

**Estudio para conocer las necesidades presentes en las situaciones que son notificadas en el Servicio de Prevención, Infancia y Familia del Ayuntamiento de San Sebastián y en el Servicio de Protección a la Infancia y la Adolescencia de la Diputación Foral de Gipuzkoa, conocer los principales Programas Basados en la Evidencia que se están aplicando en el ámbito internacional en este tipo de casos, y elaborar una propuesta global de implantación de aquellos programas que se considere que mejor pueden responder a la población diana de estos Servicios**

**Universidad del País Vasco  
Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián  
Diputación Foral de Gipuzkoa**

**Junio 2016**

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>PROCEDIMIENTO DE TRABAJO.....</b>	<b>3</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL DEL AYUNTAMIENTO DE DONOSTIA / SAN SEBASTIÁN Y DE LA DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA .....</b>	<b>4</b>
<b>Función de Detección .....</b>	<b>4</b>
Intervención Precoz.....	4
<b>Función de Intervención Familiar .....</b>	<b>9</b>
Psicólogos Comunitarios.....	9
<b>Servicio de Valoración y Orientación.....</b>	<b>13</b>
Técnicos del SPIF .....	13
Equipos Zonales de Infancia y Adolescencia (EZIA).....	15
<b>Servicio de Intervención Familiar y Socioeducativa .....</b>	<b>19</b>
Responsables de Casos (EZIA) .....	19
Recursos Terapéuticos y Socioeducativos .....	20
<b>Visión General de la Cobertura, Recursos y Profesionales.....</b>	<b>30</b>
Recursos Humanos .....	33
Coste Global de los Servicios.....	34
Resumen de Cobertura y Costes.....	35
<b>CONCLUSIONES GENERALES .....</b>	<b>38</b>
<b>PRINCIPIOS BÁSICOS QUE DEBEN DE REGIR LA PROPUESTA DE MEJORA Y RECONVERSIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL.....</b>	<b>44</b>
1. Intervención Temprana.....	44
2. Implantación de Programas Basados en la Evidencia.....	47
3. Cambio en la orientación y la “cultura organizativa” del Sistema de Protección Infantil: orientación a resultados, rendimiento de cuentas .....	49
<b>UNA CLASIFICACIÓN DE CASOS EN FUNCIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES .....</b>	<b>53</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE UNA "CARTERA" DE PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA .....</b>	<b>58</b>
Nurse Family Partnership (NFP) .....	58
Safe Environment For Every Kid (SEEK) .....	63
Video Feedback Intervention To Promote Positive Parenting And Sensitive Discipline (VIPP-SD).....	65
Circle Of Security (COS) .....	68
Emotional Availability (EA).....	71
Safecare (SC).....	73
Parent-Child Interaction Therapy (PCIT).....	75
The Incredible Years (IY) .....	78
Treatment Foster Care Oregon (TFCO) .....	83
Multisystemic Therapy (MST) .....	87

Multisystemic Therapy For Child Abuse And Neglect (MST-CAN).....	92
Functional Family Therapy (FFT) .....	95
Positive Parenting Program (The Triple P).....	98
Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) .....	102
Resumen de los Programas .....	105
<b>RECOMENDACIONES GENERALES.....</b>	<b>107</b>
<b>UNA SIMULACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA NUEVA CARTERA DE PROGRAMAS.....</b>	<b>127</b>
<b>CONSIDERACIONES GENERALES DEL PROCESO DE RECONVERSIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL EN GIPUZKOA.....</b>	<b>128</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>131</b>
Anexo 1: Información de la Revisión de Expedientes que no se incluye en la parte central del Informe.....	131
Anexo 2: Datos extraídos de la Memoria de Sustatuz que no se incluye en la parte central del informe .....	143
Anexo 3: Plan de Caso de los Psicólogos Comunitarios .....	146
Anexo 4: Datos Extraídos de la Memoria de Ekia.....	172
Anexo 5: Datos Extraídos de la Memoria De Izan .....	173
Anexo 6: Información Extraída del Estudio de Expedientes para la Clasificación de Casos.....	174

## INTRODUCCIÓN

---

El Informe que se presenta en este documento es el resultado del Acuerdo de Colaboración establecido entre la Diputación Foral de Gipuzkoa (Departamento de Política Social, el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián y la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento) firmado con fecha de Octubre de 2014.

Este Acuerdo se establece a partir del desarrollo de las actividades que se venían llevando a cabo en base a un Acuerdo previo firmado en Agosto de 2013 entre las tres administraciones y que tenía por objeto “la implantación con carácter piloto y experimental de programas de intervención (prevención y tratamiento) basados en la evidencia (es decir, que hayan demostrado ya su eficacia en aplicaciones sistemáticas en otros contextos o países), con menores y familias en situación de desprotección que tengan un expediente abierto y estén siendo objeto de intervención por el Servicio de Protección a la Infancia y a la Adolescencia de la Diputación Foral de Gipuzkoa y por el Servicio de Prevención, Infancia y Familia del Ayuntamiento de San Sebastián”.

En el Acuerdo de Colaboración en base al cual se desarrolla este Informe se señala expresamente que (1) “desde las primeras fases de la implantación de ambos programas (Programa SafeCare y Programa Incredible Years), los responsables de las tres Instituciones firmantes del Acuerdo de fecha 9 de Agosto de 2013 y del Convenio correspondiente de fecha 13 de Enero de 2014 habían constatando la limitación en cuanto a resultados de la actual intervención administrativa con menores en desprotección en comparación con programas implantados en otros países”, (2) que “las tres instituciones consideran estratégico analizar la posibilidad futura de que en el Territorio de Gipuzkoa se vayan implantando de forma paulatina este tipo de procedimientos de intervención, (3) y que “para ello, se consideraba necesario realizar una investigación que permita recopilar información sobre algunas cuestiones relevantes que se describen en la cláusula primera de este Convenio”.

El Acuerdo de Colaboración tenía como objeto “llevar a cabo una investigación que permita analizar las necesidades presentes en las situaciones que son notificadas en el Servicio de Prevención, Infancia y Familia del Ayuntamiento de San Sebastián y en el Servicio de Protección a la Infancia y la Adolescencia de la Diputación Foral de Gipuzkoa, recabar información sobre Programas Basados en la Evidencia que se están aplicando en el ámbito internacional, y formular una propuesta global de implantación de aquellos programas que se considere que mejor pueden responder a la población diana de estos Servicios” y se proponía alcanzar los siguientes objetivos:

1. Revisar la información disponible en la historia/expediente de un conjunto relevante de casos de riesgo y desprotección abiertos en la fecha de realización del estudio en los Programas de Intervención Precoz y Psicólogos Comunitarios del Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián y en la SAPI de la Diputación Foral de Gipuzkoa y realizar una aproximación al número y características de los casos de riesgo o desprotección de niños/as de edades inferiores a cinco años que no son conocidos y por tanto no están recibiendo intervención o seguimiento por parte de los Servicios de Infancia municipales o forales.
2. Realizar una revisión exhaustiva de los programas basados en la evidencia, ya sea de prevención o tratamiento, que hayan sido aplicados en el ámbito nacional e internacional a niños/as y familias con las características identificadas en este estudio y evaluar el coste previsto de implantación (incluyendo la formación de profesionales y la evaluación de los programas) de cada uno y del conjunto de los programas de prevención y tratamiento seleccionados.

3. Diseñar y planificar un procedimiento de “transición” ordenada desde la situación actual y los programas existentes hacia la situación prevista de implantación de un conjunto organizado y sistemático de programas de prevención y tratamiento basados en la evidencia.

Se incluía, así mismo, en este Acuerdo el objetivo de “diseñar y planificar un Seminario o Grupo de Trabajo con expertos del ámbito nacional e internacional para analizar la propuesta de selección de programas basados en la evidencia y el proceso de transición y reconversión de los recursos actuales”.

## PROCEDIMIENTO DE TRABAJO

---

Para elaborar el contenido de este Informe se han llevado a cabo las siguientes acciones y se ha utilizado el procedimiento de trabajo que se detalla a continuación:

1. **Memorias de los servicios:**
  - Memoria del año 2014 de la Dirección de Bienestar Social
  - Memorias del Servicio de Protección a la Infancia y la Adolescencia (SPIA) del año 2013 y del año 2015.
  - Informe de Actividades del Servicio de Intervención Precoz (set. 2013-ago.2014)
  - Memoria del Servicio de Asesoramiento e Intervención en situaciones de Desprotección Infantil del periodo 2013-2014 (HZ)
  - Memoria del año 2014 del Servicio de Atención Socioeducativa y Psicosocial (Sustatuz)
  - Memoria del año 2013 y del año 2015 del Programa “Equipos Zonales de Infancia y Adolescencia” (EZIAS)
  - Memoria del año 2012 del Programa “Treatu” (Haurgazte)
  - Memoria del año 2013 del Programa “Bideratu” (IZAN)
2. **Pliegos de Condiciones Técnicas del:**
  - Programa “Equipos Zonales de Infancia y Adolescencia” (EZIAS)
  - Programa “Bideratu” (IZAN)
  - Servicio de seguimiento y apoyo técnico al Acogimiento Residencial
3. **Consulta de Expedientes**
  - 33 expedientes de Intervención Precoz
  - 40 expedientes de Psicólogos Comunitarios
  - 15 expedientes del SPIF
  - 30 expedientes de los Equipos Zonales de Infancia y Adolescencia
  - 196 expedientes: 88 de casos llevamos desde el Ayuntamiento de SS y 108 de casos de DFG.
4. **Revisión de bibliografía científica sobre:**
  - Intervención Temprana
  - Programas Basados en la Evidencia
  - Implementación de Programas Basados en la Evidencia
5. **Cuestionarios a Responsables de Caso y de Intervención sobre procedimientos de intervención de terapeutas y educadores.**
6. **Cuestionarios sobre Perfil Profesional.**
7. **Cuestionarios sobre la empresa donde trabajan (satisfacción, liderazgo)**
8. **Cuestionarios sobre actitud hacia nuevas intervenciones.**

# DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL DEL AYUNTAMIENTO DE DONOSTIA/ SAN SEBASTIÁN Y DE LA DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA

## FUNCIÓN DE DETECCIÓN

### INTERVENCIÓN PRECOZ

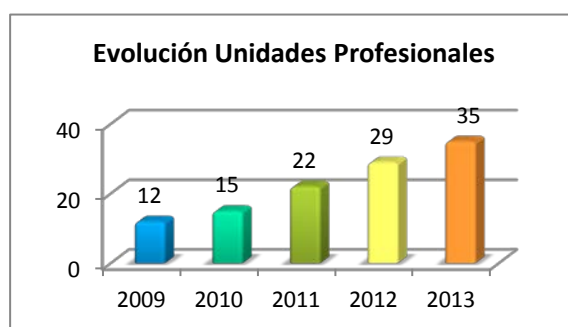
PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA DETECCIÓN Y ASESORAMIENTO EN EL ÁMBITO ESCOLAR Y COMUNITARIO

#### DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

En el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián la función de detección temprana tiene asignado un recurso específico e independiente, aunque integrado con el resto de los recursos, incluidos los Centros de Servicios Sociales (CSS). En este informe se hará un breve análisis de la capacidad de detección del municipio de Donostia/San Sebastián. Con respecto al resto de municipios de Gipuzkoa, puede resultar de utilidad (aunque muy limitada) la información que se puede extraer de la memoria de los Equipos Zonales de Infancia y Adolescencia (EZIAS) que son los encargados de recibir las derivaciones de casos de todos los municipios.

