieron experiencias perceptivas extrañas (ítems 4 a 7); finalmente, se hallaron porcentajes de entre un 2,7 y un 17,4% de adolescentes con manifestación de síntomas de ideación paranoide (ítems 8 a 10).

Nuestro equipo de investigación realizó un segundo estudio donde se analizaron los ítems 40 (“*Oigo cosas que ninguna otra persona parece oír*”) y 70 (“*Veo cosas que nadie más parece ser capaz de verlas*”) del *Youth Self Report* (YSR) (Achenbach y Edelbrock, 1987) en una muestra de 4868 adolescentes (M=14,7; DT=1,6) (2315 varones) pertenecientes a diferentes Institutos de Educa-

ción Secundaria y Ciclos de Formación Profesional del Principado de Asturias. Los dos ítems del YSR han sido utilizados en trabajos previos para evaluar las experiencias psicóticas alucinatorias en adolescentes, encontrándose asociados con un mayor riesgo posterior de transitar hacia la psicosis (Ferdinand, Van der Ende y Verhulst, 2004; Welham et al., in press). Como criterio para la selección de los participantes que presentaron experiencias alucinatorias se consideró puntuar 1 ó más en las opciones de respuesta del YSR. Nuestros datos mostraron que el 11% de la muestra (n=535) alcanzó estas puntuaciones en el ítem 40. En función del sexo, se observó que el 11,7% de los hombres (n=270) y el 10,4% de las mujeres (n=265) informaron de una experiencia alucinatoria de tipo verbal. En cambio, cuando

se analizó el ítem 70 se encontró que el 11,9% de la muestra (n=580) informó acerca de una experiencia alucinatoria de tipo visual. En función del sexo, se observó que un total de 288 varones (12,4%) y de 292 mujeres (11,4%) puntuaron 1 o más en el ítem 70. De los 4868 adolescentes, el 5,2% (252 participantes) experimentó los dos tipos de fenómenos alucinatorios.

La comparación entre el porcentaje de las experiencias psicóticas informadas por los adolescentes en los dos autoinformes revela tasas de prevalencia similares. Por ejemplo, el ítem 4 del COEE (*"Estando solo en casa he tenido la extraña sensación de que alguien me hablaba"*), mostró una proporción de respuesta en torno al 11%, siendo similar a la encontrada en los dos ítems del YSR; en cambio, cuando se analizaron los ítems 5 (*"Oigo voces que los demás no pueden oír"*) y 6 del COEE (*"Cuando estoy solo tengo la sensación de que alguien susurra mi nombre"*), la proporción disminuyó hasta el 3,3-3,8% de la muestra total, siendo tasas ligeramente inferiores a las encontradas en el YSR (10,4-12,4%).

Los resultados encontrados en nuestros trabajos con adolescentes españoles convergen con los hallazgos referidos en la literatura previa. Así, Scott et al. (2008), utilizando también los ítems 40 y 70 del YSR, en una muestra de 1262 adolescentes australianos, encontraron que el 8,4% de los adolescentes informaban acerca de alguna experiencia alucinatoria de tipo visual o auditivo. Del mismo modo, Ferdinand y colaboradores (2004), o Dhosseche et al. (2002), utilizando los mismos ítems, encontraron, respectivamente, que entre el 10,9% y el 9,2% y el 6% de los adolescentes, referían haber experimentado algún fenómeno de tipo alucinatorio., informaban de algún tipo de experiencia alucinatoria. De manera similar, Spauwen et al. (2006a) utilizando la *Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI)* (Wittchen, Lachner, Wunderlich y Pfister, 1998) en una muestra de adolescentes alemanes, hallaron que un 16% puntuaban positivamente en al menos un ítem relacionado con experiencias alucinatorias y/o delirantes. Por su parte, Henquet y colaboradores (2005), utilizando también la M-CIDI en una muestra de adolescentes y adultos jóvenes australianos, encontraron una incidencia acumulativa de los síntomas psicóticos del 17,4 %. No obstante, cabe mencionar que la persistencia temporal de este fenómeno durante las etapas adulta (Hanssen, Bak, Bijl, Vollebergh y van Os, 2005) y adolescente (De Loore et al., 2008; Rössler et al., 2007) es más bien reducida; en

**TABLA 2**  
**PORCENTAJE DE PARTICIPANTES QUE PUNTUARON CUATRO O CINCO EN DIEZ ÍTEMS DEL CUESTIONARIO OVIEDO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ESQUIZOTIPIA**

| Ítems  | Total<br>(n=1653)<br>n (%) | Varones<br>(n=794)<br>n (%) | Mujeres<br>(n=859)<br>n (%) |
|--|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. "Creo que las cosas que salen en la radio o en la televisión tienen un significado especial para mí, que mis amigos no entienden" | 90 (5,5)                   | 54 (6,8)                    | 36 (4,2)                    |
| 2. "Creo que hay gente que puede leer la mente de otras personas"  | 177 (10,7)                 | 79 (9,9)                    | 98 (11,4)                   |
| 3. "Creo que existen personas que pueden controlar los pensamientos de otras"  | 103 (6,2)                  | 50 (6,3)                    | 53 (6,2)                    |
| 4. "Estando solo en casa he tenido la sensación de que alguien me hablaba"   | 176 (10,2)                 | 78 (9,8)                    | 98 (11,4)                   |
| 5. "Oigo voces que los demás no pueden oír"  | 54 (3,3)                   | 35 (4,4)                    | 19 (2,2)                    |
| 6. "Cuando estoy solo tengo la sensación de que alguien susurra mi nombre"   | 62 (3,8)                   | 29 (3,6)                    | 33 (3,8)                    |
| 7. "Tengo pensamientos tan reales que parece como si alguien me hablase"   | 183 (11,1)                 | 92 (11,5)                   | 91 (10,6)                   |
| 8. "Creo que alguien trama algo contra mí"   | 159 (9,6)                  | 86 (10,8)                   | 73 (8,5)                    |
| 9. "Alguien me la tiene jurada"  | 288 (17,4)                 | 142 (17,9)                  | 146 (17)                    |
| 10. "Mis compañeros la tienen tomada conmigo"  | 44 (2,7)                   | 25 (3,1)                    | 19 (2,2)                    |

torno al 10-25% de estas experiencias psicóticas subclínicas son persistentes, pudiendo interactuar de forma sinérgica o aditiva con otros factores ambientales (p.ej., consumo de cannabis, urbanicidad, etc.) y/o hereditarios, derivando con el tiempo en un trastorno de tipo psicótico (Cognard et al., 2007; van Os, et al. 2008).

### CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

La revisión de la literatura llevada a cabo sobre las tasas de prevalencia de las experiencias psicóticas en población adolescente y los datos encontrados en nuestros trabajos sugieren que: a) los síntomas psicóticos son un fenómeno psicológico frecuente en este grupo de edad propio de los procesos madurativos del desarrollo; b) no se encuentran necesariamente relacionados con una alteración psicopatológica ni con un mayor riesgo posterior de desarrollar de trastornos del espectro esquizofrénico; c) la mayor parte de las experiencias son de carácter transitorio y discontinuo, si bien es cierto que tales experiencias, en un porcentaje de individuos, persisten o evolucionan de forma negativa en el tiempo; d) los síntomas psicóticos se distribuyen a lo largo de un *continuum* de gravedad, en cuya parte más extrema se halla la psicosis; y e) el fenotipo psicótico parece extenderse más allá de las fronteras propuestas por los sistemas clasificatorios internacionales, indicando que sólo una parte del mismo se encuentra representado por los casos "clínicos".

En consecuencia, no debe obviarse que la presencia de los fenómenos subclínicos aquí analizados puede entenderse como expresión de la naturaleza fantástica (egocentrismo, optimismo irrealista, sensación de indestructibilidad, singularidad), y de los problemas comunes en la adolescencia (la turbulencia emocional asociada con el desarrollo, particularmente si existe un distanciamiento de los padres y compañeros), y no necesariamente como indicativa de riesgo real de desarrollar un trastorno psicológico relevante (Harrop y Trower, 2003).

En cuanto a la expresión de los trastornos psicóticos en población adolescente, ésta se produce normalmente a través de cambios en sus capacidades, en su personalidad o en su conducta, especialmente cuando su entorno más próximo advierte que "no es el mismo". Teniendo en cuenta que estos trastornos se manifiestan en forma de pensamientos, sentimientos y conductas extrañas, así como en un desinterés social y dificultad para experimentar placer, es necesario prestar atención, además, a un posible deterioro gradual en las actividades escolares o

deportivas, en las relaciones sociales, y en el cuidado e higiene personal. Por otro lado, disponemos de la información que nos suministran los instrumentos estandarizados de evaluación de la esquizotipia, junto con la coexistencia de otros signos tempranos en estas edades, entre los que destacan: claro aislamiento social, con dificultad grave para hacer y conservar amistades; pérdida de pertenencias u olvido de cosas; preocupación extrema y súbita por la religión o por lo oculto; alteraciones del sueño; suspicacia y desconfianza; conductas o posturas extrañas; a nivel emocional: incapacidad para expresar alegría o llanto (mirada inexpresiva), risas inadecuadas, estado de ánimo depresivo, cambios bruscos de humor, ansiedad y temor acusados, reacciones extremas a la crítica e irritabilidad u hostilidad inesperadas; diversos déficit cognitivos, a saber: disminución acusada de la atención y concentración, escritura sin sentido, o uso de palabras o una estructura del lenguaje peculiares; y alteraciones de pensamiento, como son: comentarios o creencias irracionales, tendencia a confundir los sueños con la realidad, confusión de lo que aparece en televisión con la realidad, pensamiento confuso y desordenado e ideas extrañas (Lemos Giráldez, 2001). La aparición, durante las edades juveniles, de otros signos aún más elaborados y llamativos, aconsejaría la intervención clínica preventiva.

En definitiva, no cabe duda que la adolescencia es un periodo evolutivo de sumo interés para el estudio de las experiencias psicóticas atenuadas no sólo por su cercanía temporal al inicio de la psicosis, sino también por la diversidad de cambios afectivos, sociales y del neurodesarrollo que ocurren en esta etapa (Feinberg, 1982; Harrop y Trower, 2003; Walker y Bollini, 2002). Además, permite investigar los posibles marcadores de riesgo, con la finalidad de identificar, detectar, prevenir y/o retrasar la posible transición hacia los trastornos psicóticos. Futuros trabajos, y de acuerdo con Nelson y Yung (in press), deberían determinar qué conjunto de experiencias psicóticas (p. ej., pensamiento mágico, ideación paranoide o ideación referencial) podrían tener mayor peso o incrementar en mayor grado el riesgo posterior de psicosis esquizofrénica, así como examinar su relación con otras medidas de propensión a la psicosis (Fonseca-Pedrero et al., 2008). Finalmente, y dado que la sintomatología depresiva es un fenómeno íntimamente relacionado en la ontogénesis de la esquizofrenia (Birchwood y Trower, 2006; Freeman y Garety, 2003), se debería profundizar en el rol que desempeñan los síntomas

depresivos en la psicosis y en el posible incremento del riesgo futuro a la misma (Köhler et al., 2007; Krabbendam et al., 2005; Yung et al., 2003).

### AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Educación y Ciencia de España (MEC), por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) y por la Consejería de Educación del Principado de Asturias. Referencias de los proyectos: BES-2006-12797, SEJ 2005-08924, SEJ-2005-08357, IB-05-02 y COF05-005.