El servicio está asignado a HZ S.L. que tiene la responsabilidad de gestionar el denominado “Programa Municipal de Intervención Precoz”. Este servicio trabaja en la detección de casos de riesgo de desprotección infantil a través de los contactos con las denominadas Unidades Profesionales (UP), que fundamentalmente y hasta la fecha actual son los centros escolares del municipio. En los últimos cuatro años el número de Unidades Profesionales ha ido aumentando, incorporando a la Guardia Municipal, los Haurtxokos, Gaztelekus, Polideportivos, y en este último año a las Haurreskolas, ampliando así la cobertura a la población de 0 a 2 años.

Cada UP tiene un profesional de referencia, el servicio cuenta con 7 profesionales (4,2 EJs), los cuales son los encargados de ejercer por un lado la función de formación a profesionales y por otro la de asesoramiento e intervención con las familias.

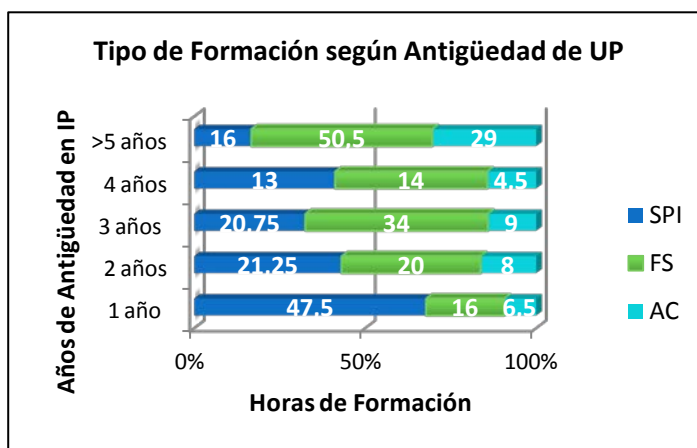


#### FORMACIÓN A PROFESIONALES

La formación a profesionales se estructura en tres temáticas:

1. Sistema de Protección Infantil (SPI),
2. Fenómenos Sociales (FS) y
3. Análisis de Casos (AC).

En total, en el último año revisado (2014) se han invertido 313 horas de formación a un total de 1.213 profesionales. El número de horas y el tipo de formación varía principalmente en función del tiempo que la UP lleve integrado en el programa y a las necesidades recogidas en el propio grupo. En los centros nuevos se invierten más horas en formación sobre el Sistema de Protección Infantil, mientras que en los centros con más antigüedad se observa un aumento en formación sobre fenómenos sociales y de análisis de casos.



#### ASESORAMIENTO E INTERVENCIÓN

Las funciones de asesoramiento e intervención con familias se lleva a cabo a través de dos procedimientos: (1) reuniones de coordinación y/o análisis de casos con profesionales y (2) entrevistas con padres y madres.

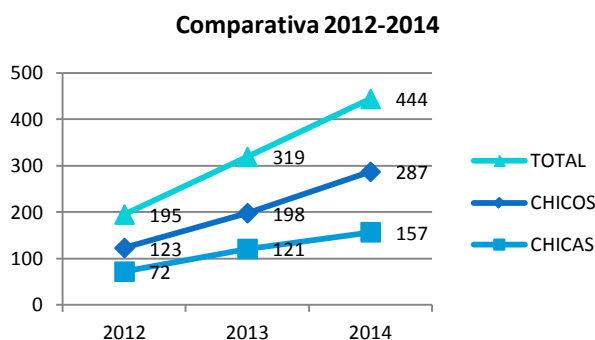
La información disponible en la Memoria del Programa referida al año 2014 señala que se dio atención a la situación de un total de 444 menores, lo que supone un 39% y un 127% más de los casos atendidos en relación a los dos anteriores, respectivamente.

En la Memoria del Programa no se encuentra información sobre el tipo de intervención específica que se ha realizado con los casos atendidos ni el número de horas dedicadas a cada caso por lo que no se puede hacer un análisis preciso de las características de dichas intervenciones.

#### CASOS ATENDIDOS -ALTAS Y BAJAS

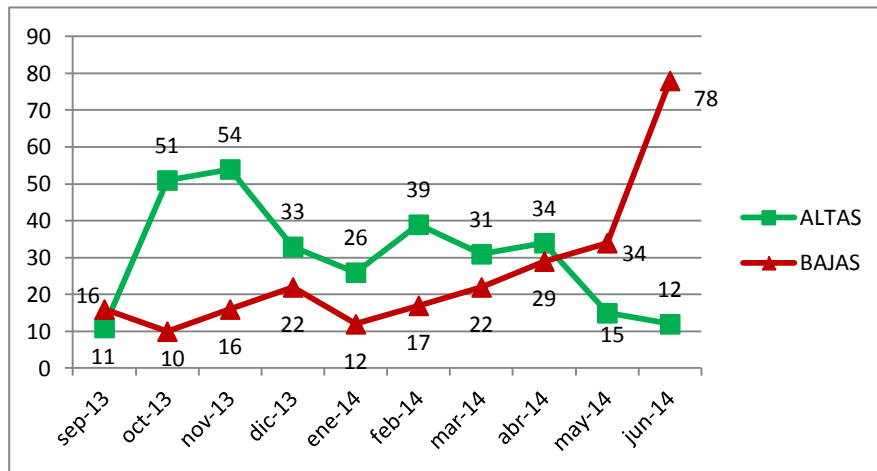
Para poder conocer mejor y con mayor precisión el funcionamiento de este Programa y el trabajo que se realiza con los casos detectados y atendidos puede resultar interesante precisar la entrada y salida de casos a lo largo del año y el porcentaje de casos que se mantienen abiertos más de un año o curso académico.

De los 444 casos atendidos a lo largo del año 2014, el 69% (N=306) fueron casos nuevos detectados durante dicho año. A lo largo del mismo periodo de tiempo, se dieron de baja al 58% (N=256) del total de casos detectados y atendidos, manteniéndose abiertos el 42% (N=188) de los casos.





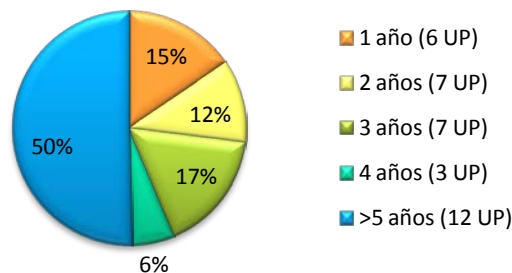
En la siguiente Figura se pueden observar las “altas” y “bajas”, en cada uno de los meses del curso académico, de los menores que han sido objeto de atención por parte del Programa. Se puede observar con cierta claridad que el funcionamiento del programa está muy asociado a la evolución del curso académico en los centros escolares con una tendencia a la “entrada” máxima de casos en los meses siguientes al inicio del curso (Octubre y Noviembre) y un mantenimiento relativamente estable de dicha “entrada” de casos a lo largo del curso académico. Las “salidas” de casos aumentan de manera clara a medida que se cierra el curso académico.



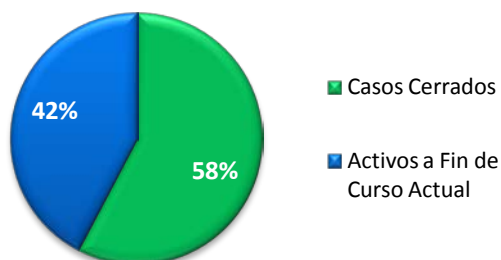
Se ha señalado más arriba que en el año 2014 se detectaron y se atendieron un total de 306 “casos nuevos”. Esta cifra puede ser un buen indicador de la capacidad de detección de situaciones de menores en riesgo de desprotección. Los 306 menores representan un 1,50% sobre la cantidad total de menores (N=20.336) que están atendidos en el total de las Unidades Profesionales.

La eficacia del Programa y su aceptación por parte de las UPs, se observa también en el hecho de que se reciben un mayor número de demandas desde las UPs que llevan mayor tiempo en el servicio. El 50% de las demandas pertenecen a las UPs con más de 5 años de antigüedad. Del total de casos atendidos 72 (16,21%) fueron notificados y derivados a Servicios Sociales.

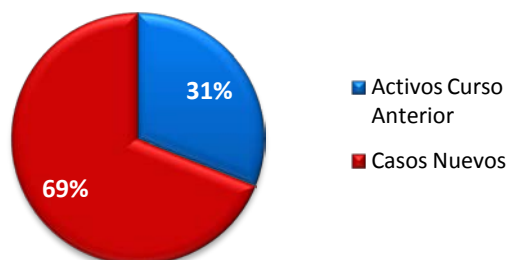
**Demandas de UP 2013-2014**



**Total de Casos N=444**



**Total de Casos N=444**



## CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

Se cuenta con información acerca de las edades de los menores atendidos así como los motivos de demanda.