### REFERENCIAS

- Achenbach, M. T., y Edelbrock, C. S. (1987). *Manual for the Youth Self Report and profile*. Burlington, V.T.: University of Vermont. Department Psychiatry.
- Altman, H., Collins, M., y Mundy, P. (1997). Subclinical hallucinations and delusions in nonpsychotic adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 413-420.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th ed revised)* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bearden, C. E., Meyer, S. E., Loewy, R., Niendan, T., y Cannon, T. D. (2006). The neurodevelopmental model of Schizophrenia: Updated. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation* (Vol. 3, pp. 542-569). New Jersey: Wiley.
- Berenbaum, H., Thompson, R. J., Milanak, M. E., Boden, M. T., y Bredemeier, K. (2008). Psychological trauma and schizotypal personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 502-519.
- Birchwood, M., y Trower, P. (2006). The future of cognitive-behavioral therapy for psychosis: Not a quasi-neuroleptic. *British Journal of Psychiatry*, 188, 107-108.
- Cannon, M., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Taylor, A., Murray, R. M., et al. (2002). Evidence for early-childhood, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 59, 449-456.
- Cannon, M., Jones, P., Huttunen, M. O., Tanskanen, A., Huttunen, T., Rabe-Hesketh, S., et al. (1999). School performance in Finnish children and later development of schizophrenia: a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 457-463.
- Cella, M., Cooper, A., Dymond, S. O., y Reed, P. (2008). The relationship between dysphoria and proneness to hallucination and delusions among young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 544-550.
- Cougnard, A., Marcelis, M., Myin-Germeys, I., De Graaf, R., Vollebergh, W., Krabbendam, L., et al. (2007). Does normal developmental expression of psychosis combine with environmental risk to cause persistence of psychosis? A psychosis proneness-persistence model. *Psychological Medicine*, 37, 513-527.
- Chapman, J. P., Chapman, L. J., Raulin, M. L., y Eckblad, M. (1994). Putatively Psychosis-prone Subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(4), 399-407.
- De Loore, E., Gunther, N., Drukker, M., Feron, F., Sabbe, B., Deboutte, D., et al. (2008). Auditory hallucinations in adolescence: A longitudinal general population study. *Schizophrenia Research*, 102, 229-230.
- Dhossche, D., Ferdinand, R., Van der Ende, J., Hofstra, M. B., y Verhulst, F. (2002). Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine* 32, 619-627.
- Eaton, W. W., Romanoski, A., Anthony, J. C., y Nestadt, G. (1991). Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 689-693.
- Feinberg, I. (1982). Schizophrenia: Caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? *Journal of Psychiatric Research*, 17, 319-324.
- Ferdinand, R., Van der Ende, J., y Verhulst, F. (2004). Associations between visual and auditory hallucinations in children and adolescents, an tobacco use in adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 514-520.
- Fonseca-Pedrero, E. (2009). *Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia*. Documento interno 01-09. Universidad de Oviedo, Oviedo.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Muñiz, J., García-Cueto, E., y Campillo-Álvarez, A. (2008). Schizotypy in adolescence: The role of gender and age. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 161-165.
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., y Campillo-Álvarez, A. (2007). Lateralidad manual, problemas emocionales y esquizotipia en adolescentes. *Psicothema*, 19, 467-472.

- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Campillo-Álvarez, A., y Villazón García, U. (2007). Multidimensionality of schizotypy under review. *Papeles del Psicólogo*, 28, 117-126.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Campillo-Álvarez, A., Villazón-García, U., et al. (2008). Schizotypy assessment: State of the Art and future prospects. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 577-593.
- Freeman, D., y Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 923-947.
- Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of Madness*. New York: W. H. Freeman.
- Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R., Vollebergh, W., y van Os, J. (2005). The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 181-119.
- Hanssen, M., Peeters, F., Krabbendam, L., Radstake, S., Verdoux, H., y van Os, J. (2003). How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(3), 149-154.
- Harrop, C., y Trower, P. (2003). *Why does schizophrenia develop at late adolescence? A cognitive-developmental approach to psychosis* Chichester, UK: Wiley.
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., Kaplan, C., Lieb, R., Wittchen, H. U., et al. (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *British Medical Journal* 330, 11-14.
- Hepgul, N., Pariante, C., Aas, M., Diforti, M., Fisher, H., Handley, R., Marques, T., Navari, S., Taylor, H., Dazzan, P., Murray, R., y Mondelli, V. (2008). Childhood sexual abuse increases perception of stress in first episode psychosis patients. *Schizophrenia Research*, 102, 152-153.
- Holmes, E. A., y Steel, C. (2004). Schizotypy: A vulnerability factor for traumatic intrusions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 28-34.
- Horwood, J., Thomas, K., Duffy, L., Gunnell, D., Hollis, C., Lewis, G., et al. (2008). Frequency of psychosis-like symptoms in a non-clinical population of 12 years olds: Results from the ALSPAC birth cohort. *Schizophrenia Research*, 98, 77-78.
- Johns, L. C., Cannon, M., Singleton, N., Murray, R. M., Farrell, M., Brugha, T., et al. (2004). Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *British Journal of Psychiatry*, 185, 298-305.
- Johns, L. C., Nazroo, J. Y., Bebbington, P., y Kuipers, E. (2002). Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. *British Journal of Psychiatry*, 180, 174-178.
- Johns, L. C., y van Os, J. (2001). The continuity psychotic experiences in the general population *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-1141.
- Johnstone, E. C., Ebmeier, K. P., Miller, P., Owen, D. G. C., y Lawrie, S. M. (2005). Predicting schizophrenia: Findings from the Edinburgh High-Risk Study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 18-25.
- Kendler, K. S., Gallagher, T. J., Abelson, J. M., y Kessler, R. C. (1996). Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of non-affective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1022-1231.
- Keshavan, M. S., Diwadkar, V. A., Montrose, D. M., Rajarethinam, R., y Sweeney, J. A. (2005). Premorbid indicators and risk for schizophrenia: A selective review and update. *Schizophrenia Research*, 79(1), 45-57.
- Keshavan, M.S., Gilbert, A. R, y Diwadkar, V. A. (2006). Neurodevelopmental theories. En J. A. Lieberman, T. S. Stroup, y D O. Perkins (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of schizophrenia* (pp. 87-104). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Köhler, S., van Os, J., de Graaf, R., Vollebergh, W., Verhey, F., y Krabbendam, L. (2007). Psychosis risk as a function of age at onset: A comparison between early- and late-onset psychosis in a general population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 288-294.
- Krabbendam, L., Myin-Germeys, I., Hanssen, M., de Graaf, R., Vollebergh, W., Bak, M., et al. (2005). Development of depressed mood predicts onset of psychotic disorder in individuals who report hallucinatory experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 113-125.
- Kwapil, T. R., Miller, M. B., Zinser, M. C., Chapman, J. P., y Chapman, L. J. (1997). Magical ideation and social anhedonia as predictors of psychosis proneness: a partial replication study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 491-495.
- Laurens, K. R., Hodgins, S., Maughan, B., Murray, R.



- M., Rutter, M., y Taylor, E. A. (2007). Community screening for psychotic-like experiences and other putative antecedents of schizophrenia in children aged 9-12 years. *Schizophrenia Research*, 90, 130-146.
- Lemos Giráldez, S. (2001). Esquizofrenia y trastornos de la personalidad. En C. Saldaña (Ed.), *Detección y prevención en el aula de los problemas de los adolescentes* (pp. 213-226). Madrid: Pirámide.
- López, A. M., Paíno, M., Martínez, P. C., Inda-Caro, M., y Lemos Giráldez, S. (1996). Alucinaciones en población normal: influencia de la imaginación y de la personalidad. *Psicothema*, 8, 269-278.
- Maric, N., Krabbendam, L., Vollebergh, W., De Graff, R., y Van Os, J. (2003). Sex differences in symptoms of psychosis in non-selected, general population sample. *Schizophrenia Research*, 63, 89-95.
- Mason, O., Straup, M., Halpin, S., Schall, U., Conrad, A., y Carr, V. (2004). Risk factors for transition to first episode psychosis among individuals with 'at-risk mental states'. *Schizophrenia Research*, 71, 227-237.
- McGee, R., Williams, S., y Poulton, R. (2000). Hallucination in nonpsychotic children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 12-13.
- McGorry, P. D., McFarlane, C., Patton, G. C., Bell, R., Hibbert, M. E., Jackson, H. J., et al. (1995). The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: A preliminary survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 241-249.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17(12), 827-838.
- Mojtabai, R. (2006). Psychotic-like experiences and interpersonal violence in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 183-190.
- Morrison, A. P., French, P., Lewis, S., Roberts, M., Raja, S., Neil, S., et al. (2006). Psychological factors in people at ultra-high risk of psychosis: Comparison with non-patients and associations with symptoms. *Psychological Medicine*, 36, 1395-1404.
- Myin-Germeys, I., Lataster, T., y van Os, J. (2007). Childhood victimization and developmental expression of sub-clinical psychosis. *European Psychiatry*, 22, 19.
- Myin-Germeys, I., y van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review-Psychosis*, 27(4), 409-424.
- Nelson, B., y Yung, A. (in press). Psychotic-like experiences as overdetermined phenomena: When do they increase risk for psychotic disorder? *Schizophrenia Research*.
- Olfson, M., Lewis-Fernández, R., Weissman, M. M., Feder, A., Gameroff, M. J., Pilowsky, D., et al. (2002). Psychotic symptoms in an urban general medicine practice. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1412-1419.
- Olin, S. S., Raine, A., Cannon, T. D., Parnas, J., F., S., y Mednick, S. A. (1997). Childhood behavior precursors of schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 93-103.
- Paino, M. M., Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2008). Dimensionality of schizotypy in young people according to sex and age. *Personality and Individual Differences*, 45, 132-138.
- Pearson, D., Smalley, M., Ainsworth, C., Cook, M., Boyle, J., y Flury, S. (2008). Auditory hallucinations in adolescent and adult students: implications for continuums and adult pathology following child abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 634-638.
- Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., Murray, R., y Harrington, H. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: A 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053-1058.
- Preti, A., Bonventre, E., Ledda, V., Petretto, D., y Masala, C. (2007). Hallucinatory experiences, delusional thought proneness and psychological distress in a nonclinical population. *195*, 484-491.
- Rössler, W., Riecher-Rössler, A., Angst, J., Murray, R., Gamma, A., Eich, D., et al. (2007). Psychotic experiences in the general population: A twenty-year prospective community study. *Schizophrenia Research*, 92(1-3), 1-14.
- Scott, J., Chant, D., Andrews, G., y McGrath, J. (2006). Psychotic-like experiences in the general community: The correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample. *Psychological Medicine*, 36, 231-238.
- Scott, J., Martin, G., Bor, W., Sawyer, M., Clark, J., y McGrath, J. (2008). The prevalence and correlates of hallucinations in Australian adolescents: Results from a national survey. *Schizophrenia Research*.
- Scott, J., Welham, J., Martin, G., Bor, W., Najman, J., O'Callaghan, M., et al. (2008). Demographic correlates of psychotic-like experiences in young Australian adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 230-237.
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H.-U., y

- van Os, J. (2003). Sex differences in psychosis: normal or pathological? *Schizophrenia Research*, 62, 45-49.
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H. U., y van Os, J. (2004). Does urbanicity shift the population expression of psychosis? *Journal of Psychiatric Research*, 38, 613-618.
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H. U., y van Os, J. (2006a). Evidence that the outcome of developmental expression of psychosis is worse for adolescents growing up in an urban environment. *Psychological Medicine*, 36, 407-415.
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H. U., y van Os, J. (2006b). Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: Relationship with psychosis proneness. *British Journal of Psychiatry*, 188, 537-533.
- Startup, M. (1999). Schizotypy, dissociative experiences and childhood abuse: relationships among self-report measures. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 333-344.
- Stefanis, N. C., Delespaul, P., Lembesi, A., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., et al. (2004). Is the excess risk of psychosis-like experiences in urban areas attributable to altered cognitive development? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 364-368.
- Tien, A. Y. (1991). Distributions the hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., y Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revised: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45, 11-20.
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., y Krabbendam, L. (2008). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 8, 1-17.
- Verdoux, H. I. n., Maurice-Tison, S., Gay, B., Van Os, J., Salamon, R., y Bourgeois, M. L. (1998). A survey of delusional ideation in primary-care patients. *Psychological Medicine*, 28(1), 127-134.
- Walker, E., y Bollini, A. (2002). Pubertal neurodevelopmental and the emergence of psychotic symptoms. *Schizophrenia Research*, 54, 17-23.
- Welham, J., Scott, J., Williams, G., Najman, J., Bor, W., O'Callaghan, M., et al. (in press). Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: a 21-year birth cohort study. *Psychological Medicine*.
- Wittchen, H. U., Lachner, G., Wunderlich, U., y Pfister, H. (1998). Test-retest reliability of the Computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 568-578.
- Yoshizumi, T., Murase, S., Honjo, S., Kanedo, H., y Murakami, T. (2004). Hallucinatory experiences in a community sample of Japanese children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1030-1036.
- Yung, A., Cosgrave, E. M., Baker, K. D., Buckby, J. A., Baksheev, G., Muscara, F., et al. (2006). Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: Associations with distress, depression and functioning. *Schizophrenia Research*, 86, S15.
- Yung, A. R., Buckby, J. A., Cotton, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E. J., Stanford, C., et al. (2007). Psychotic-like experiences in nonpsychotic help-seekers: Associations with distress, depression, and disability. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 352-359.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., McFarlane, C. A., Hallgren, M., et al. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophrenia Research*, 60, 21-32.

## EL PAPEL EN DESARROLLO DE LOS PSICÓLOGOS ESCOLARES Y EDUCATIVOS EN EL APOYO A NIÑOS, ESCUELAS Y FAMILIAS

### THE DEVELOPING ROLE OF SCHOOL AND EDUCATIONAL PSYCHOLOGISTS IN SUPPORTING CHILDREN, SCHOOLS AND FAMILIES

**Peter Farrell**

*Antiguo Presidente de la International School Psychology Association*

*En este artículo se abordan algunos de los retos clave a los que se enfrenta la profesión de la psicología educativa a nivel internacional, a medida que nos adentramos en el siglo XXI. En un momento en el que, en la mayor parte de los países, la profesión está experimentando un periodo de crecimiento y expansión, muchos de los problemas siguen vigentes. En efecto, los propios psicólogos escolares dedican una importante cantidad de tiempo y espacio en conferencias y publicaciones profesionales a debates sobre su rol actual. Estos debates son reflejo de la constante incertidumbre, tanto dentro de la profesión como entre los contratantes y los usuarios de los servicios, sobre la naturaleza distintiva de la contribución que los psicólogos escolares ofrecen en el apoyo a niños, colegios y familias. Este artículo aborda los orígenes de estas incertidumbres y considera las formas en las que se pueden superar para que la profesión pueda avanzar con confianza, sabiendo que tiene un futuro seguro y que puede aportar una contribución distintiva en un mundo incierto de rápido desarrollo.*

**Palabras clave:** Psicólogo Educativo, Psicólogo Escolar, Rol Profesional.

*This paper discusses some of the key challenges facing the profession of school psychology internationally as we move into the 21st century. At a time when, in most countries, the profession is experiencing a period of growth and expansion, many problems still remain. Indeed school psychologists themselves devote a great deal of time and space at their conferences and in professional publications to debates about their ongoing role. These debates reflect continuing uncertainty, both within the profession and amongst employers and users of services, about the distinctive nature of the contribution that school psychologists make in supporting children, schools and families. This paper discusses the origins of these uncertainties and considers ways in which they might be overcome so that the profession can move forward with confidence, knowing that it has a secure future and a distinctive contribution to make in a rapidly developing and uncertain world.*

**Key Words:** Educational Psychologist, School Psychologist, Professional Role.

**D**urante los últimos 20 años se ha producido un marcado crecimiento en el desarrollo de la psicología escolar (educativa) como profesión<sup>1</sup>. Aunque este crecimiento se refleja en países del llamado mundo desarrollado y en desarrollo (ver Jimerson, Oakland & Farrell, 2006; Hart, 2007), existen variaciones considerables respecto al papel y funciones del psicólogo escolar en los diferentes países, en el número de psicólogos empleados, en su formación y en sus condiciones de trabajo. Existen también debates en curso entre los psicólogos escolares y otros, sobre la evolución de la naturaleza de su papel, por ejemplo, cómo su trabajo se solapa con el de otros grupos de profesionales, ej., profesores, psiquiatras; su relación

con los contratantes; el equilibrio más apropiado entre el trabajo individual con niños y el trabajo más grupal de consejo y consulta. Muchas de estas preocupaciones reflejan un grado de continua incertidumbre en relación con el futuro a largo plazo de la profesión, un tema que es discutido por los propios psicólogos escolares y los contratantes. Los comentarios en muchos de los capítulos en Jimerson et al. (op cit) indican que los psicólogos escolares creen que su papel es a menudo malinterpretado, que los contratantes les hacen demandas poco razonables, que los padres y profesores tienen expectativas irrealistas con respecto a lo que los psicólogos escolares pueden conseguir y que sus aportaciones no son tan valoradas como las de otros profesionales, como por ejemplo las de psiquiatras y psicólogos clínicos.

Estas preocupaciones indican que la profesión todavía se enfrenta con muchos retos que tendrán que ser afrontados para que la profesión se establezca completamente en todos los países del mundo. Quizás uno de los retos clave sea la superación de los sentimientos de

*Correspondencia:* Peter Farrell. School of Education. Profesor de Necesidades Especiales y Psicología de la Educación. University of Manchester. E-mail: [peter.farrell@manchester.ac.uk](mailto:peter.farrell@manchester.ac.uk)

<sup>1</sup> La mayoría de los países adoptan el término psicólogo escolar o educativo, aunque otros títulos (counsellor psicológico, counsellor escolar o "guidance officer") también se utilizan. En este artículo, utilizaré el término "psicólogo escolar".

inseguridad y auto desconfianza que se muestran en parte de la literatura. Para realizar esto, la profesión necesita tener clara la naturaleza distintiva de su contribución, preparar a profesionales altamente cualificados y debidamente formados y asegurar que los contratantes, profesores y otros profesionales continúen valorando el trabajo de los psicólogos escolares. Este artículo empieza hablando del impacto que el origen de la profesión, en particular el papel de los test de inteligencia y las evaluaciones en educación especial, ha tenido sobre el papel actual y el estatus de los psicólogos escolares. A continuación se ofrecen enfoques alternativos, en particular las consultas a nivel de centro, la medida en la que son adoptadas y cómo, en algunos casos, estos enfoques alternativos pueden promover ambigüedad de rol e incertidumbre entre los propios psicólogos escolares, otros profesionales y familiares con los que trabajan. A continuación se ofrece una revisión del enorme impacto que la escasez de psicólogos escolares puede tener en la amplitud del trabajo que pueden sobrellevar y en la capacidad de proporcionar un servicio distintivo y universal para todos los niños. El tema de la contribución distintiva del psicólogo escolar se vuelve a tratar con más detalle en la sección final donde se habla de los componentes del psicólogo escolar que se podrían considerar como distintivos y del papel de vital importancia que pueden desempeñar las asociaciones profesionales en la promoción de la distinción de su trabajo. El artículo concluye con unas sugerencias específicas sobre cómo la profesión de la psicología escolar puede dar respuesta a estos retos y avanzar con optimismo en el siglo XXI.

### EL ORIGEN DE LA PSICOLOGÍA ESCOLAR Y SU INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA

En el inicio del siglo XX, el creciente interés entre los psicólogos por el concepto de la inteligencia y su evaluación y la utilización de los tests de inteligencia para la identificación de niños que pudieran necesitar educación especial, han tenido un profundo impacto en el desarrollo de la profesión. Quizá, tal y como nos recuerda Guillemard (2006), el primer ejemplo de esto proviene del trabajo pionero de Alfred Binet en Francia. En 1899, junto con Pierre Vaney, Alfred Binet abrió un laboratorio de pedagogía y psicología en un centro de primaria parisino y, en 1905, el Ministerio Público de Educación

Francés le pidió que estudiara los problemas mostrados por los niños que no seguían adecuadamente el currículum escolar normal. Desarrolló el test de Binet-Simon que se asumió como un instrumento de medida de la inteligencia completamente válido y por tanto, un instrumento legítimo para la detección de los niños con 'retraso mental' y su orientación a clases especiales. Este test fue la base del conocido test de Stanford Binet. El trabajo de Binet fue desarrollado en el Reino Unido durante los años 20 cuando el Ayuntamiento del Condado de Londres contrató a Cyril Burt como psicólogo para ayudar a resolver el problema de la clasificación de niños como aptos para la escolarización. Fue el primer psicólogo educativo (escolar) del Reino Unido y su papel consistió principalmente en evaluar a niños para ver si tenían la necesidad de ser educados en un centro de educación especial. Por lo tanto, la importancia dada al cociente intelectual de un niño a la hora de determinar el tipo de escolarización que precisa, ordinaria o específica, tiene una larga historia.

Y por supuesto, si los tests de inteligencia sirven para este propósito, entonces existe la necesidad de contratar a profesionales para utilizarlos, lo cual ayuda a explicar los orígenes del desarrollo de la psicología escolar como profesión. Como Oakland (2000) recalca, el aumento en el número de psicólogos escolares en diferentes países del mundo refleja en gran medida el grado en el que estos países han acogido el concepto de inteligencia y de los tests de inteligencia como herramientas indispensables para la identificación de niños y niñas con necesidades educativas especiales. Al tratarse de una profesión emergente era crucial identificar una tarea que sólo pudiese ser realizada por alguien de esta profesión, y los tests de inteligencia proporcionaban el ejemplo perfecto. Aquí teníamos una tarea que emergió de la psicología académica y que era considerada útil para los centros escolares, padres y médicos, y que, por tanto, debía justamente ser administrada por psicólogos formados. En el Reino Unido, esta postura fue muy reforzada por un acuerdo por el que los test de inteligencia administrados de forma individual deberían ser 'cerrados' – esto es, sólo podrían ser utilizados en entornos clínicos por psicólogos debidamente formados en psicología aplicada. Por lo tanto, la medición del cociente intelectual era algo que ningún otro profesional podía hacer – una tarea verdaderamente distintiva y una que por tanto contribuía significativamente al desa-

rollo y la identidad de la profesión de la psicología escolar y aplicada.

Existe un cierto número de publicaciones que apoyan esta visión general. Por ejemplo, Reschly (2000) sugiere que el rápido desarrollo de la profesión de la psicología escolar puede, en gran medida, explicarse por el hecho de que a los psicólogos escolares se les asignara esta única tarea de medición del cociente intelectual, y por los requisitos en algunos países de implicarles en las evaluaciones en educación especial. Este punto se refuerza en la publicación reciente del Manual en Psicología Escolar Internacional (Jimerson, et al. 2006 ) y en encuestas promovidas por la Asociación Internacional de Psicología Escolar (ISPA) (Jimerson, Graydon, Farrell, Kikas, Hatzichristou, Boce, Bashi, 2004; Jimerson, Graydon, Yuen, Lam, Thurm, Klueva, Coyne, Loprete, Phillips, 2006; Jimerson, Graydon, Skokut, Alghorani, Kanjaradze, Forster, 2008) en las que el trabajo central en cada uno de los países representados incluye una referencia al uso de evaluaciones psicométricas (en particular los tests de inteligencia) en la evaluación psicológica individual de niños. Además, en una encuesta de más de 200 psicólogos educativos de Inglaterra y Gales (Woods & Farrell, 2006) un elevado porcentaje de estos utilizan de forma habitual un instrumento de evaluación cognitiva completo o parcial (esto es, todo o parte de un test de inteligencia) en la valoración de niños a los que se considera que tienen problemas de aprendizaje. Otros datos también sugieren que los test de inteligencia todavía forman una parte central de la estrategia de evaluación de los psicólogos escolares en el Reino Unido (Farrell, Harraghy & Petrie, 1996; Rees, Rees & Farrell, 2003;

Estos hallazgos están reflejados en los resultados de encuestas, realizadas durante los últimos 20 años, a profesores sobre su percepción de los psicólogos escolares. Indican que, principalmente, los profesores esperan de ellos la realización de evaluaciones psicopedagógicas (DfEE, 2000; Dowling & Leibowitz, 1994; Evans & Wright, 1987; Ford & Migles, 1979; Farrell, Woods, Lewis, Rooney, Squires, & O'Connor, 2006). Además, este hallazgo ha sido replicado en una encuesta de cómo ven los profesores a los psicólogos educativos en Estonia (Kikas, 1999), en una macro-encuesta de las opiniones de 1100 profesores en ocho países diferentes (Farrell, Jimerson, Kalambouka, & Benoit, 2005). Además, Gilman y Gabriel (2004) encontraron que los administradores de las autoridades locales en Estados Unidos eran incluso más proclives a consi-

derar que el papel principal de los psicólogos escolares era la realización de evaluaciones de niños con necesidades educativas especiales y su recomendación para ser asignados a algún tipo de escolarización segregada.

Este enfoque de la psicología escolar tiene sus raíces en el modelo médico, enfatizando un rol sumativo en lugar de formativo, donde los problemas se consideran centrados en el niño y son explorados por un psicólogo que trabaja en un espacio separado evaluando al niño y utilizando los resultados para predecir su rendimiento educativo. Este enfoque tiende a ignorar la contribución que la escuela o familia, junto con la implicación continuada del psicólogo escolar, pueden realizar para la prevención e intervención de individuos, grupos, familias y comunidades, y, por supuesto, los hallazgos e implicaciones de los test psicométricos tienden a ser inquestionablemente aceptados.

Actualmente existe una rica literatura, que se remonta muchos años atrás, crítica respecto a aquella práctica de la psicología escolar que se acoge más o menos de forma exclusiva el modelo médico (por ejemplo ver Brown & Ferrara, 1985; Gillham, 1978; Howe, 1998; Leadbetter, 2005; Lokke, Gersch, M'Gadzah, & Frederickson, 1997; Mercer, 1974; Sheridan & Gutkin, 2000). Entonces, ¿por qué los psicólogos escolares persisten en trabajar de la forma que es tan criticada en la literatura? ¿Somos nosotros, como profesión, en parte culpables de esto? Para establecer nuestros credenciales como una nueva profesión, recalcamos el hecho de que éramos los únicos que poseíamos la competencia y la formación para la administración de tests de inteligencia y la utilización de los resultados para dar recomendaciones sobre educación segregada. ¿Son los psicólogos escolares, cuya historia está enraizada en esta tradición, reticentes a ir hacia adelante y abandonar sus prácticas tradicionales por miedo a perder su identidad profesional y su rol característico? Y, más aún, ¿podría ser que al perder su rol distintivo los centros y autoridades locales dejaran de sentir la necesidad de contratarles?