Con respecto a las edades se observa claramente la dependencia de este Programa de la detección en UPs que son Centros escolares. Sólo a partir de los 4 años de edad hay una mayor detección de casos manteniéndose una proporción similar en edades superiores. Es muy limitada la capacidad de detección de casos de menores de entre 0 y 3 años (6%; N=27).

EDAD	CHICOS	CHICAS	TOTAL	%
0-3	18	9	27	6%
4-6	65	34	99	22%
7-9	86	42	128	29%
10-12	49	28	77	17%
13-17	67	43	110	25%
18	2	1	3	1%
<b>TOTAL</b>	<b>287</b>	<b>157</b>	<b>444</b>	<b>100%</b>

Las demandas son agrupadas en tres tipos. La inmensa mayoría de las situaciones se “etiquetan” en base a la presencia en el menor de “indicadores de tipo socio-emocional”.

1. Demandas en relación a la presencia de indicadores en el menor (81,1%).
  - en el área física (0,8%),
  - en el área socio-emocional (84,4%)
  - en el área cognitiva (2,2%)
2. Demandas en relación a indicadores en los padres (16,1%)
3. Demandas en relación a la práctica de los diferentes profesionales de las UP (2,7%).

## PROCEDIMIENTO DE TRABAJO

Para conocer información más detallada sobre el procedimiento de trabajo de los profesionales, se han revisado un total de 33 expedientes de menores atendidos. Se han extraído datos sobre las fuentes a partir de las cuales obtienen información de los menores, sobre la metodología y el tipo de información que manejan, además de si se realiza una identificación precisa del problema.

Los centros escolares son la principal fuente de detección y también de obtención de la información, como puede observarse en la siguiente Tabla. En todos los casos se ha obtenido información a través de los profesionales de los centros escolares y en un 18% de los casos además se ha obtenido información desde otros ámbitos. Únicamente en uno de los 33 expedientes revisados se ha obtenido información de profesionales del ámbito sanitario.

Fuentes de Obtención de la Información	Nº	%
Profesionales del centro escolar	33	100%
Profesionales del ámbito sanitario	1	3%
Otros/as profesionales de la administración o tercer sector	5	15%

Los profesionales consiguen disponer de información de las familias y los menores a través de reuniones con otros profesionales en contacto con el menor, aunque es importante señalar que, de lo observado en los casos revisados, se deduce que en un porcentaje importante de casos se llevan a cabo una o varias entrevistas con las familias.

<b>Metodología Empleada</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Reuniones con profesionales del centro escolar/otros sistemas	33	100%
Entrevistas con miembros de la UC	23	70%

La mayor parte de la información que se maneja desde el programa de Intervención Precoz es obtenida directamente por el propio profesional (61%). En algunos casos dicha información puede ser contrastada con otras fuentes (21%).

<b>Fiabilidad de la Información</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Diagnósticos / partes médicos	1	3%
Partes del juzgado	0	0%
Test psicológicos	0	0%
Información contrastada con diferentes fuentes	7	21%
Información obtenida por el/la mismo/a profesional	20	61%

En la mayoría de los casos revisados (88%) se ha encontrado información en la que se identifica con claridad el problema central que presenta el menor o la familia .

	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Identificación del Problema	29	88%

#### ORIENTACIÓN E INTERVENCIÓN

De los expedientes revisados se ha obtenido información sobre el tipo de orientación y atención que recibieron los casos. En un 36% de los mismos, la orientación consistió en “asesoramiento al centro escolar a través de reuniones”. En el 21% de los casos revisados se ha llevado a cabo una intervención con las familias que ha consistido en el asesoramiento directo a través de entrevistas. En la siguiente Tabla se pueden observar las diferentes “orientaciones” que han recibido los casos estudiados en la revisión de expedientes realizada.

<b>Orientación</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Asesoramiento al centro escolar	12	36%
Asesoramiento a los padres	7	21%
SAF	6	18%
Derivación a la trabajadora social de base	6	18%
Notificación	5	15%
EPI	5	15%
Cierre por derivación	6	18%
Cierre por mejoría	5	15%
<i>Razón de mejoría:</i>		
• <i>Desaparición de Indicadores</i>	3	
• <i>Falta de Indicadores</i>	1	
• <i>Abandono</i>	1	

## PROGRAMA PREVENTIVO EN EL ÁMBITO FAMILIAR

---

### SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN FAMILIAR (SAF)

Este servicio es llevado a cabo por la empresa Orain. Está en funcionamiento desde el año 2014 y tiene asignados 4 terapeutas en plantilla. El programa recibe casos principalmente del Programa de Intervención Precoz, aunque también puede recibir casos desde los CSS, tanto de los Psicólogos Comunitarios como de los Trabajadores/as Sociales.

Tienen una propuesta de 8 tipos de grupos para apoyar la tarea de crianza de madres/padres:

1. Apoyo de habilidades parentales
2. Consumo de sustancias por parte de los hijos/as
3. Promoción del vínculo seguro
4. Dificultades en la pre-adolescencia y adolescencia
5. Migración y apoyo para hacer red social
6. Adopciones
7. Pautas de crianza de los menores
8. Apoyo en la elaboración del duelo.

En todos los grupos se llevarían a cabo actividades durante un total de 15 sesiones. Las sesiones tienen una hora y media de duración, con una frecuencia quincenal en las 10 primeras y mensual en las 5 restantes. El número mínimo por cada grupo es de 4 familias, con un máximo de 12 personas por grupo.

En la Memoria de este año 2014 del Departamento de Bienestar Social se señala que se atendieron a un total de 77 familias. Se precisa en dicha memoria que se llevaron a cabo actividades con un total de 7 grupos y se llevaron a cabo intervenciones individuales con 12 familias.

---

## FUNCIÓN DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

---

### VALORACIÓN DE CASOS LEVES/MODERADOS POR CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES

---

## PSICÓLOGOS COMUNITARIOS

---

### DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

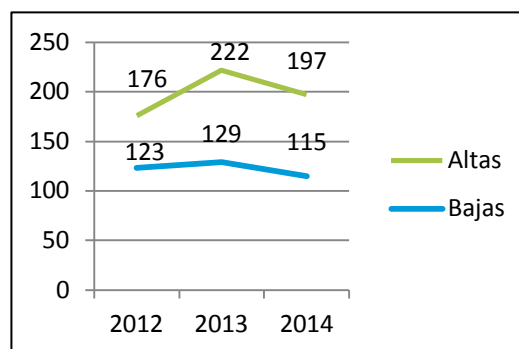
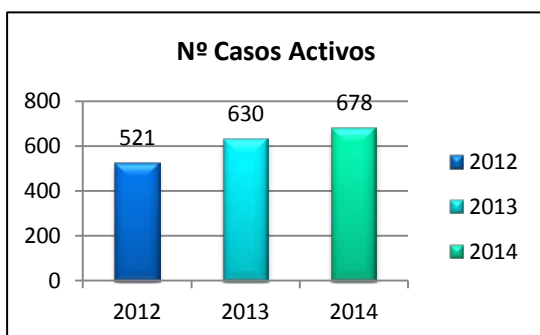
La función principal de los Psicólogos Comunitarios se centra en la Valoración de todos los casos de posible desprotección infantil. A partir de dicha valoración, los Psicólogos Comunitarios son los responsables de (1) diseñar el Plan de Caso, y de (2) establecer los objetivos y asignar los recursos pertinentes que se articulan fundamentalmente a través del programa SUSTATUZ.

El Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián tiene asignados a este recurso un total de 11 Psicólogos Comunitarios (9,8 EJC's). Cada profesional es responsable de una media de 70 casos al mes. Este es un cálculo aproximado elaborado en base a la cantidad de casos asignados a cada uno de los/las 7 profesionales (psicólogos comunitarios) que tienen una jornada completa. Debe entenderse que, por tanto, los otros 4 profesionales llevarían una cantidad de casos proporcional al porcentaje de jornada laboral correspondiente. En la siguiente Tabla se presenta con un mayor detalle la media de casos de las que es responsable cada profesional (psicólogos comunitarios) en función al porcentaje de jornada laboral que tiene asignado. Para más información sobre el número de casos atendidos por cada profesional y cada CSS ver la Tabla 2.1 del Anexo 2.

## CASOS ATENDIDOS- ALTAS Y BAJAS

En el año 2014, el número de casos activos en el Programa de Intervención Familiar a 31 de diciembre fue de 678, lo que supone un aumento de un 8% en relación al año anterior y de un 30% en relación al 2012. Estos incrementos se producen a pesar de que tanto el número de casos dados de alta y dados de baja ha experimentado una disminución de un 11%. Esto parece indicar que hay una tendencia a que los casos se mantengan activos en el programa un prolongado periodo de tiempo, como mínimo superior a un año.

<i>Media de Casos Atendidos</i>																	
% Jornada														Total		Media de Casos	
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
1	100%	PC 1	80	81	84	84	86	90	88	78	80	84	83	85	84	70	
2	100%	PC 2	69	70	71	74	69	71	74	69	68	74	80	85	73		
3	100%	PC 3	66	67	69	67	71	71	73	72	72	75	75	76	71		
4	100%	PC 4	72	73	70	71	70	70	64	58	63	68	72	72	69		
5	100%	PC 5	66	65	63	65	64	64	63	63	66	67	64	64	65		
6	100%	PC 6	64	65	66	67	66	66	66	66	61	60	61	59	64		
7	100%	PC 7	63	64	67	64	62	68	63	89	58	56	56	60	64		
8	75%	PC 8	42	42	45	49	48	59	49	49	48	51	48	46	48	52	Proporción de casos asumiendo 70=100%
9	65%	PC 9	45	47	49	49	51	41	54	53	55	55	54	51	45		
10	50%	PC 10							38	38	39	39	40	40	39	35	
11	50%	PC 11									24	23	23	23	23	35	
12	10%	PC 12	9	9	9	9	8	8	8	8	8	8	4	2	8	7	



Se ha llevado a cabo la revisión de un total de 40 expedientes asignados a este Programa. Con respecto a la fuente de notificación de estos casos, las tres principales fuentes son el propio CSS derivando el 33% de los casos, por parte de la familia en el 23%, y por parte del centro escolar el 13%.