### LA CONSULTA Y EL ROL DEL PSICÓLOGO ESCOLAR

La consulta es un enfoque que se ha promovido como una alternativa al trabajo tradicional de la psicología escolar basada en tests de inteligencia y evaluaciones de educación especial. De hecho, en la encuesta internacional sobre cómo perciben los profesores a los psicólogos escolares, a la que nos hemos referido arriba

(Farrell et al., 2005) cierto número de profesores expresaron la opinión de que los psicólogos escolares deberían de adoptar un modelo de consulta en lugar de basarse en el enfoque tradicional que se centra en trabajar con el niño. Este punto de vista fue aprobado por el Futures Conference de 2002 que tuvo lugar en Indiana (Dawson, et al. 2004). Esto motivó a los psicólogos escolares a adoptar la consulta a nivel de centro como modelo preferente para la práctica y así mismo recalcó la necesidad de que los programas de formación preparatorios pusieran más énfasis en la formación en el enfoque de consulta. En una apasionada petición, Curtis, Chesno Grier y Hunley (2004) apoyaron con fuerza este punto de vista. Hicieron referencia a puntos tratados en un artículo previo (Sheridan & Gutkin, 2000) y alentaron a los psicólogos escolares a alejarse de modelos `médicos` de asistencia y a adoptar enfoques sistémicos que enfatizan la resolución colaborativa de los problemas y la consulta. Estos puntos de vista se ven reforzados por Ehrhardt -Padgett, Hatzichristou, Kitson y Meyers (2004) que recalcaron la necesidad de programas de formación preparatorios para asistir a psicólogos escolares a conceptualizar las preocupaciones de los alumnos desde una perspectiva ecológica y cultural. Finalmente, la reciente `publicación del anteproyecto para la formación y la práctica en psicología escolar - III (Yesseldyke, Burns, Dawson, Kelley, Morrison, Ortiz, Rosenfield, & Telzrow, 2006) enfatiza el rol clave de los psicólogos escolares en la utilización de enfoques de consulta, especialmente cuando se trabaja a nivel sistémico.

Esfuerzos por alentar a los psicólogos escolares a adoptar un enfoque de consulta en su trabajo son también evidentes en el Reino Unido donde un cierto número de servicios de psicología escolar afirman haber aplicado el modelo de consulta en su prestación de servicios a centros escolares y otras agencias. Esto ha sido estimulado en parte por un informe anterior del gobierno británico del trabajo de los servicios de psicología escolar - tal y como se conoce en el Reino Unido - (Department for Education and Employment, 2000), que recalca la importancia de la consulta como modelo de la buena práctica. Un cierto número de psicólogos británicos (ej., Gillies, 2000; Turner, Robins & Doran, 1996; Wagner 2000; Watkins, 2000) ofrecen ejemplos de la aplicación de la consulta en los servicios de psicología en el Reino Unido. Uno de los temas clave que emergió de una revisión del trabajo de psicólogos escolares en Inglaterra y

Gales (Farrell, et al. 2006) fue la preocupación mostrada por los profesores y psicólogos escolares por la naturaleza limitada e improductiva de las evaluaciones tradicionales en educación especial y de la necesidad de adoptar enfoques alternativos con énfasis en la consulta y el trabajo multidisciplinar. Psicólogos escolares trabajando en otros países han realizado peticiones similares. Por ejemplo, Kikas (1999) y Hatzichristou (2002), haciendo referencia al desarrollo del rol de la psicología escolar en Estonia y Grecia, recalcan la necesidad de que los psicólogos escolares utilicen enfoques de consulta en su trabajo.

Existen varias definiciones de consulta teniendo todas mucho en común y diferenciándose únicamente en el énfasis (Por ejemplo ver Gutkin & Curtis, 1999; Farouk, 2004; Rosenfield, 2002; Denton, Hasbrouck & Sekaquaptewa, 2003; Strein, Cramer & Lawser, 2003; Wagner, 2000). Básicamente recalcan el hecho de que, para que los psicólogos escolares maximicen su impacto en la ayuda prestada a niños y jóvenes en su desarrollo, es importante que posean un conocimiento detallado de los sistemas en los que los niños viven y trabajan (escuela, familia y comunidad); que desarrollen relaciones de apoyo mutuo y confianza con las personas que trabajan dentro del sistema o con él, incluyendo a los niños; y que trabajen conjuntamente con todas las partes relevantes adoptando un marco de resolución de problemas. La tarea de los psicólogos escolares es negociar sus respectivos roles y responsabilidades dentro de un `sistema` de forma que su contribución sea efectiva. Por lo tanto, el sello de un asesor psicológico exitoso es la muestra de una variedad de modos de trabajar (ej., conversaciones sobre niños en concreto; desarrollo de currículo y sistemas de trabajo) a través de diferentes situaciones.

Los orígenes de este enfoque residen en el hecho de que los alumnos no viven en el vacío, que los problemas psico/socio/educativos son multifacéticos, existiendo en un contexto social en donde un número de personas tienen interés en producir un cambio. Por lo tanto, es poco probable que las causas de los problemas relatados por un niño tengan su raíz en un único lugar - ej., dentro del niño. Por consiguiente los asesores que trabajan dentro y a través de agencias necesitan trabajar de manera conjunta tanto en la prevención como en la intervención. Se deben eliminar los límites profesionales; el trabajo multiagencial debe ser efectivo con completa colaboración y confianza en los juicios de cada uno, con una

buena voluntad a compartir formación profesional, dándole igual valor a la opinión de todos los implicados, y con disposición a aceptar que los psicólogos escolares, quizá no tengan todas las respuestas.

Una serie de artículos recientes nos dan informes de psicólogos escolares que han adoptado el enfoque de consulta (ej., Burns, 2004; Dennis, 2004; Farouk 2004; Larney, 2003; Perez-Gonzalez, Garcia-Ros & Gomez-Artiga, 2004). Las valoraciones del impacto del enfoque han sido positivas, especialmente por los profesores (Perez-Gonzalez et al., op. cit; MacLeod, Jones, Somers & Harvey, 2001). Sin embargo, tal y como indica Larney (op. cit), los problemas metodológicos de estas valoraciones sugieren la necesidad de más investigación antes de poder tener una imagen clara del impacto del enfoque de consulta. En concreto, menciona la necesidad de centrarse en la obtención de variables de resultados con clientes, obteniendo más datos longitudinales, utilizando tanto enfoques cualitativos como cuantitativos, e incluyendo investigación del propio proceso de consulta.

A pesar de los informes favorables de los beneficios de la consulta, investigaciones del trabajo de los psicólogos escolares sugieren que éstos todavía dedican relativamente poco tiempo a esta actividad. Hosp y Reschly (2002), por ejemplo, encontraron que los psicólogos escolares dedican entre un 50% y un 66% de su tiempo a evaluaciones psicopedagógicas formales y alrededor de un 25% de su tiempo a actividades relacionadas con la consulta. Estos hallazgos son similares a los encontrados en una revisión previa (Reschly, 2000) y son apoyados por Curtis (2002). Desde una perspectiva internacional, las encuestas ISPA sobre el rol de los psicólogos escolares (Jimerson, et al. 2004, 2006, 2008) mostraron que los psicólogos escolares dedican entre un 5% y un 20% de su tiempo a actividades relacionadas con la consulta.

La conclusión predominante de las publicaciones a las que se hace mención arriba es que, a pesar de la clara opinión profesional, y con cierto apoyo empírico, del valor positivo de la practica basada en enfoques de consulta, los datos de las encuestas sugieren que los psicólogos escolares sólo dedican aproximadamente una cuarta parte de su tiempo a actividades relacionadas con la consulta. Parece ser que los psicólogos escolares a nivel mundial están más cómodos utilizando el modelo médico en el que los problemas se perciben centrados en el niño y la mayor parte de su trabajo se puede realizar de modo individual con los niños y familiares.

## LA ESCASEZ DE PSICÓLOGOS ESCOLARES Y LAS IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Una explicación adicional de la reticencia de los psicólogos escolares a adoptar la consulta como modelo preferente de trabajo podría residir en la escasez universal de psicólogos escolares en casi todos los países. Cuando un servicio está muy demandado pero tiene poca oferta, existe una tendencia por parte de los proveedores de ese servicio a asumir roles que los usuarios esperan de ellos, esto es evaluaciones del cociente intelectual y de necesidades educativas especiales (ver Department for Education and Employment, 2000; Dowling & Leibowitz, 1994; Evans & Wright, 1987; Ford & Migles, 1979; Farrell, et al. 2006).

La escasez en el número de psicólogos escolares en los diferentes países está íntimamente asociada a la riqueza económica del país y a su compromiso de usar esta riqueza para la promoción de la educación de todos los niños. Por consiguiente, típicamente, los servicios de psicología escolar se establecen y se implementan con mayor éxito en países caracterizados por disponer de sistemas educativos muy desarrollados y legalizados que proporcionan educación universal para todos los niños, incluyendo servicios de educación especial para niños con trastornos del aprendizaje y comportamiento crónicos, graves y complejos. Estas situaciones están presentes en Norte América, Europa del Oeste y Australasia (Jimerson, Oakland & Farrell, 2006). En contraste, numerosos gobiernos en Asia y África carecen de suficientes recursos económicos para financiar adecuadamente la educación general y por consiguiente, los recursos gubernamentales requeridos para sustentar la educación especial y la psicología escolar son pobres. Por lo tanto, la psicología escolar es generalmente potente en países con programas de educación especial para niños bien establecidos y con leyes que exigen que las evaluaciones psicológicas sean llevadas a cabo por psicólogos escolares, y que éstos se impliquen en el diseño de los programas de intervención. La psicología escolar es generalmente débil en países donde no hay un requisito legal de que los psicólogos escolares realicen las evaluaciones psicopedagógicas de los niños con necesidades educativas especiales y donde los programas de educación especial son insuficientes. Este análisis refleja el rol clave y esperado de los psicólogos escolares, ya discutido previamente en este artículo, de realizar las evaluaciones psicológicas y de educación especial.

No es sorprendente que entre diferentes países exista una enorme diferencia en el número de psicólogos escolares empleados, y una diferencia aun más significativa, en el ratio de psicólogos escolares por alumno, tanto dentro del país como entre países. Por ejemplo, en Estonia (Kikas, 2006) el ratio medio es de un psicólogo escolar por cada 750 alumnos en los centros que contratan a psicólogos escolares, de los que la mayoría se encuentran en zonas urbanas. Sin embargo, en muchas zonas rurales no hay psicólogos escolares. En otros países los ratios estimados de psicólogos escolares por alumno varían considerablemente. Por ejemplo, los ratios son de 1:3.000 en Inglaterra y Gales (Squires & Farrell, 2006); 1:5.000 en Chipre (Papcosta, 2006); y 1:13.100 en Hong Kong para los psicólogos escolares que trabajan en centros gubernamentales (Lam, 2006). No obstante, en algunos países las cifras son estimaciones aproximadas, ya que no recogen estadísticas de los psicólogos escolares que contratan.

Existe un punto de vista universalmente aceptado por los propios psicólogos escolares, profesores y familiares (ver Squires, Farrell, Woods, Lewis, O'Connor, 2007) y los profesionales que trabajan para otros servicios de apoyo, de que hay una escasez de psicólogos escolares crónica y que, en la actualidad, son incapaces de responder con rapidez, y en algunos casos, de forma efectiva a la variedad de demandas que se les hace. En muchos países esto podría resultar en el estrechamiento del rol del psicólogo escolar, cuyos servicios únicamente serían solicitados para los casos "urgentes", no disponiendo de tiempo para llevar a cabo trabajo preventivo o adoptar un enfoque de consulta.

La escasez de psicólogos escolares inevitablemente impacta sobre la percepción que los profesores tienen de su valor y contribución. En las últimas cinco décadas una serie de encuestas han abordado este asunto y, si bien muchas ya están un poco anticuadas y no tienen en cuenta los cambios en las circunstancias, sus hallazgos siguen siendo relevantes. Las encuestas han indicado típicamente que los profesores valoran la calidad del trabajo de los psicólogos pero que les gustaría tener más contacto con ellos (e.g. McKeever 1996;) y que, tal y como ha sido argumentado por Gilman y Gabriel (2004), la continua escasez de psicólogos escolares inevitablemente nubla la percepción que los profesores tienen de su trabajo. Este hallazgo fue fuertemente corroborado por una reciente encuesta internacional de más de 1.100 profesores de 8

países diferentes (Farrell, Jimerson, Kalambouka, & Benoit, 2005). Los profesores en este estudio también indicaron que los psicólogos escolares dedican la mayor parte de su tiempo a realizar evaluaciones individuales a los niños, counseling y trabajo terapéutico. Sin embargo, también afirmaron que preferirían que estos trabajaran más con los profesores y padres en llevar a cabo trabajo preventivo. Por consiguiente, parece que están demandando que los psicólogos escolares realicen una más amplia variedad de actividades de las que aparentemente realizan en la actualidad.

Los hallazgos de una reciente encuesta sobre el trabajo de los psicólogos escolares (educativos) en Inglaterra y Gales (Farrell, et al. 2006) nos muestra una visión mixta de lo que los profesores opinan de los psicólogos escolares. Mientras muchos mostraron opiniones muy positivas de su psicólogo escolar y valoraban su trabajo de apoyo a profesores y escuela, otros fueron extremadamente negativos. Al igual que en otros estudios, mostraron opiniones negativas sobre la falta de contacto con el psicólogo escolar, algunas veces tan reducido como una vez cada tres meses, y también expresaron su frustración de que parece que todos los psicólogos escolares solamente realizan evaluaciones de alumnos que podrían requerir educación especial. En términos generales, más de la mitad de los profesores encuestados valoraron la calidad del trabajo de su psicólogo escolar como "buena" o "muy buena", pero todos querían que estuvieran más presentes.

Por lo tanto, la escasez de psicólogos escolares, que está relacionada en parte con la riqueza económica de un país, puede tener un gran impacto sobre el trabajo que los psicólogos escolares pueden asumir y en cómo otros, en particular los profesores, perciben su trabajo.

### ¿HASTA QUÉ PUNTO ES EL TRABAJO DE LOS PSICÓLOGOS ESCOLARES DISTINTIVO?

Como ya se ha hablado al inicio de este artículo, el origen de la profesión de la psicología escolar emergió del interés en medir el cociente intelectual de los niños y de realizar recomendaciones para la educación especial. Sin embargo, algunos estudios sugieren que los profesores y los psicólogos parecen estar frustrados con este rol limitado y consideran que otros enfoques, por ejemplo el de consulta, proporcionan una alternativa mejor. Quizás una de las razones por la que los psicólogos escolares se muestran reticentes a adoptar la consulta es que



encuentran que es más difícil sostener que esta actividad es distintiva de su profesión, esto es, que no la puede realizar ningún otro profesional. Las evaluaciones de individuos utilizando tests de cociente intelectual representan, en contraste, una función altamente distintiva, enraizada en la psicología académica, y la cual es más fácil de justificar que se trata de un rol clave del psicólogo escolar.

Cuestiones sobre la naturaleza distintiva del trabajo de los psicólogos escolares han figurado en la literatura de los servicios de psicología escolar durante muchos años (ver Ashton & Roberts, 2006; Imich, 1999; Leyden, 1999; MacKay, 2002; Thomson, 1996). Dado el contexto escolar y comunitario en el que trabajan, y el hecho de que otros profesionales también trabajan en estos contextos, es comprensible que la gente pueda cuestionar la contribución distintiva que aportan los psicólogos escolares. Cuestiones similares también se presentan con otros grupos de profesionales, por ejemplo trabajadores sociales, psiquiatras infantiles, counselors y logopedas. Los representantes de cada uno de estos grupos de profesionales, y otros, supuestamente afirmarían que aportan algo distintivo en su trabajo que les identifica por poseer un serie de habilidades, conocimientos y destrezas únicas que les distingue de otros profesionales relacionados. Así todo, dado el rango de profesionales que pueden estar implicados en el trabajo en la misma área, no es sorprendente que familiares, profesores y otros puedan, en ocasiones, sentir confusión con respecto al rol distintivo y a la función de cualquiera de estos grupos.

Esto es especialmente pertinente cuando consideramos el coste de contratar a ciertos grupos de profesionales. En este contexto el tiempo de la psicología escolar puede percibirse como relativamente caro, lo cual motiva cuestiones sobre si otro profesional podría asumir algunas de sus actividades de forma más económica y con el mismo impacto. El tema relativo al coste podría en parte dar explicación a las tendencias recientes en los servicios públicos a que algunos aspectos del trabajo, que en el pasado eran dominio de un solo grupo profesional, sean proporcionados más eficientemente a través de la utilización de un grupo de paraprofesionales. La ampliación en el rol y estatus de los profesores asistentes (para-profesionales) es un ejemplo (Balshaw & Farrell, 2002; Blatchford, Russell, Bassett, Brown, & Martin, 2004). A este relativamente nuevo grupo se les está dando cada vez más roles

y responsabilidades en centros escolares que antes eran realizados por profesores. De forma similar las enfermeras están realizando trabajos que antes eran realizados por médicos. Por lo tanto, cuando estamos considerando la naturaleza distintiva del trabajo de un psicólogo escolar totalmente cualificado, existe una cuestión subyacente de si su tiempo está eficientemente utilizado y de si es necesario que una persona con la combinación de destrezas especializadas, conocimientos y experiencia que este posee, que es relativamente caro de contratar, asuma todo el rango de tareas que se les podría solicitar que hagan. Si la respuesta a esta última pregunta es 'No', entonces es importante que los psicólogos escolares y los comisionados de sus servicios decidan si, y en qué circunstancias, un psicólogo debe implicarse.

En la reciente revisión de los servicios de psicología escolar en Inglaterra y Gales (Farrell et al., 2006) un amplio número de ejemplos de la práctica de la psicología escolar fueron mostrados enfatizando los conocimientos y las destrezas que los psicólogos escolares utilizan en su trabajo. Los propios psicólogos escolares expresaron este punto de vista con convicción. Típicamente, recalcaron que su educación y formación profesional les prepara con una serie de conocimientos detallados del desarrollo infantil, psicología social y de las organizaciones, desarrollo cognitivo, personalidad, diferencias individuales, el impacto psicológico de las diferentes condiciones del niño, la familia y la comunidad, terapia e intervención psicológica, investigación y evaluación. Opiniones similares fueron fervientemente expresadas por profesores, oficiales de la autoridad local, otros profesionales, y padres. Existe una opinión generalizada de que los psicólogos escolares tienen una importante contribución que realizar y que el factor clave que hace que su trabajo sea distintivo es su formación en psicología académica y aplicada.

No obstante, es importante señalar que algunos datos de los cuestionarios muestran una imagen ligeramente más ambigua de las opiniones de las partes interesadas sobre la distintiva contribución que pueden realizar los psicólogos escolares (ver Farrell et al., op cit). Cuando se les preguntó si consideraban que un proveedor alternativo podría haber llevado a cabo el trabajo realizado por un psicólogo escolar, muchos encuestados identificaron a uno o más profesionales alternativos que, en su opinión, podrían haber realizado el trabajo con el mismo impacto. Esta opinión fue también expresada por psicó-

logos escolares donde, aproximadamente la mitad indicaron que, respecto al trabajo que han realizado, la implicación de otro profesional especificado podría haber tenido el mismo impacto.

La implicación fundamental es que los psicólogos escolares deberían ser explícitos con respecto a la naturaleza distintiva de la contribución que pueden realizar y que los comisionados deberían mostrar claramente lo que quieren de sus servicios. Los datos sugieren (Farrell et al. op cit,) que cuando los psicólogos escolares logran tener claros los objetivos, procesos, requisitos y resultados de su trabajo, esto resulta en una mayor unificación de objetivos, y en que otros profesionales se sientan motivados y comprometidos a trabajar con el psicólogo escolar como parte de un equipo. La visión general de que la contribución distintiva de los psicólogos escolares reside en sus destrezas y conocimientos psicológicos podría sugerir que la claridad acordada del rol del psicólogo escolar debería centrarse en la función psicológica concreta que va a utilizar.

#### *El papel de las asociaciones nacionales en la promoción de la naturaleza distintiva de la práctica de la psicología escolar*

La fuerza y la naturaleza distintiva de la psicología escolar dentro de un país están a menudo relacionadas directamente con la presencia de una fuerte asociación nacional que represente a sus miembros. Estas asociaciones pueden, especialmente, recalcar la naturaleza distintiva del trabajo de los psicólogos escolares. Países con un mayor desarrollo de la disciplina de la psicología, una mayor tradición en proporcionar servicios de psicología escolar, y un mayor número de psicólogos escolares, a menudo cuentan con asociaciones profesionales más fuertes que los países que carecen de estas tres cualidades.

Existen una serie de tareas importantes que una asociación correctamente administrada y de alto status profesional podría realizar, siendo todas cruciales en ayudar a definir y a publicitar la naturaleza distintiva de la práctica de la psicología escolar. Estas incluyen las siguientes: -

- Definir los criterios para los títulos de grado de honours en psicología,
- Establecer los criterios para la formación y acreditación profesional incluyendo estándares de monitorización de la formación,

- Promover vínculos con el gobierno local y nacional,
- Crear revistas académicas y profesionales de alta calidad,
- Promocionar el perfil del trabajo de la psicología escolar en autoridades locales y a nivel de gobierno central,
- Desarrollar y asegurar la credencialización y titulación de psicólogos escolares.

Las asociaciones internacionales que representan a los psicólogos aplicados también tienen un papel importante en la promoción de la profesión. Por ejemplo, la Asociación Internacional de Psicología Escolar (ISPA) (ver Oakland, 2006) tiene miembros en más de 40 países. Promueve una revista académica y profesional líder, *School Psychology International*, y publica un boletín informativo cinco veces al año. También dirige una conferencia anual en un país diferente que es normalmente atendida por más de 400 psicólogos escolares de todo el mundo. La misión del ISPA es la promoción del desarrollo de la psicología escolar por todo el mundo y, para alcanzar este objetivo, se ha vinculado con la UNESCO, posee una red de respuesta a la crisis internacional y ha establecido estándares para la acreditación de los programas de formación en psicología escolar.

Otras organizaciones internacionales han realizado una importante contribución especialmente en establecer puntos de referencia de calidad, estándares y competencias para la formación profesional en psicología aplicada. Por ejemplo, la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos Profesionales (EFPPA), ha apoyado el desarrollo de un estándar común para la formación de psicólogos escolares en toda Europa. "EuroPsy" es un estándar europeo de educación y formación que permite que un psicólogo sea reconocido como poseedor de una cualificación en psicología a nivel europeo. Se basa en una educación y entrenamiento en psicología de 6 años, que incluye un año de práctica supervisada. EuroPsy está elaborado a partir del EuroPsyT "Un marco para la educación y el entrenamiento de psicólogos en Europa" que fue aceptado por la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos) en 2001. Los psicólogos que tengan el certificado EuroPsy estarán inscritos en el Registro Europeo de Psicólogos, que distingue 3 amplios contextos profesionales (y una cuarta categoría para cualificaciones reconocidas que no se engloben dentro de las tres principales categorías): Educación (escuela), Clínica y Salud, Organización y Trabajo.

En 2009 la EFPA lanzará el proceso de certificación EuroPsy y presentará el modelo, a todos los Estados Miembros de la UE y otras autoridades de gobierno competentes, para su aceptación como un instrumento de reconocimiento automático de la cualificación profesional en psicología en los distintos países (Ver Lunt, 2002 y <http://www.efpa.be/> para más detalles sobre EuroPsy).

No cabe duda de que la iniciativa de EuroPsy ha constituido una enorme aportación para el establecimiento de estándares comunes y alta calidad en la formación en psicología aplicada en Europa. Esto es especialmente importante en un momento en el que hay considerable variabilidad entre los países y dentro de estos, respecto a los criterios de aceptación a los programas de formación en psicología escolar, en su duración, la naturaleza y la duración de los periodos de prácticas e interinidades y/o en la titulación final requerida (ej., título de grado, máster, título de especialización y doctorado).

### CONCLUSIONES: IMPLICACIONES PARA EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE PSICOLOGÍA ESCOLAR

En este artículo se ha hablado de un número de retos que necesitan ser abordados para que la profesión de la psicología escolar pueda seguir adelante con confianza. En la actualidad muchos psicólogos y contratantes se sienten inseguros con respecto a la naturaleza distintiva de la práctica de la psicología escolar. Más aun, la escasez universal de psicólogos escolares inevitablemente afecta al trabajo que pueden asumir, y el rol e influencia de las asociaciones profesionales en los diferentes países es muy variable. Sin embargo, a pesar de estas preocupaciones, la profesión está en un momento de expansión y desarrollo. Los estudios de las percepciones de los usuarios con respecto a los psicólogos escolares (Farrell, et al. 2005; Gavriliadou, de Mesquita, & Mason, 1994; Gilman, & Gabriel, 2004; Kikas, 1999; McKeever, 1996) indican el valor y la estima que se tiene a la profesión. Por lo tanto, a pesar de los retos mencionados en este artículo los psicólogos escolares están realizando una importante aportación a la vida de los niños y jóvenes, sus familiares, profesores y otros profesionales con los que trabajan.

El reto para los psicólogos escolares, sus contratantes e interesados, consiste en trabajar juntos para asegurar

que los servicios de psicología escolar continúen realizando el estatus de la profesión en beneficio de todos los niños, centros escolares y comunidades.

Las implicaciones obtenidas de este artículo son que para que los servicios de psicología escolar puedan abordar los retos a los que se han hecho referencia en este artículo, se debe prestar atención a las siguientes áreas clave:

1. La relación entre los servicios de psicología escolar y educación.

Es de vital importancia que los psicólogos escolares desarrollen buenas relaciones de trabajo con los administradores educativos y diseñadores de políticas a tres niveles: a nivel de centro, donde transcurre el ejercicio diario; a nivel de la autoridad local donde las decisiones sobre contratación y políticas de servicio pueden ocurrir; y a nivel nacional donde se inicia la formación de legislación y políticas. Los psicólogos escolares necesitan ser más activos a estos tres niveles mostrando liderazgo a través de destacar y promocionar sus servicios.