### NOTIFICACIÓN

	Nº	%
Centro Escolar	5	13%
Guardia Municipal	4	10%
Centro de Salud	1	3%
Polideportivo	0	0%
Casas de Cultura	0	0%
Familia	9	23%
CSS	13	33%
Fiscalía	5	13%
IP	1	3%
Otros	2	5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

A partir del contenido de la Memoria anual de HZ S.L. se pueden conocer los motivos por el que se dieron de baja los casos atendidos a lo largo de los años 2013 y 2014. En ambos años el motivo principal de cierre de casos fue debido a la derivación a la Diputación Foral de Gipuzkoa (42% y 52% respectivamente). En el año 2013 se dio de baja al 23% de los casos por cumplimiento de objetivos y en el año 2014 al 33% por ese mismo motivo.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA**

Con respecto a las características de los menores, la información disponible proviene del estudio realizado de los 40 expedientes señalados que permite conocer datos sobre la edad de los menores y la tipología de desprotección.

En cuanto a la edad de los menores, es importante señalar que un porcentaje mayoritario de ellos cuentan con más de 13 años (53%) y que el número de menores por debajo de 4 años es muy bajo (8%).

EDAD	CHICOS	CHICAS	TOTAL	%
<b>Nasciturus</b>	0	1	1	0%
<b>0 - 3</b>	0	3	3	8%
<b>4 - 6</b>	5	2	7	18%
<b>7 - 9</b>	3	1	4	10%
<b>10 - 12</b>	3	1	4	10%
<b>13 - 17</b>	9	12	21	53%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>	
<b>MEDIA</b>	<b>11,2</b>	<b>11,2</b>	<b>11,2</b>	

En el 73% de los expedientes estudiados se ha podido identificar la tipología de desprotección asignada al caso a partir de los criterios del Instrumento BALORA. La principal tipología de desprotección asignada a los casos estudiados es la de "Incapacidad del Control de la Conducta del Menor" (34%), seguida de la Negligencia Psíquica (28%) y del Maltrato emocional (17%).

### **PROCEDIMIENTO DE TRABAJO**

Los Psicólogos Comunitarios son los profesionales encargados de elaborar el Plan de Caso. Para llevar a cabo esta tarea disponen de un documento en el que deben registrar la siguiente información:

1. Datos básicos de la familia,
2. Nivel de gravedad de la desprotección,
3. Indicadores de desprotección tanto en el menor como en los cuidadores,
4. Objetivos a trabajar con cada miembro de la familia y
5. Recursos a asignar en cada caso.

Se lleva a cabo una revisión del plan de caso a los 2 meses, a los 4 o 6 meses y a los 8 o 12 meses de intervención.

En el Anexo 3 de este Informe se adjunta el documento modelo para la elaboración del Plan de Caso.

No se dispone de información sobre el procedimiento concreto que se utiliza por parte de los profesionales para recoger la información que se utiliza en la elaboración del Plan de Caso, ni sobre metodología precisa de evaluación a la familia, ni sobre criterios que se utilizan para decidir el recurso más apropiado o para establecer los objetivos de intervención. Tampoco se ha podido

obtener información sobre los procedimientos que se utilizan para llevar a cabo la evaluación de los resultados de las intervenciones.

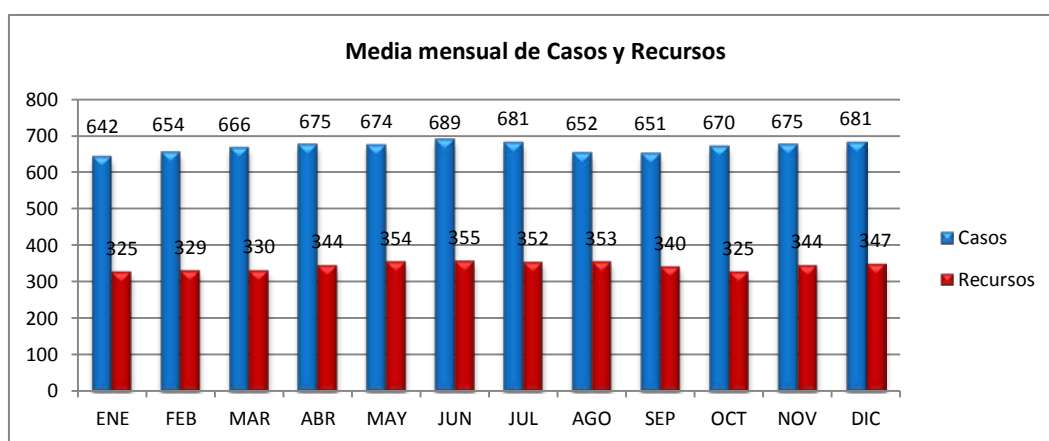
A partir de la revisión llevada a cabo con los 40 expedientes seleccionados, se puede señalar que la metodología principal utilizada para recoger información de la familia o el menor son las entrevistas personales (88%) y las comunicaciones telefónicas (73%) con miembros de la familia del menor.

No hay registros de entrevistas con el menor en ninguno de los casos revisados y sólo en el 3% de los casos se ha obtenido información sobre el desarrollo evolutivo del menor. En el 63% de los expedientes se indica la presencia de problemas en el menor, aunque sólo en el 12% existe un diagnóstico al respecto.

En el Anexo 1 se puede encontrar más información sobre la revisión realizada de los expedientes.

El número medio de casos activos a lo largo del año 2014 fue de 668 y el número de casos que tienen asignado algún recurso de intervención fue en ese año de 342, lo que supone, por tanto, que aproximadamente el 51,2% de los casos atendidos contaban con algún recurso de tratamiento.

Para información más concreta, ver Tablas 2.3 y 2.4 del Anexo 2.

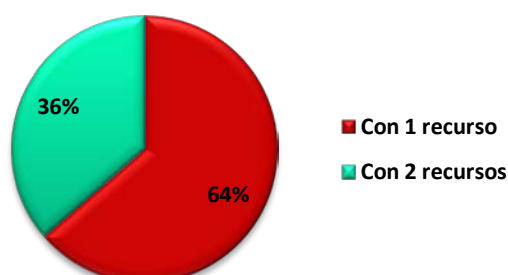


## RECURSOS TERAPÉUTICOS Y SOCIOEDUCATIVOS

La intervención con los casos de desprotección infantil leve o moderada del Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián está asignada principalmente a los recursos del Programa Sustatuz. Este Programa cuenta con un total de 8 Terapeutas (4,5 EJs) y 30 Educadores (24,5 EJs).

En el año 2014 este Programa atendió de manera permanente una media de 372 casos, derivados tanto de los Psicólogos Comunitarios (N=342) como de los técnicos del SPIF (N=30).

De los 372 casos que tuvieron asignado un recurso de intervención, el 36% de los mismos (N=135) tuvieron asignado tanto un recurso socioeducativo como un recurso terapéutico.



En la memoria de Sustatuz no se cuenta con información sobre la cantidad de casos que lleva cada profesional (sea terapeuta o educador/a). Sí se dispone de información sobre la duración media de intervención semanal. En el caso de los Terapeutas se indica que la duración media es de 0,9 horas y en el caso de los Educadores/as la duración media de la intervención es de 2,6 horas.

Según los datos presentados en la Memoria de este programa, en los dos tipos de intervenciones (terapia y educación familiar) la duración total de la intervención es superior a los 12 meses en más de 85% de los casos.

Para información más precisa, ver el Anexo 2.

### **PROCEDIMIENTO DE TRABAJO**

Los profesionales del Programa cuentan con un Manual de Intervención donde se incluye una guía orientativa sobre formatos de intervención, técnicas y acciones-tipo. En este Manual se especifica las actividades de Intervención Directa así como las contempladas como de Intervención Indirecta.

No puede considerarse que el Programa se lleva a cabo a través de un plan estructurado de intervención, si por tal se entiende la existencia de una sistemática relativa a (1) un número prefijado de sesiones de intervención, (2) unos objetivos para trabajar en cada sesión, (3) unas actividades concretas para alcanzar cada objetivo, o (4) una descripción de las actividades concretas que se deben de realizar en casa sesión.

En cuanto a los resultados de las intervenciones realizadas, en la Memoria del Programa se hace mención a que a nivel cuantitativo los resultados obtenidos son positivos y que se mantienen en el tiempo, aunque no se especifica el procedimiento llevado a cabo para señalar el logro de dichos resultados.

---

## SERVICIO DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN

---



---

### TÉCNICOS DEL SPIF

---

VALORACIÓN E INTERVENCIÓN EN CASOS DE SOSPECHA DE GRAVEDAD ELEVADA POR CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES

En casos de desprotección de gravedad elevada o en los que se considera la posibilidad de que exista una situación legalmente etiquetable como de “desamparo”, la fase previa de investigación y verificación de hechos, así como el primer diagnóstico corresponden al Servicio de Prevención, Infancia y Familia (SPIF) del Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián.

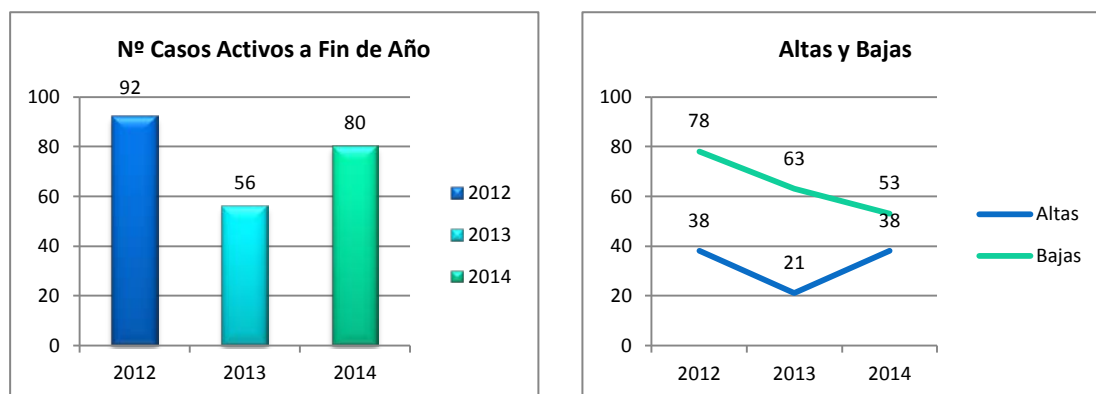
Este recurso (SPIF) tiene asignados 3 profesionales que trabajan a jornada completa y llevan a cabo sus funciones profesionales con una media de unos 25 casos al mismo tiempo. En la siguiente Tabla se presenta la información concreta de casos atendidos cada mes del año, de la que se obtiene dicho número medio de casos.

	% Jornada	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total	Media de Casos
1	Psicóloga 1	20	24	27	29	30	25	25	32	22	27	27	19	26	25
2	Psicóloga 2	17	18	21	21	23	24	25	25	26	21	20	22	22	
3	Psicóloga 3	19	21	21	22	28	29	31	30	34	32	31	29	27	

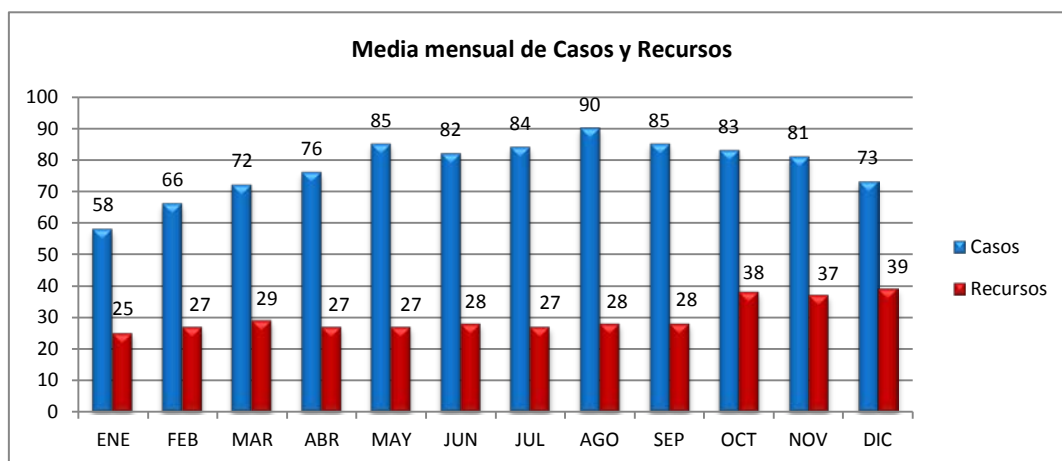


A 31 de diciembre de 2014 se estaba trabajando con 80 casos de gravedad elevada o de previsible "Desamparo". Esta cifra es un 43% superior a la del año anterior, aunque un 13% menor que la de casos asignados en el año 2012.

En los últimos tres años el número de casos dados de baja en este recurso ha sido muy superior al número de casos nuevo, a la vez que se observa una progresiva disminución en el número de casos que se dan de baja. Puede resultar significativo que el número de altas ha aumentado un 81% con respecto al año anterior, mientras que el número de bajas en el mismo periodo de tiempo ha descendido un 16% y hasta un 32% con respecto al 2012. Es posible que estos datos se deriven de una tendencia a que haya una mayor duración de las intervenciones o del tiempo dedicado a la evaluación de la situación del menor o de la situación familiar.



Haciendo una consideración de que se hayan atendido a lo largo del año 2014 a una media aproximada de 78 casos, en aproximadamente unos 30 casos (38% del total) se llevó a cabo una intervención con asignación de algún recurso (terapéutico o educativo)



Para conocer con mayor precisión algunas características de los menores atendidos en este recurso, se tiene que analizar la información obtenida en el estudio de los 15 expedientes revisados del SPIF.

En el 80% de los casos se encuentra información sobre la tipología de desprotección. La tipología más frecuente asignada a los casos es la denominada como "Incapacidad del Control de la Conducta del Menor" (50%), seguida de la Negligencia Psíquica (33%).

En el 60% de los casos estudiados se hace mención a la presencia de problemas en el menor, aunque sólo en el 11% se encuentra información concreta sobre un diagnóstico clínico al respecto. En el 40% de los casos se encuentra información sobre el desarrollo evolutivo de los menores.

No hay información precisa en las Memorias sobre el procedimiento de trabajo de este equipo de profesionales. De la información obtenida en el estudio de los 15 expedientes revisados, se puede deducir que el procedimiento de trabajo habitual para obtener información son las comunicaciones telefónicas (93%) y las entrevistas personales (80%) con miembros de la familia o la comunicación por vía telefónica o email con otros profesionales (87%).

En cuanto a los motivos de baja de los casos, se ha podido obtener información de los 13 casos cerrados de entre los 15 revisados. En la siguiente tabla se especifican los motivos.

<b>Casos Cerrados</b>	<b>13</b>	
<b>Motivo de Cierre</b>		
<i>Mayoría de Edad</i>	0	0%
<i>Falta de colaboración</i>	3	23%
<i>Regreso a país de origen</i>	2	15%
<i>Cumplimiento de objetivos</i>	0	0%
<i>Derivación a DFG</i>	6	46%
<i>Derivación a PC</i>	1	8%
<i>No desprotección</i>	1	8%

## EQUIPOS ZONALES DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA (EZIA)

Para explicar de forma adecuada el funcionamiento de estos equipos (EZIA) conviene hacer previamente una descripción general del servicio, presentando las diferentes funciones que ejercen, el número de casos atendidos y las características generales de la población atendida.

### DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Los EZIAs cuentan con un total de 23 profesionales. Cuatro de ellos/as ejercen las funciones de coordinadores/as y 19 ejercen las funciones de intervención directa con las familias y menores (13 psicólogos/as y 6 trabajadores/as sociales).

Desde los EZIAs se prestan los siguientes servicios:

- *Investigación y Valoración*: verificar la veracidad de la notificación, valorar la gravedad y el riesgo de desprotección. Identificar los factores de riesgo, valorar las consecuencias, determinar el tratamiento y el pronóstico de cada caso.
- *Asesoramiento*: asesoramiento y apoyo técnico a los Servicios Sociales municipales en la intervención de casos de especial complejidad.
- *Coordinación*: ejercer como responsable de caso, elaborar el plan de caso, coordinar reuniones con los responsables de la intervención y realizar las revisiones correspondientes del plan de caso.
- *Seguimiento*: atender a aquellos casos en situación de alto riesgo o de dudosa gravedad cuando no aceptan a colaborar ni participar en intervenciones propuestas.
- *Adopción*.

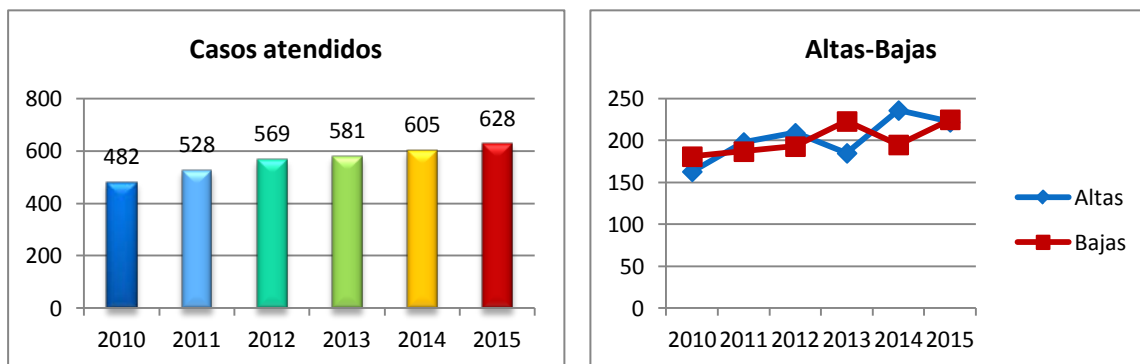
Las dos funciones principales y más frecuentes que se ejercen en estos equipos son la de "Coordinación" y de "Investigación-Valoración". En el año 2015 en el 59,75% (N=435) de todos los casos atendidos se llevó a cabo la función de "Coordinación" y en el 22,93% (N=167) se llevó a cabo una "Investigación-Valoración". Actualmente, se considera que cada profesional puede llevar a cabo al mismo tiempo un máximo de 20 "coordinaciones de caso" y 2 "investigaciones-valoraciones".



Para información más concreta sobre los servicios prestados tanto en el 2015 como en años anteriores por los EZIAs, ver el ANEXO 4.

### CASOS ATENDIDOS- ALTAS Y BAJAS

El número total de casos atendidos en el año 2015 fue de 628, aumentando un 4% en relación al año anterior y un 30% con respecto al 2010. El número de casos nuevos disminuye un 6%, por lo que se puede deducir que se ha trabajado principalmente con casos que llevan en el sistema más de un año. Es importante destacar el aumento del 15% en el número de casos cerrados en el año 2015 en relación a los casos cerrados en el año 2014.



El 58,11% de los casos atendidos en los EZIAs fueron derivados desde el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián (34,87%; N=219) o desde la comarca de Oarsoaldea-Bidasoa (23,24%; N=146). Donostia/San Sebastián, Errentería e Irún son los municipios que más casos derivan a los EZIAs (51,75% de los casos nuevos) y los que mantienen mayor volumen de carga de trabajo acumulado.

Las tres principales fuentes de detección inicial de los casos son los Servicios Sociales Municipales, los cuales detectaron el 49,1% de los casos, seguido de la propia Familia (17,12%) y en tercer lugar el Centro escolar (10,81%).

En la Memoria del Programa no se presenta información sobre los motivos de cierre de los casos con los que se interviene. De la información obtenida en el estudio y revisión de los 30 expedientes analizados se deriva la siguiente información sobre los motivos del cierre o la baja del caso.