3. Alcanzar mayor claridad respecto a sus roles y funciones.

Los servicios de psicología escolar necesitan ser más activos en la promoción de su trabajo y en el marketing de sus servicios. Los usuarios tienen derecho a conocer el rango de servicios distintivos que los psicólogos escolares proporcionan y la experiencia e intereses de los psicólogos escolares en una localidad concreta. Esto ayudará a asegurar que los usuarios de psicología escolar encarguen los servicios que necesitan y que puede ofrecer el servicio mismo.

4. La necesidad de una potente asociación a nivel nacional que represente a los psicólogos escolares.

Las asociaciones nacionales que representan a los psicólogos escolares promocionan activamente la profesión, aseguran que se cumplan los estándares y que esté debidamente regulada, y ayudan a mejorar la formación profesional y la investigación.

4. Incrementar el número de psicólogos escolares

Existe una necesidad urgente de que los servicios educativos contraten a más psicólogos escolares. Esto ha sido fervientemente manifestado por los propios psicólogos escolares, contratantes, padres y madres y, quizá con mayor énfasis, por los profesores. Está claro que los usuarios de los servicios valoran la destreza y consejos que reciben de los psicólogos escolares, y

muchos se sienten extremadamente frustrados ante la dificultad de obtener acceso suficiente a estos servicios.

## REFERENCIAS

- Ashton, R. & Roberts, E. (2006) 'What is Valuable and Unique about the Educational Psychologist?' *Educational Psychology in Practice*, 22(2), 111-123.
- Balshaw, M. and Farrell, P. (2002) *Teaching Assistants: Practical Strategies for Effective Classroom Support*. London: Fulton.
- Blatchford, P., Russell, A., Bassett, P., Brown, P. & Martin, C. (2004) *The Role and Effects of Teaching Assistants in English Primary Schools*. London: HMSO
- Brown, A.L., & Ferrara, R.A. (1985). Diagnosing zones of proximal development. In J.V. Wertsch (Ed.), *Culture communication and cognition: Vygotskian perspectives* Cambridge University Press.
- Burns, M. K., (2004). Using curriculum-based assessment in consultation: A review of three levels of research. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 15, 63-78.
- Curtis, M. J. (2002) *The Changing Face of School Psychology: Past, present and future*. Keynote address to *The Future of School Psychology 2002 Invitational Conference*, Indianapolis, IN.
- Curtis, M. J., Chesno Grier, J. E., & Hunley, S. A. (2004). The changing face of school psychology: trends in data and projections for the future. *School Psychology Review*, 33, 49-67.
- Department for Education and Employment (2000). *Educational psychology services (England): current role, good practice, and future directions – The research report (DfEE 0133/2000)*. Nottingham: Department for Education and Employment.
- Dawson, M., Cummings, J. A., Harrison, P. L., Short, R. J., Gorin, S. & Palomares, R. (2004). The 2002 multi-site conference on the future of school psychology: next steps. *School Psychology Review*, 33, 115-126.
- Dennis, R. (2004). So Far So Good? A qualitative case study exploring the implementation of consultation in schools. *Educational Psychology in Practice*, 20, 17-29.
- Denton, C.A., Hasbrouck, J. E., & Sekaquaptewa, S. (2003). The consulting teacher: a descriptive case study in responsive systems consultation. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 14, 41-73.
- Dowling, J., & Leibowitz, D. (1994). Evaluation of educational psychology services: past and present. *Educational Psychology in Practice*, 9, 241-250.
- Ehrhardt-Padgett, G. N., Hatzichristou, C., Kitson, J., & Meyers, J. (2004). Awakening to a new dawn: perspectives of the future of school psychology. *School Psychology Review*, 33, 105-115.
- Evans, M.E., & Wright, A.K. (1987). The Surrey school psychological service: an evaluation through teacher perceptions. *Educational Psychology in Practice*, 3, 12-20.
- Farouk, S. (2004). Group work in schools: A process consultation approach. *Educational Psychology in Practice*, 20, 207-220.
- Farrell, P., Harraghy, J. & Petrie, B. (1996). The statutory assessment of children with emotional and behavioural difficulties. *Educational Psychology in Practice*, 12, 80-85.
- Farrell P., Jimerson, S., Kalambouka, A. & Benoit, J. (2005). Teachers' perceptions of school psychologists in different countries. *School Psychology International*, 26(5), 525-544.
- Farrell, P., Woods, K., Lewis, S., Rooney, S., Squires, G., & O'Connor, M. (2006) *A Review of the Functions and Contribution of Educational Psychologists in England and Wales in light of "Every Child Matters: Change for Children."* London: HMSO.
- Ford, J.D., & Migles, M. (1979). The role of the school psychologist: teachers' preferences as a function of personal professional characteristics. *Journal of School Psychology*, 17, 372-378.
- Gavrilidou, M., de Mesquita, P.B., & Mason, E.J. (1994). Greek teachers' perceptions of school psychologists in solving classroom problems. *Journal of School Psychology*, 32, 293-304.
- Gillham, W. (Ed.), (1978). *Reconstructing educational psychology*. London: Virago.
- Gillies, E. (2000). Developing consultation partnerships. *Educational Psychology in Practice* 16, 31-37.
- Gilman, R. & Gabriel, S. (2004). Perceptions of school psychological services by education professionals: Results from a multi-state survey pilot study. *School Psychology Review*, 33, 271-287.
- Guillemard, J.C. (2006). School psychology in France. In S. Jimerson, T. Oakland, & P. Farrell (Eds.), *An International Handbook of School Psychology*. London: Sage.
- Gutkin, T. B., & Curtis, M. J. (1999). School-based con-

- sultation: Theory, techniques, and research. In C.R. Reynolds & T.B. Gutkin (Eds.), *Handbook of School Psychology* (pp. 598-637). New York: Wiley.
- Hart, S. (2007) The Handbook of International School Psychology: a review with implications for the profession's future. *School Psychology International*, 28, 523-540.
- Hatzichristou, C. (2002) A conceptual framework for the evolution of school psychology: transnational considerations of common phases and future perspectives. *School Psychology International*, 23, 266-282.
- Howe, M. (1998). *IQ in question: the truth about intelligence*. London: Sage.
- Hosp. J. L. & Reschly, D. J. (2002). Regional differences in school psychology practice. *School Psychology Review*, 31, 11-30.
- Imich, A. (1999) 'Delivering educational psychology', *Educational Psychology in Practice*, 15(1), 57-64.
- Jimerson, S. R., Graydon, K., Farrell, P., Kikas, E., Hatzichristou, C., Boce, E., Bashi, G. and The ISPA Research Committee (2004) 'The International School Psychology Survey: Development and Data from Albania, Cyprus, Estonia, Greece and Northern England', *School Psychology International*, 25(3), 259-86.
- Jimerson, S. R., Graydon, K., Yuen, M., Lam, S-F., Thurm, J-M., Klueva, N., Coyne, J., Loprete, L. J., Phillips, J. and The International School Psychology Association Research Committee (2006) 'The International School Psychology Survey: Data from Australia, China, Germany, Italy and Russia', *School Psychology International*, 27(1), 5-32.
- Jimerson, S. R., Graydon, K., Skokut, M., Alghorani, M. A., Kanjaradze, A., Forster, J. and The ISPA Research Committee (2008) 'The International School Psychology Survey: Data from Georgia, Switzerland and the United Arab Emirates', *School Psychology International*, 29, 5-28.
- Jimerson, S., Oakland, T. & Farrell, P. (Eds) (2006) *An International Handbook of School Psychology*. London: Sage.
- Kikas, E. (1999) School psychology in Estonia: Expectations of teachers and school psychologists. *School Psychology International*, 20, 352-365.
- Kikas (2006) School Psychology in Estonia. In S. Jimerson, T. Oakland & P. Farrell (Eds) *An International Handbook of School Psychology*. London: Sage.
- Larney, R. (2003). School-based consultation in the United Kingdom: principles, practice and effectiveness. *School Psychology International*, 24, 5-19.
- Lam, S. (2006) Educational Psychology in Hong Kong. In S. Jimerson, T. Oakland & P. Farrell (Eds) *An International Handbook of School Psychology*. London: Sage.
- Leadbetter, J. (2005). Activity theory as a conceptual framework and analytical tool within the practice of educational psychology. *Educational and Child Psychology*, 22(1), 18-28.
- Leyden, G. (1999) 'Time for change', *Educational Psychology in Practice*, 14(4), 222-228.
- Lokke, C., Gersch, I., M'Gadzah, H., & Frederickson, N. (1997). The resurrection of psychometrics: fact or fiction? *Educational Psychology in Practice*, 12(4), 222-233.
- Lunt I. (2002). A common framework for the training of psychologists in Europe. *European Psychologist*, 7(3), 180-191
- McKeever, P. (1996). Consumer opinion of educational psychology services: A pilot survey. *Educational Psychology in Practice*, 12, 45-50.
- MacKay, T. (2002) 'Discussion paper: The future of educational psychology', *Educational Psychology in Practice*, 18(3), 254-253.
- MacLeod, I. R., Jones, K. M., Somers, C. L., & Havey, J. M. (2001). An evaluation of the effectiveness of school-based behavioural consultation. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 12, 203-216.
- Mercer, J.R. (1974). A policy statement on assessment procedures and the rights of children. *Harvard Education Review*, 44, 125-141.
- Oakland, T. (2000). International school psychology. In T. Fagan, & T. Wise (Eds.), *School psychology: past, present & future*. National Association of School Psychologists.
- Oakland, T. (2006) The International School Psychology Association: Its Formation, Accomplishments and Future Missions. In S. Jimerson, T. Oakland & P. Farrell (Eds) *An International Handbook of School Psychology*. London: Sage.
- Papcosta, E. (2006) School Psychology in Cyprus. In S. Jimerson, T. Oakland & P. Farrell (Eds) *An International Handbook of School Psychology*. London: Sage.
- Perez-Gonzalez, F., Garcia-Ros, R., & Gomez-Artiga, A. (2004). A survey of teaching perceptions of the school psychologist's skills in the consultation process: an ex-

- ploratory factor analysis. *School Psychology International*, 25, 30-41.
- Rees, C., Rees, P. & Farrell, P. (2003). Methods used by psychologists to assess pupils with emotional and behavioural difficulties. *Educational Psychology in Practice*, 19, 203-214.
- Reschly, D.J., (2000). The present and future status of school psychology in the United States. *School Psychology Review*, 29, 507-522.
- Rosenfield, S. (2002). Developing instructional consultants: from novice to competent to expert. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 13, 97-111.
- Sheridan, S. M. & Gutkin, T. B. (2000). The ecology of school psychology: examining and changing our paradigm for the 21<sup>st</sup> century. *School Psychology Review*, 29, 485-502.
- Squires, G. & Farrell, P. (2006) Educational Psychology in England and Wales. In S. Jimerson, T. Oakland & P. Farrell (Eds) *An International Handbook of School Psychology*. London: Sage.
- Squires, G., Farrell, P., Woods, K., Lewis, S., O'Connor, M. (2007) Educational psychologists' contribution to Every Child Matters: the parents' view. *Educational Psychology in Practice*, 23, 343-363.
- Strein, W., Cramer, K. & Lawser, M. (2003) School psychology research and scholarship: USA status, international explorations. *School Psychology International* 24, 421-436.
- Thomson, L. (1996) 'Searching for a niche', *Educational Psychology in Practice*, 12(2), 99-106.
- Turner, S., Robins, H. & Doran, C. (1996) Developing a model of consultancy practice. *Educational Psychology in Practice*, 12, 86-93.
- Wagner, P. (2000). Consultation: developing a comprehensive approach to service delivery. *Educational Psychology in Practice*, 16, 9-18.
- Watkins, C. (2000). Introduction to the articles on consultation. *Educational Psychology in Practice*, 16, 5-8.
- Woods, K. & Farrell, P. (2006) Approaches to psychological assessment by educational psychologists in England and Wales. *School Psychology International*, 27, 387-405
- Yesseldyke, J., Burns, M., Dawson, P., Kelley, B., Morrison, D., Ortiz, S., Rosenfield, S & Telzrow, C. (2006). *School Psychology: A Blueprint for Training and Practice III*. Bethesda, MD: National Association of School psychologists.