<b>Casos Cerrados</b>		<b>29</b>
<b>Motivo de Cierre</b>		
<i>Mayoría de Edad</i>	0	0%
<i>Abandono</i>	3	10%
<i>Falta de colaboración</i>	0	0%
<i>Regreso a país de origen</i>	7	24%
<i>Cumplimiento de objetivos</i>	10	34%
<i>Derivación a Ayuntamiento</i>	3	10%

Derivación a SAF	3	10%
Derivación a SAR	3	10%
<b>Casos Abiertos</b>		<b>1</b>

### CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

En la Memoria de los EZIAs se presenta información sobre la edad media de los menores atendidos, siendo la de las chicas de 10,44 (DT= 5,5) años y la de los chicos de 10,39 (DT= 5,37) años.

En la misma Memoria se recoge información sobre el nivel de gravedad y la tipología de la desprotección de los casos atendidos. La clasificación de los niveles de gravedad sigue la terminología del Instrumento BALORA. De los 338 menores nuevos atendidos, el 53,68% fue clasificado con un grado de desprotección de gravedad elevada o muy elevada y en el 16,49% del total se asignó al caso la consideración de “desamparo”. La tipología más frecuente de desprotección asignada es la Negligencia (38,24%), seguido del Maltrato Psicológico/Emocional (27,49%) y la Incapacidad Parental de Control de la Conducta (21,51 %).

### SERVICIO DE VALORACIÓN

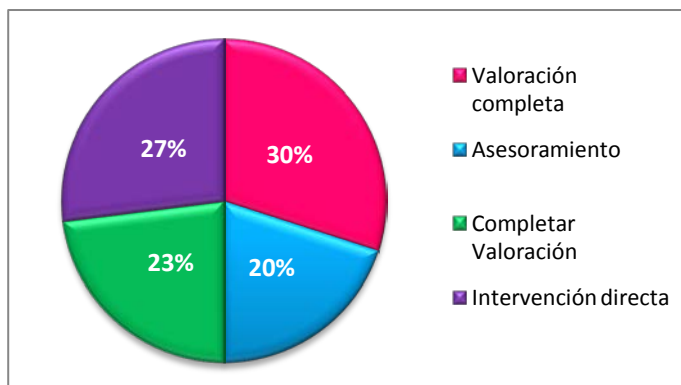
La finalidad de este servicio consiste en llevar a cabo un proceso de valoración a fin de comprobar la veracidad de las notificaciones recibidas. Se determina el nivel de gravedad y se establecen objetivos de intervención.

El número de valoraciones llevadas a cabo en el año 2015 por los EZIAs ascendió a un total de 167, siendo el 83% de las mismas (N=139) valoraciones abiertas en dicho año 2015.

La solicitud de valoración puede derivarse tanto de los Ayuntamientos como de la SAPI. Una vez enviada dicha solicitud se pueden dar cuatro situaciones:

- *Valoración Completa:* el informe de derivación no reúne información completa pero existe algún elemento que demuestra la gravedad del mismo.
- *Completar Valoración:* cuando el informe inicial contiene información suficiente pero es necesario completar algunos aspectos.
- *Asesoramiento:* cuando la información no justifica la gravedad, se asesora al Ayuntamiento sobre el tipo de acción que se considere más adecuado.
- *Intervención Directa:* cuando se cuenta con la información suficiente para derivar directamente a intervención. Se pasa a realizar directamente el Plan de Caso.

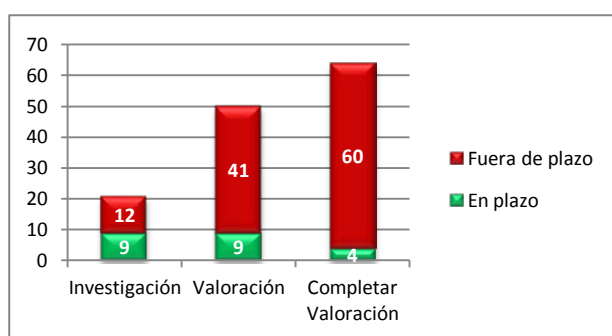
En el siguiente gráfico se puede observar una distribución de los tipos de valoraciones realizadas en el año 2015.



## PROCEDIMIENTO DE TRABAJO

Los profesionales de los EZIAs cuentan con un protocolo de actuación para la investigación-evaluación, en donde se especifica la forma en la que deben de proceder y se especifica el contenido del informe que deben de redactar. El informe a redactar queda especificado en el contrato y la SAPI es la responsable de garantizar que la estructura del trabajo se cumpla.

Los plazos establecidos para llevar a cabo el procedimiento de trabajo son de un máximo de 3 meses los casos en los se precisa realizar valoraciones completas y de 6 semanas en los casos en los que se debe llevar a cabo la investigación y completar la valoración. En el año 2015 más de la mitad de los casos se finalizaron fuera del plazo establecido, con una media de 30 días de retraso. Para disponer de información más precisa sobre estas cuestiones, ver el Anexo 4.



El principal motivo por el que se justifica el retraso en la finalización de la “investigación-valoración” se centra en la excesiva carga de trabajo del EZIA (43,64%), siendo el segundo motivo las dificultades para localizar a la familia (21,82%). En un 30,91% de los casos no se conocen los motivos del retraso.

En 99 de los menores atendidos en el año 2015 por los EZIAs, se ha adoptado una media legal de protección del menor, siendo el 54,54% (N= 54) de éstas, medidas definitivas.

De la información obtenida en los 30 expedientes revisados de los EZIAs, se puede deducir el procedimiento de trabajo más habitual para disponer de información sobre los menores y sus familias. La denominada “Coordinación con otros Profesionales” se lleva a cabo en la práctica totalidad de los casos y en dos tercios de todos los casos se han llevado a cabo entrevistas personales con los miembros de la unidad convivencial. No se encuentra información precisa y concreta que permita conocer el número de casos o la frecuencia con la que se llevan a cabo entrevistas directas y personales con los menores.

Metodología Empleada	Nº	%
Entrevistas con miembros de la UC	19	63%
Llamadas con miembros de la UC	15	50%
Acompañamientos	1	3%
Visitas domiciliarias	2	7%
Reuniones de coordinación con otros/as profesionales	28	93%
Coordinación telefónica/vía email con otros/as profesionales	30	100%

La información obtenida en el 90% de los expedientes revisados es contrastada por diferentes fuentes u obtenida por el propio profesional. En el 7% de los casos se han utilizado test psicológicos y en el 13% se cuenta con un diagnóstico médico.

En cuanto a información sobre el desarrollo evolutivo del menor, no se ha podido obtener información que permita afirmar que se utilizan pruebas psicológicas o que se dispongan de diagnósticos concretos de tipo médico/psiquiátrico. En el 80% de los casos revisados y estudiados hay constancia de que los profesionales han obtenido información al respecto pero no se presenta información sobre el procedimiento empleado para ello.

En el 97% de los expedientes estudiados se identifica el problema y en el 100% de estos existe una orientación, se establecen unos objetivos de intervención y se realiza una orientación sobre la finalidad de la intervención.

FINALIDAD DE LA INTERVENCIÓN	Nº	%
Rehabilitación familiar	20	67%
Complementación	2	7%
Fomento de autonomía del menor	3	10%
Incierto	2	7%
Nivel de gravedad	1	3%
Sin pronóstico	2	7%

### **EVALUACIÓN**

Los propios EZIAs realizan una evaluación de la calidad de las propuestas e informes presentados teniendo en cuenta dos indicadores que evalúan directamente los técnicos de la SAPI:

1. El grado de acuerdo y la calidad de la presentación en las Comisiones Técnicas de Valoración (COTEVA) de las propuestas de los EZIAs
2. El grado de ajuste de los informes escritos (valoraciones y planes de caso) presentados por los EZIAs con los criterios de calidad estipulados por la SAPI.

De las propuestas presentadas en la COTEVA en el año 2015 se valora que existe una menor calidad en la cumplimentación de las propuestas (de un 80% de adecuación a un 67%). En la memoria se refleja que esto es debido a la excesiva carga de trabajo.

---

## SERVICIO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR Y SOCIOEDUCATIVA

---

### CASOS GRAVES

---

### RESPONSABLES DE CASOS (EZIA)

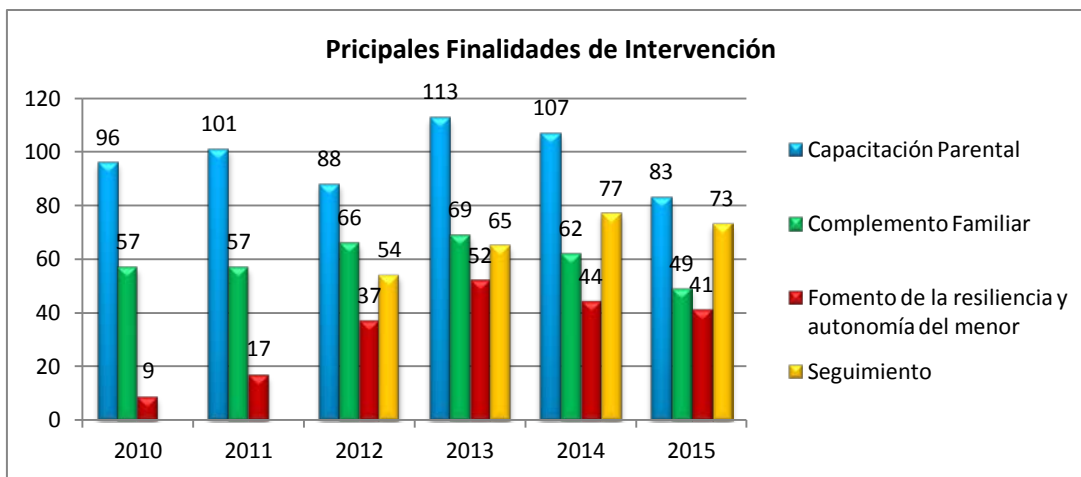
---

Además de la función de “*Investigación-Valoración*”, los profesionales del EZIA también cumplen la función de Coordinadores o Responsables de caso, y son los responsables de establecer los objetivos de la intervención y de proponer el recurso correspondiente para cada caso.

En el 59,75% (N=435) de los casos atendidos durante el año 2015, los profesionales han ejercido la función de Coordinación. Estas intervenciones coordinadas por los profesionales de los EZIAs han tenido (en los casos activos en el año 2015) una duración media de 710 días (DT= 700).

La finalidad de las intervenciones en casi el 70% de los casos fue de preservación familiar, siendo las principales Capacitación Parental (23%), Seguimiento (20%), Complemento Familiar (14%) y Fomento de la Resiliencia y Autonomía del menor (11%).

Para disponer de información más concreta sobre estas cuestiones ver el Anexo 4.



Los técnicos de los EZIAs son los responsables de la redacción del Plan de Caso que debe ser presentado en la COTEVA y, en caso de ser aprobado dicho Plan de Caso, es la SAPI la que pone en marcha el recurso de intervención familiar. En la Memoria del año 2015 se señala que en el 61,15% de los casos se pudieron cumplir los plazos establecidos y que en aquellos en los que no se cumplieron dichos plazos, el retraso medio fue de 19 días.

La duración media del tiempo que transcurre entre que el Plan de Caso es aprobado por la COTEVA hasta que se inicia la intervención asciende a 37,44 días (DT= 34,5).

Además, los profesionales de los EZIAs son responsables de revisar los Planes de Caso cada 6 meses con los equipos de tratamiento familiar. En el 63,31% no se cumplen los plazos. El principal motivo de retraso está relacionado con los equipos de tratamiento familiar en un 51,14% de ellos, en un retraso compartido entre ambos en el 20,45% y en un retraso de los profesionales del EZIA en un 12,12% de los casos.

## RECURSOS TERAPÉUTICOS Y SOCIOEDUCATIVOS

### PROGRAMA TREBATU

Hasta el año 2013 Haurgazte era la empresa encargada de la gestión de intervención familiar. A partir del año 2014 la empresa que gestiona dicho servicio es Agintzari. Este informe se ha realizado con los datos presentados por la empresa Haurgazte en la Memoria del año 2012 y la Memoria del Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia (SPIA) del año 2015.

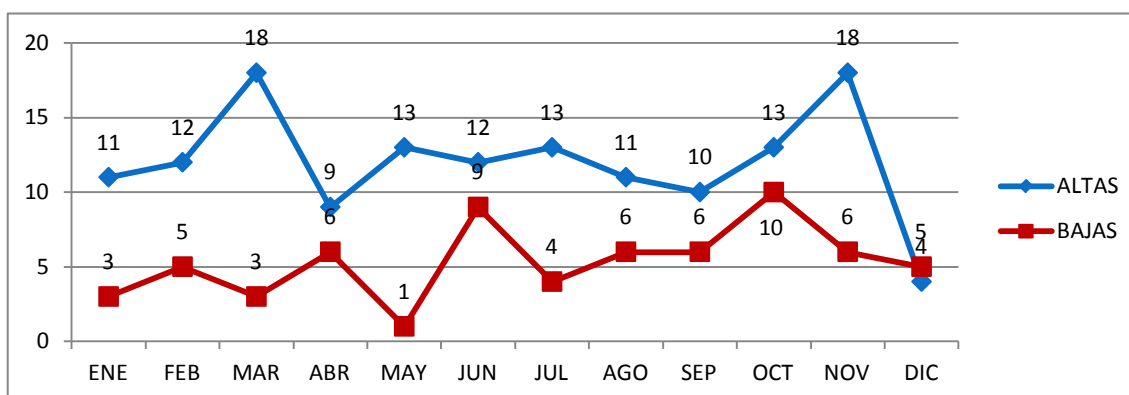
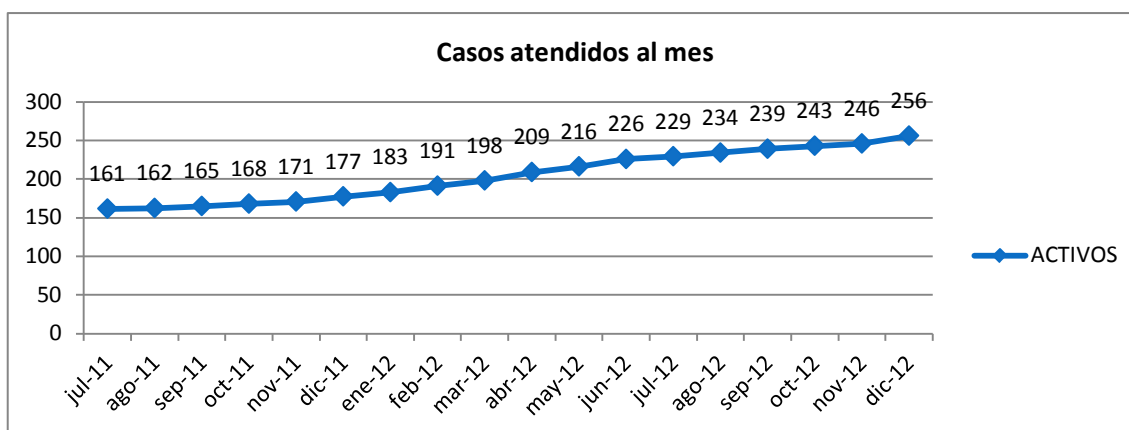
#### DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

Los recursos proporcionados por este Programa consistían en los/as trabajadores familiares, los grupos para figuras parentales, los grupos para niños/as (4-11 años) y los talleres para adolescentes. El Programa tenía asignados un total de 92 profesionales, 24 de ellos/as ejerciendo como “Responsables de Intervención” y 68 como “Trabajadores/as Familiares”. La cantidad máxima de familias asignadas a cada “responsable de intervención” era de 12 familias. No se cuenta con la información del número de familias máximo o medio asignado a cada trabajador/a familiar.

En el año 2015 el Programa tenía capacidad para atender a un total de 300 familias de forma simultánea.

### CASOS ATENDIDOS- ALTAS Y BAJAS

A lo largo del año 2012, el Programa Trebatu atendió a un total de 319 familias, manteniendo en activo al finalizar el año el 80% de las mismas (N=256). El número de altas en el año fue de 144 y el de bajas de 64, es decir, que se incorporan al Programa 80 casos más de los que salen del Programa. En la Gráfica siguiente se puede observar el aumento constante y estable del número medio de casos asignados al Programa Trebatu entre Julio de 2011 y Noviembre de 2012. Entre ambas fechas se experimenta un aumento del 59% en el número de casos en proceso de intervención. A la vista de la proporción del número de altas y de bajas del Programa, el aumento sostenido del número de casos "activos" en el Programa Trebatu se debe básicamente a la prolongada duración de las intervenciones y a la reducida cantidad de casos que sean dados de baja por resolución de la problemática con la que entraron al Programa.

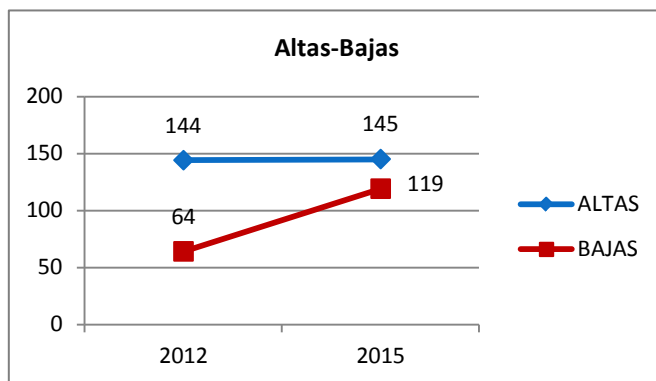


Según aparece registrado en la Memoria del Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia (SPIA) del año 2015, el Programa Trebatu atendió a lo largo de dicho año a 398 casos, lo que corresponde a un total de 638 menores y 634 adultos.

El número de altas ascendió a 145 casos y el de bajas a 119, implicando un aumento considerable de casos cerrados en relación a los del 2012. Sin embargo, el número de altas se mantiene en cifras similares. A pesar del aumento en el número de bajas, continúa siendo superior el número de altas en comparación al número de bajas.

A 31 de diciembre del año 2015 el número de casos atendidos era de 279, correspondiendo a un total de 457 menores.





#### RECURSOS PREVIOS

Antes de la derivación al Programa Trebatu, en el 43,6% de los casos (N=139) se había llevado a cabo previamente una intervención familiar municipal, en el 11,9% de los casos (N=38) se había proporcionado atención psicológica por violencia de género y en un 11 % (N=35) se había proporcionado un piso de emergencia social. No hay información sobre la duración de estas intervenciones previas.

#### **PROCEDIMIENTO DE TRABAJO**

El Programa Trebatu está estructurado de manera que se desarrollan diferentes intervenciones en función de las finalidades, programas y tipos de intervención establecidas en el Plan de Caso:

##### Finalidades:

1. Valoración en intervención
2. Preservación familiar
3. Complementación
4. Separación temporal y reunificación familiar
5. Separación definitiva

##### Tipos de intervención:

1. Seguimiento
2. Capacitación de las funciones parentales
3. Complementación
4. Intervención en crisis
5. Fomento de la Resiliencia
6. Fomento de la Autonomía
7. Investigación y evaluación ASI
8. Mantenimiento vincular
9. Preparación para la adopción de una medida legal de protección
10. Estabilización de resultados

Cada uno de los casos asignados al Programa Trebatu debe disponer de una ficha técnica en la que quedan detallados (1) la finalidad de la intervención, (2) los destinatarios a los que irá dirigida, (3) los contextos de intervención, (4) los objetivos generales y específicos que se pretenden conseguir y (5) el tiempo máximo que deberá durar la intervención. No se detalla cómo se trabajará cada objetivo, ni el número previsto de sesiones o el procedimiento de trabajo.

#### FINALIDADES

Las finalidades que aparecen con más frecuencia en los casos reseñados en la Memoria del año 2012 son las de Capacitación de las Funciones Parentales, Complementación y Valoración en Intervención. Entre las tres suponen las tres cuartas partes (74,9%) de la actividad global del Programa.

Del total de 319 familias atendidas, 225 (70,53%) permanecieron en una sola finalidad, 84 familias (26,33%) pasaron por dos finalidades sucesivas, 6 (1,89%) por tres finalidades y 2 familias (0,63%) por cuatro finalidades.