## DSM, SALUD MENTAL Y SÍNDROME DE ALINEACIÓN PARENTAL

### DSM, MENTAL HEALTH AND PARENTAL ALIENATION SYNDROME

Adolfo Jarne Esparcia y Mila Arch Marín

Universidad de Barcelona

*En el momento actual se constata un intenso debate sobre el denominado Síndrome de Alineación Parental que, entre otras cuestiones, se centra en la inclusión o exclusión del citado Síndrome en el sistema DSM. En esta situación, una revisión y análisis de los fundamentos mismos tanto del DSM como de los conceptos de "salud mental" vs "enfermedad mental", sientan las bases para tratar de delimitar más adecuadamente la realidad de la existencia de la problemática conocida como Síndrome de Alineación Parental. Tras esta revisión y análisis, los autores proponen una ubicación concreta para la conceptualización del SAP.*

**Palabras clave:** DSM, Síndrome de Alienación Parental, Trastornos de Relación, Salud Mental.

*At present there is an intense debate over the so-called Alienation Parental Syndrome which, among other issues, focuses on the inclusion or exclusion of that syndrome in the DSM system. In this situation, a review and analysis of the very foundations of both the DSM as the concepts of "mental health" vs. "mental illness", lays the groundwork to try to define better the reality of the existence of the problem known as Syndrome Parental alignment. Following this review and analysis, the authors propose a specific location for the conceptualization of PAS.*

**Key words:** DSM, Alienation Parental Syndrome, Relational Disorders, Mental Health.

#### QUÉ ES Y QUÉ NO ES EL DSM

El DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) es una nosología, eso significa que es un sistema de clasificación de las enfermedades y los trastornos que presentan síntomas de tipo fundamentalmente mental y comportamental aunque no exclusivamente (véase los trastornos somatoformos), con independencia de su etiología, en gran parte de ellos desconocida. El DSM tiene, además de otras características, un doble sentido; es al mismo tiempo "la clasificación", es decir el listado de trastornos aceptados encuadrados en determinadas categorías y "el sistema" para diagnosticarlos, o lo que lo mismo, la mecánica de diagnóstico de dichos trastornos, que en este caso se realiza a través de criterios diagnósticos y de un sistema multiaxial.

Los criterios diagnósticos son básicamente la constatación de la presencia de comportamientos y productos mentales como pensamientos (delirios), rasgos de personalidad (impulsividad), etc. Se fundamenta en la detección clínica de estos fenómenos de una forma descriptiva y no incluye criterios etiológicos o etiopatogénicos simplemente porque, más allá de teorías y modelos con más o menos base experimental y empírica, para la mayoría de trastornos incluidos en el DSM, éstos, son desconoci-

dos. Incluso en algunos de los que reconocemos su clara etiología cerebral, como las demencias tipo Alzheimer, se desconoce los procesos etiopatogénicos completos.

La inclusión o no de un posible trastorno y/o enfermedad en el sistema o, su salida del mismo, se realiza a través del procedimiento de comité de expertos que efectúan una revisión de forma periódica pero no con plazos fijos. Ello significa que cuando se decide una revisión del sistema o una nueva edición, se forman comités de expertos para las diferentes categorías que tras revisar la literatura científica disponible en el período de tiempo entre dos revisiones, las diferentes propuestas realizadas a través de instituciones y, contar con la colaboración de los especialistas que consideren necesaria, realizan propuestas que son o no aceptadas por el comité de revisión.

El organismo del que depende el DSM y se constituye por lo tanto en su avalador es la APA (*American Psychiatric Association*), y por lo tanto el DSM refleja, en gran medida, el pensamiento y las posiciones dominantes en la APA en un momento determinado. Esta organización no es la única fuente de influencia en el manual. Desde la tercera versión en la década de 1980, se realizan cada vez más esfuerzos de coordinación con el sistema ICD, que es el sistema de clasificación de las enfermedades propuesto, avalado y utilizado por la OMS (*Organización Mundial de la Salud*), y que en su capítulo V está dedicado a las enfermedades mentales;

Correspondencia: Adolfo Jarne Esparcia. C/ Grand de Sant Andreu nº 226, 4º-1ª. 08030 Barcelona. España.  
 E-mail: [ajarne@ub.edu](mailto:ajarne@ub.edu)

de forma que existe el propósito más o menos explícito de que tarde o temprano se llegue a una única nosología en las enfermedades mentales con códigos únicos para cada enfermedad; estén bajo el paraguas de la APA (DSM) o de la OMS (ICD) o de los dos; aún no se ha llegado a ello aunque parece que éste es el propósito. No está explicitado en ningún sitio, pero lo cierto es que en los comités de expertos del DSM cada vez hay más influencia del NIMH (*National Institute of Mental Health*), que es la agencia estatal norteamericana para la salud mental y que se ha convertido quizás en el grupo de presión oficial, no privado y por lo tanto no excluye a los laboratorios farmacéuticos, más importante para la elaboración de directrices sobre política en enfermedad y salud mental en toda la humanidad. Ello no excluye la posible influencia de estos laboratorios y otras instituciones privadas en el NIMH, lo que redundaría en influencia indirecta en el sistema DSM.

En este conglomerado de influencias e intereses entrecruzados, da la sensación de que el sistema ICD, de la OMS, va un poco a remolque del DSM, o sea del avalado por la APA y, en cierta medida por la NIMH. Ello provoca una situación un poco curiosa; el hecho de que finalmente y quizás por primera vez en la historia de la humanidad, el pensamiento sobre qué es y no enfermedad mental tiene la condición de una cierta unanimidad a escala de planeta y esta unanimidad está orientada textualmente por una asociación profesional de un país ayudada, también quizás, por una agencia estatal del mismo país, todo ello bajo el paraguas del conocimiento científico, naturalmente. En el fondo no deja de ser una expresión más del proceso de globalización.

Las razones del éxito del DSM son tan evidentes que pocas personas lo discuten; en esencia se resumen en la comodidad y la paz. En efecto, tras un largo período, más de 23 siglos, en que, desde la perspectiva científica dominante en occidente, las enfermedades mentales no fueron indistinguibles del resto de las enfermedades, la visión hipocrática dominante hasta el siglo XVII-XVIII, siguió otro período de gran confusión en que en primer lugar se intentó identificar, individualizar y caracterizar clínicamente a las diferentes enfermedades y trastornos, que el colapso del modelo hipocrático había hecho desaparecer. Aproximadamente a mediados/finales del siglo XIX, se intentó describir la etiología y etiopatogenia de las enfermedades mentales en términos de enfermedades cerebrales. Tarea que pronto se mostró ingente e imposible entre otras razones por la falta de tecnología

necesaria para dicho propósito, tecnología de la que todavía carecemos hoy día a pesar de los evidentes avances de las neurociencias y otras disciplinas en este sentido. Ante esta evidencia se produjo la irrupción de los modelos; en efecto, ante la falta de un consenso respecto a lo qué es un trastorno concreto, cómo se individualiza y cómo se caracteriza, el campo de la enfermedad mental se fragmentó en modelos distintos que ofrecían denominaciones, clasificaciones y explicaciones diferentes para el mismo fenómeno, muchas veces claramente contradictorias las unas con las otras. El paradigma más mencionado para referirse a este fenómeno es el de los ciegos y el elefante; cada ciego describe al elefante según la parte que palpa.

A mediados del siglo XX, la situación había degenerado hacia tal pandemonium que no sólo resultaba conceptualmente imposible e increíble, sino también profesionalmente y técnicamente incómoda; baste un ejemplo también reiteradamente citado; había casi dos tercios más de probabilidad de ser diagnosticado de esquizofrenia en Estados Unidos vs Europa por el mismo cuadro clínico, dado los criterios diferentes utilizados para la misma denominación. Esta confusión resultaba tan inapropiada e incómoda que casi todo el mundo saludó con alivio el intento de unificar en una sola nosología que nos dotara de un lenguaje común y nos permitiera hablar entre nosotros. Ello no sólo facilitaba las tareas clínicas y forenses, también introducía un factor común en las selecciones de muestras para la investigación, aspecto básico y nunca suficientemente loado y, acababa con "las guerras" de los modelos, al menos en lo que al diagnóstico se refiere, otra cuestión es el abordaje terapéutico. En resumen, por comodidad y paz, aunque algunos piensen que es la paz de los cementerios.

Estos aspectos son tan valiosos en sí mismos, que no sólo casi nadie los discute, sino que tampoco casi nadie desea volver a la situación anterior, nadie quiere volver a la confusión. En cierta manera hemos convertido al DSM en una especie de árbitro frente a nuestras disensiones aunque a un nivel muy primario dada la entidad de nuestras discordancias. Ello provoca que probablemente la tendencia iniciada por el sistema DSM, y en menor medida por el ICD, no sólo no se detendrá sino que continuará adelante; todos estamos ansiosos por ver cómo es el resultado final del DSM V.

Sin embargo, hay cosas que el DSM no es; no es la suma de conocimientos en la enfermedad mental humana; por definición acoge sólo el conocimiento sobre el que



hay cierto consenso desde una perspectiva determinada, la de la APA, aceptada implícitamente por la mayoría de profesionales y científicos, como hemos visto. Lo que sabemos sobre los trastornos/enfermedades mentales va mucho más allá del DSM. Las intervenciones y tratamiento, por definición están excluidos del manual, presentaciones clínicas, formas atípicas y otras que no lo son, cursos clínicos, epidemiología más precisa, factores implicados de naturaleza de todo tipo; cerebrales, sociales, culturales, psicológicos, de personalidad, etc.etc., y naturalmente, multitud de síndromes, trastornos, posibles enfermedades, situaciones clínicas con las que los profesionales pelean diariamente y que no están incluidos en el manual, o lo estuvieron y "saltaron" o están en "lista de espera" o cualquier otra posibilidad. En esencia: no existe sólo lo que el manual nombra, existe lo que vemos en la práctica profesional de cada día. Las cosas existen al margen de que se les nombre "oficialmente". Un buen ejemplo de ello sería el caso de Dostoievski. Hasta donde podemos saber, probablemente Dostoievski era un jugador patológico. Sería un jugador patológico ahora; en su época, por descontado ningún manual de medicina recogía este término ni este concepto. Era impensable para un ruso y un europeo del siglo XIX que pudiera considerarse esta condición como algo clínicamente patológico; era algo que pertenecía a la esfera moral y/o religiosa en todo caso; moralmente enfermizo y degenerado. Sin embargo Dostoievski en su novela "el jugador" describe magistralmente el cuadro clínico de un juego patológico. En resumen, Dostoievski padecía de un trastorno por juego patológico aunque no estuviera reconocido en su época, porque el juego patológico si existía en su época como probablemente en todas; se ha diferenciado y sistematizado cuando el momento histórico y el contexto social así lo ha posibilidad. Volveremos a esta idea cuando hablemos del SAP.

Así, el DSM no es el gran compendio de todos los conocimientos psicopatológicos, psiquiátricos y propios de la psicología clínica; es lo que es y, los que apreciamos su valor y la contribución que ha realizado y realiza a este campo del conocimiento y a la práctica de nuestra profesión, así lo reconocemos con cierta humildad.

### ENFERMEDAD MENTAL Y SALUD MENTAL

Enfermedad mental y salud mental no es lo mismo, naturalmente, tampoco es, por contra de lo que pueda parecer, las dos caras de una misma moneda; ni lo uno es lo contrario de lo otro; no se puede desarrollar salud men-

tal si se padece una enfermedad mental, pues todo tipo de enfermedad conlleva malestar a algún nivel, pero tampoco es suficiente la ausencia de enfermedad mental para desarrollar salud mental. Lo estableció la OMS en el reiteradamente mencionado principio de que *"la salud no es la simple ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, social y psicológico..."* (<http://www.who.int/classifications/en/>), ello significa que se puede no estar enfermo y/o padecer ninguna enfermedad mental pero las condiciones físicas, sociales o psicológicas de la persona no ser las propias de una situación de salud mental; ser simplemente neutras o favorecedoras de una mala salud mental que en el futuro puede convertirse en enfermedad mental. Una mujer crónicamente maltratada en el ámbito doméstico por ejemplo ni padece ningún trastorno mental, ni es una enferma mental, pero generalmente no tiene una buena salud mental. Sus condiciones sociales (familiares), psíquicas y también en ocasiones físicas están marcadas por el sufrimiento y por lo tanto no son de bienestar. Algunas de estas mujeres llegan a desarrollar trastornos mentales, depresión, ansiedad y ansiedad postraumática generalmente, otras no. Cuando consiguen dejar atrás el maltrato es cuando sus condiciones mejoran en la línea de mejorar su salud mental.

El ejemplo anterior es tan claro que podríamos encontrar cientos como ellos en cualquier ámbito de la vida del hombre adulto y los niños; sería extrapolable al niño acosado en su escuela, a las malas condiciones en el trabajo, a la utilización de estrategias inadecuadas para afrontar los problemas o a ciertas características de personalidad que sin ser patológicas no favorecen la salud mental. En todas ellas no tiene por qué aparecer la enfermedad mental, tampoco tiene por qué haber mala salud mental; la capacidad de supervivencia y resistencia del ser humano es enorme y ello nos hace muy adaptativos a nuestro medio, tanto que es posible que acabemos con él. Simplemente no ayudan en la dirección de favorecer la salud mental, es decir de favorecer un estado de bienestar actual y futuro en el caso de los niños.

Los profesionales de la salud mental lo sabemos y por ello, aunque el primer cuidado que tenemos siempre es detectar la enfermedad mental e intervenir sobre ella, sabemos que ello solamente no bastará para un completo bienestar de nuestros pacientes; frecuentemente harán falta algunos cambios en su ambiente, entendido de forma genérica, y/o en su psicología para avanzar en el sentido de un estado de auténtico bienestar.

Ello es más cierto en los niños en los que el diagnóstico e intervención se hacen especialmente con proyección de futuro; nos preocupamos de la presencia de trastornos en el momento actual y nos preocupamos de las condiciones que en el futuro puedan favorecer o desfavorecer su salud mental y propiciar la aparición de trastornos mentales.

Ello lo saben también los psicólogos forenses, cuando al realizar sus recomendaciones en los tribunales informan a éste no sólo en función del estado actual del menor, sino también de su futuro, por ello utilizan con mucha frecuencia la expresión "se garantiza mucho mejor una correcta evolución psicosocial..." "se protege mejor la evolución psicosocial del menor..." "se atiende mejor a las necesidades psicosociales actuales y futuras del menor si...". Con ello se hace referencia a una situación de salud mental, no de enfermedad mental.

Desde esta perspectiva, el DSM no es un manual que aborde los problemas relacionados con la salud mental sino con la enfermedad y los trastornos mentales y aún con éstos se mueve en medio de una gran ambigüedad. Esta se refleja no sólo en la definición de trastorno mental, que está conceptualizado "como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas del funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad." (APA, pag. XXI de la introducción a la edición española, 1995). Como se puede observar por la definición anterior, el concepto de trastorno presenta un alto componente de consenso social ya que no queda definido por la simple presencia de síntomas y signos reconocidos en la exploración clínica, sino por aparecer asociado a un malestar, discapacidad o riesgo significativo, etc.; por ejemplo por su capacidad de hacer "perder libertad". ¿Quién define ello?, ¿el clínico, el paciente o el contexto?, ¿y si aparece una desviación de comportamiento que no produce malestar, discapacidad o riesgo significativo...?

El resumen es que el sistema DSM no define salud mental sino enfermedad mental y aún así con un alto nivel de indefinición, valga la redundancia. La demostración de ello es que tiene grandes dificultades para abarcar la globalidad de la clínica que atendemos los profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, etc.) o bien porque no la reconoce a pesar de que existe como es el caso del Síndrome de Estocolmo, el Síndrome de la mu-

jer maltratada o el trastorno ansioso/depresivo; o bien porque la reconoce pero difícilmente encaja en esta definición, como es el caso de numerosas dificultades relacionadas con el aprendizaje escolar; o bien porque representan una nueva realidad clínica que difícilmente puede estar recogida.

Un buen ejemplo de ello puede ser el maltrato en el contexto familiar. Por descontado, no todas las mujeres y niños sometidos a maltrato en cualquiera de sus formas desarrollan un trastorno reconocido y reconocible en el DSM. No todas las víctimas presentan estrés postraumático o depresión tal como la define el DSM; hay una gran variabilidad de respuesta porque el ser humano es por definición individualmente muy variable, pero en todas estas víctimas observamos el sufrimiento, el dolor, un cierto síndrome de victimización no descrito en el DSM y, por descontado, una grave situación de riesgo para su salud mental actual y futura ante el que hay que reaccionar con prontitud para preservarla y/o restituirla, se observe o no trastorno reconocido por el DSM.

Tanto la salud mental como la enfermedad mental se hayan íntimamente unidas a su contexto social, tal como recoge la misma definición de trastornos del sistema DSM, de hecho en alguna medida, no en toda, es altamente cambiante en función del mencionado contexto y momento histórico. La alta variabilidad de lo que se ha entendido por trastornos de la sexualidad a lo largo de la historia del pensamiento occidental y su asociación a circunstancias concretas (la impregnación de la religión en la vida civil, etc.), es un buen ejemplo de ello. Hay acuerdo en que estamos en un mundo cambiante: la globalización, la sociedad de la información, las nuevas formas de relación, los cambios en la familia, etc.; inevitablemente ello se ha de manifestar en la concepción de la psicopatología, la salud mental y la enfermedad mental. Una buena revisión de ellos se puede encontrar en el texto de A. Talarn (2007) "Globalización y Salud Mental". La idea fundamental es que en una sociedad distinta, con realidades distintas y condiciones distintas, aparecerán nuevas formas de trastornos y de enfermar, nuevos retos frente a la salud mental que hay que enfocar de una nueva forma. Posiblemente, el Síndrome de Alineación Parental (Gardner, 1985, 1999, 2001, 2002a, 2002b, 2006) constituye, junto con una cantidad importante de trastornos y situaciones clínicas, un fiel reflejo de esta nueva realidad; en este caso en el mundo de la familia, realidad cambiante que tampoco nadie niega.

## SAP y DSM

Como hemos mencionado antes, el DSM no puede abarcar, por definición, la totalidad de las situaciones en las que la salud mental de un ser humano, entendida en su justo sentido holístico, puede verse comprometida. Hasta tal punto el mismo sistema lo reconoce que ha tenido que buscar un truco, un subterfugio para poder salvar la situación; el truco es una categoría que se denomina *"otros focos de interés que pueden ser objeto de atención clínica"*. El DSM considera en esta categoría *"a otros estados o problemas que pueden ser objeto de atención clínica y que se relacionan con trastornos mentales descritos previamente en este manual en una de las siguientes formas 1) El problema está centrado en el diagnóstico o el tratamiento y la persona no tiene un trastorno mental..."* (APA, 1995 pág. 691) obsérvese cómo la definición pivota sobre el hecho de situaciones que tienen interés clínico, de lo que necesariamente se ha de deducir que constituyen situaciones conflictivas reales, no inventadas, en las que unos seres humanos sufren y pueden y deben recibir ayuda, aunque no constituyan estados de enfermedad mental.

Pues bien, en este apartado se describe un subapartado que se denomina *"problemas de relación"*, que se definen como *"patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad clínicamente significativo, o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o a deterioro de la unidad relacional misma. Se incluyen los siguientes problemas de relación, porque con frecuencia son objeto de atención clínica por parte de los profesionales de la salud. Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica en uno o más miembros de la unidad relacional, pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica, pueden ser independientes de otros trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno"* (APA, 1995 pág. 696). Parece evidente que desde la perspectiva descriptiva el SAP incluye un patrón de interacción de una unidad relacional (padres e hijos), que conlleva un deterioro de la actividad clínicamente significativo (marcada presencia de dolor psíquico y riesgo en la evolución psicosocial del menor en tanto la ausencia absoluta de uno de los padres) y, puede aparecer relacionado con la patología de uno/s miembros de la unidad relacional o en ausencia de

cualquier otro trastorno. Y, por descontado, son subsidiarios de recibir atención clínica; por lo que no parece que haya ningún clínico del mundo que ante la situación de *"el niño no quiere ver en absoluto a su padre, no quiere relacionarse con él de ninguna forma"* lo despache con un simple *"eso no tiene importancia, que no lo vea; ya pasará"*. Esto simplemente no sucede. Al menos se preocupará de averiguar qué es lo que sucede o de formular algunas hipótesis al respecto.

Finalmente, dentro de la categoría *"problemas de relación"* se incluye *"Problemas paterno-filiales"* caracterizados porque *"El objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos (p. ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos"* (APA, 1995 pág. 696). Una vez más pensamos que, de nuevo desde una perspectiva descriptiva, el SAP encaja en esta categoría ya que existe un evidente deterioro de la comunicación entre padres e hijos, asociado a la posibilidad de un deterioro de la actividad individual, y, sin ningún tipo de duda, a un deterioro de la actividad familiar y de nuevo la posibilidad de aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos.

Obsérvese cómo en los criterios de esta categoría no se realiza ninguna mención a la posible causa de la conflictiva relacional; ello es coherente con la propia filosofía del sistema DSM que se declara ateorico y que no estructura ningún ítem etiológico como criterio diagnóstico para ninguna categoría de trastornos o enfermedad, lo que obviamente hubiera resultado inútil dado el nivel de conocimientos asentados que tenemos sobre ellos. De ello se deduce que esta categoría diagnóstica **no es el SAP**, simplemente el SAP puede quedar bajo su paraguas si por algún motivo fuera necesaria su adscripción a una categoría diagnóstica del DSM. De hecho, en esta categoría estarían todas las situaciones en que existe una conflictividad paterno/filial bajo las condiciones que el sistema establece y que hemos comentado, con independencia de su causalidad y origen; abuso y/o maltrato por parte de los padres, problemas generacionales, etc., y por supuesto, boicoteo de la relación por parte de un padre.

En un reciente trabajo, Baker (2007) exponía una idea que nos parece muy interesante y que incorporamos; cuando se habla con adultos que en su

infancia/juventud mantuvieron una actitud y unos comportamientos de rechazo hacia uno de los padres relacionado con el boicoteo del otro y no con origen en otra causa, se encuentra personas, menores en su momento, que vivieron un proceso de separación de sus padres altamente conflictivo y muy judicializado, pero también menores que vivieron la separación de sus padres sin apenas conflictividad, porque el padre rechazado renunció a "presentar batalla" o simplemente "se retiró" y, lo que es más curioso, también hay menores que relatan esta experiencia en familias intactas que no pasaron por la experiencia de la separación y, de hecho, permanecieron siempre juntas. Es decir, en este contexto, de familias intactas, también se puede observar una serie de actitudes y comportamientos por parte de miembros de la familia (un padre por ejemplo) tendientes a desprestigiar la figura, anular la autoridad, entorpecer los afectos, etc, en esencia, boicotear la relación del niño con otro miembro de la familia (el otro padre por ejemplo), con efecto negativo para el desarrollo psicosocial y la salud emocional del menor y por supuesto de la salud familiar.

En nuestra opinión, este descubrimiento es importante porque puede rebajar el tono de crispación ideológica en la discusión alrededor del SAP si no se circunscribe exclusivamente al ámbito judicial. Dicho de otra manera, se podría plantear la siguiente pregunta; ¿existe base suficiente como para plantearse la existencia de una patología relacional familiar y/o patrón patológico de comunicación familiar, que se puede presentar en cualquier contexto o situación familiar, que se caracteriza por la presencia de una actitud/comportamiento de rechazo de menores hacia un miembro de la familia claramente relacionado con actitudes/comportamientos de boicoteo a la relación por parte de otros miembros de la familia, excluidos otros posibles factores causales ?.

Nuestra propuesta sería la de considerar la presencia de un síndrome que va más allá de lo estrictamente clínico y judicial y que reúne estas características, se le dé el nombre que se le dé, no necesariamente Síndrome de Alienación Parental. Ello sería coherente también con la propuesta de Kupfer, First y Regier (2004), quienes en su escrito sobre la agenda de investigación para el desarrollo del DSM-V planteaban la posibilidad de que se incluyera al mismo nivel de los trastornos de personalidad un grupo de "trastornos de la relación" que acogerían situaciones donde el núcleo de la pato-

logía sería la dinámica relacional con relación evidente con las consecuencias psicopatológicas para las personas atrapadas en dicha relación. Ponían como ejemplo, precisamente, el caso del "maltrato conyugal continuado".

Si la respuesta fuera positiva, se debería comenzar a investigar sobre ello en las múltiples áreas que configuran la salud mental, epidemiología, contextos en que se presenta, factores sociales relacionados, factores de personalidad relacionados, posibilidades de intervención, etc., y siempre con la frialdad y el distanciamiento emocional del fenómeno que ha de caracterizar al científico.

## REFERENCIAS

- APA. American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Baker, A. J. L. (2007). *Adult children of Parental Alienation Syndrome: Breaking the ties that bind*. New York: W.W. Norton.
- Gardner, R. A. (1985). Recent trends in divorce and custody litigation. *The Academy Forum*, 29(2), 3-7.
- Gardner, R. A. (1999). Differentiating between the parental alienation syndrome and bona fide abuse/neglect. *American Journal of Family Therapy*, 27(2), 97-107.
- Gardner, R.A. (2001). The Parental Alienation Syndrome: Sixteen years later. *The Academy Forum*, 45(1), 10-12.
- Gardner, R.A. (2002). The empowerment of children in the development of the Parental Alienation Syndrome. *The American Journal of Forensic Psychology*, 20(2), 5-29.
- Gardner, R.A. (2002). Does DSM-IV have equivalents for the Parental Alienation Syndrome (PAS) Diagnosis? *American Journal of Family Therapy*, 31(1), 1-21.
- Gardner, R.A. (2006). The Parental Alienation Syndrome and the corruptive power of anger. En R. A. Gardner, S. R. Sauber, D. Lorandos (Eds.). *The International Handbook of Parental Alienation Syndrome*, (pp. 33-48), Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kupfer, D; First, M., Regier, D. (2004). *Agenda de investigación para el DSM-V*. Barcelona. Masson
- Talarn, A. (2007). *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder S.A.
- World Health Organization. Revisado 12 mayo 2008: <http://www.who.int/classifications/en/>