A 31 de diciembre del año 2015 las tres finalidades con mayor frecuencia seguían siendo las mismas que en el año 2012. Como puede observarse en la siguiente tabla, el 87% de la actividad del programa Trebatu se concreta en la Capacitación Parental (44%), la Complementación (21%) y la Valoración en Intervención (21%).

FINALIDADES DE INTERVENCIÓN		%
Valoración en Intervención	59	21%
Seguimiento	2	1%
Capacitación Parental	124	44%
Complementación	59	21%
Intervención en crisis	1	0%
Fomento de la Resiliencia	13	5%
Fomento de la Autonomía	16	6%
Investigación y evaluación ASI	1	0%
Mantenimiento vincular	4	1%
<b>Total de casos a 31 de DIC</b>	<b>279</b>	

#### RECURSOS

El Trabajador Familiar fue el recurso más utilizado. Más del 90% (N=296) de las familias contaban con uno, realizando en la mayoría de los casos entre 2 (43,6%) y 3 (37,4%) visitas domiciliarias a la semana.



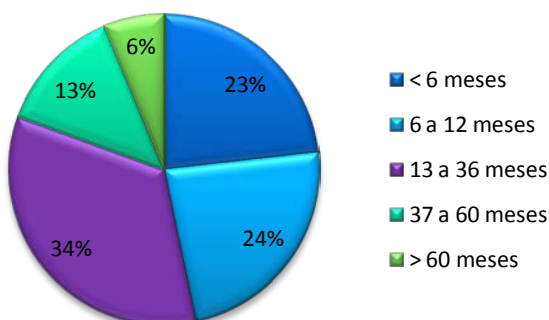
Los grupos y talleres fueron poco utilizados. A lo largo del 2012 se realizaron 2 grupos de padres y niños (realizados simultáneamente) y 2 talleres de adolescentes, que debieron ser suspendidos por falta de asistencia.

Además de los recursos ya citados, el 68% (N=217) de las familias contaban con recursos adicionales:

- terapia de adultos (20%; N=64)
- terapia infanto-juvenil (24%; N= 78)
- terapia familiar (2%; N= 5)
- terapia de pareja (2%; N= 5)
- psiquiatría infantil (12%, N=39)
- psicomotricidad (1%, N=3)
- rehabilitación por toxicomanías (4%; N=13) y
- recurso judicial el 4% (N=13).

#### DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Duración de la Intervención	Nº de Casos	%
< 6 meses	73	23%
6 a 12 meses	77	24%
13 a 36 meses	107	34%
37 a 60 meses	42	13%
> 60 meses	20	6%
	<b>319</b>	<b>100%</b>



De las 319 familias atendidas a lo largo del año 2012, en el 53% (N=169) la familia participaba en el programa de intervención desde hace menos de 12 meses. En un 34% de los casos (N=107) la intervención había superado ya la duración de los 12 meses pero era inferior a los 36 meses. En un 19% de todos los casos (N = 62) la familia llevaba más de 3 años en tratamiento (20 de ellas más de 5 años).

### CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

#### EDAD DE LOS MENORES

En el año 2012 se atendió un total de 507 menores, siendo el 86,2% (N=437) mayor de 5 años. En el caso de las mujeres, la franja más representada es la comprendida entre los 10 y los 14 años (N=72, 35,6%), mientras que en los varones, la comprendida entre 15 y 18 años (N=100, 32,8%).

EDAD	CHICOS	CHICAS	TOTAL	%
0-2	21	14	35	7%
3-4	19	16	35	7%
5-9	78	54	132	26%
10-14	87	72	159	31%
15-18	100	46	146	29%
<b>TOTAL</b>	<b>287</b>	<b>157</b>	<b>507</b>	<b>100%</b>

#### TIPOLOGÍAS DE DESPROTECCIÓN

Las tipologías de desprotección (determinadas mediante el instrumento Balora) que presentan los casos atendidos con mayor frecuencia son (1) la Negligencia hacia necesidades psíquicas: Normas, límites y transmisión de valores morales positivos (44,1%), (2) la Negligencia hacia necesidades psíquicas: Interacción y afecto (36,5%) y (3) el Maltrato psíquico: Maltrato emocional (35,9%).

	Total	
	N	%
<b>MALTRATO FÍSICO</b>	10	● 2,9
<b>NEGLIGENCIA</b>		
<b>Negligencia necesidades físicas</b>		
Alimentación	59	● 16,8
Cuidado de la salud física	25	● 7,2
Vestido	22	● 6,2
Higiene personal	32	● 9,1
Condiciones higiénicas vivienda	37	● 10,6
Estabilidad / habitabilidad vivienda	37	● 10,6
<b>Negligencia necesidades seguridad</b>		
Seguridad vivienda	17	● 4,8
Supervisión	62	● 17,7
Protec. ante desprotección grave	6	● 1,7
<b>Negligencia necesidades formativas</b>	80	● 22,8
<b>Negligencia necesidades psíquicas</b>		
Interacción y afecto	128	● 36,5
Estimulación	93	● 26,5
A. problemas emocionales graves	10	● 2,9
Normas, límites, transm. de valores	155	● 44,1
<b>MALTRATO PSÍQUICO</b>		
Maltrato emocional	126	● 35,9
Instrumentalización en conf. parent.	56	● 16
Exposición a sit. de violencia	54	● 15,4
Amenazas de agresión física	5	● 1,5
<b>INCAPACIDAD P. CONTROL CONDUCTA</b>	58	● 16,6

Las tipologías que más a menudo se constatan en la categoría de gravedad muy elevada son (1) la Negligencia hacia necesidades psíquicas: interacción y afecto (3,3% de las personas menores de edad) y (2) el Maltrato psíquico-maltrato emocional (2,8%).

#### PROBLEMÁTICA CENTRAL DEL LOS CASOS

En la Memoria del año 2012 se identifica la problemática central de las familias, considerando que dicho motivo es la causa principal que sustenta la situación de desprotección, sin que esto signifique la inexistencia de otras causas.

PROBLEMÁTICA CENTRAL	Nº	%
Problemas de Salud Mental	45	14%
Limitaciones intelectuales severas	8	3%
Problemas de Adicción	28	9%
Problemas de salud física	1	0%
Ausencia de modelos parentales	72	23%
Ejercicio parental adolescente	9	3%
Desestructuración por trauma	13	4%
Dinámica familiar conflictiva	94	29%
Desarraigo social	20	6%
Desadaptación social	3	1%
Hijos con necesidades Especiales	8	3%
Parentalidad no biológica	18	6%

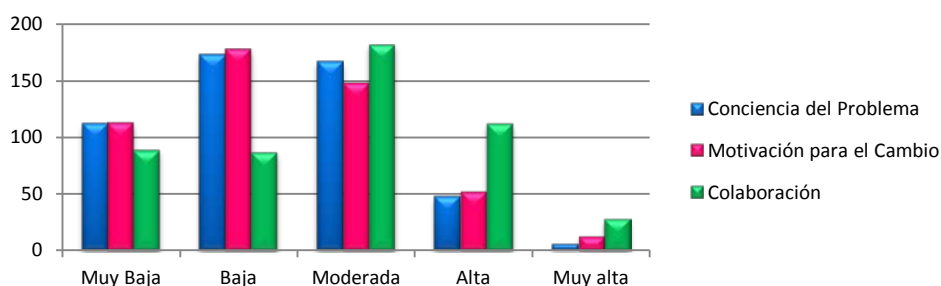
El grado de afectación de este tipo de problemática “central” en los cuidadores principales se observa en la Tabla siguiente. El 50% de los miembros de la familia presenta una problemática individual que se considera que tiene una gravedad calificada como “alta” o “muy alta”.

Grado de Afectación		
Muy Baja	22	4%
Baja	88	17%
Moderada	143	28%
Alta	175	34%
Muy alta	80	16%

#### MOTIVACIÓN Y CONCIENCIA DEL PROBLEMA

Es importante señalar que, en base a la información proporcionada por Haurgazte, más del 50% los cuidadores principales de las familias en intervención tienen una “baja” o “muy baja” conciencia del problema y/o motivación para el cambio. Sólo se considera que alrededor del 10% de las familias tienen una conciencia de problema o motivación para el cambio “altas” o “muy altas”.

	Conciencia del Problema		Motivación para el Cambio		Colaboración	
Muy Baja	112	22%	113	22%	89	18%
Baja	173	34%	178	35%	87	17%
Moderada	167	33%	148	29%	182	37%
Alta	47	9%	52	10%	112	22%
Muy alta	5	1%	13	3%	28	6%



## FINALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

En cuando a la finalización de la intervención, en el 25,8% de los casos, ésta se ha llevado a cabo porque se ha adoptado una medida protectora que ha supuesto la separación del menor del núcleo familiar. Como segundo motivo más frecuente aparece la falta de colaboración o abandono (22,6%) y como tercero el cumplimiento de los objetivos de intervención (19,4%).

Tras la finalización de la intervención en el Programa Trebatu la orientación más frecuente para las familias es que permanezcan sin ninguna intervención específica (28,1%), seguida del acogimiento residencial (23,4%). Estas dos alternativas agrupan a más de la mitad de los casos cerrados.

## PROGRAMA BIDERATU

### DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El Programa Bideratu está asignado a la entidad Izan, Intervención Familiar y Comunitaria, S.L. Los objetivos generales del programa durante la fase inicial de investigación y evaluación son los de (1) validar o refutar la existencia de un presunto abuso sexual y (2) evaluar la respuesta de los adultos protectores y establecer el contexto que garantice la protección y bienestar del niño/a.

El Equipo Psicosocial del Programa está constituido por 11 Psicólogos/as, 2 Trabajadores/as Sociales y 3 Educadores/as Familiares. Este equipo tiene las tareas de (1) valoración de presuntos abusos sexuales, devolución y acompañamiento de la medida y (2) el desarrollo de una intervención o tratamiento familiar y/o individual.

La población específica que es objeto de intervención por parte de este Programa Bideratu está formada por (1) menores en situación de desprotección grave o desamparo, que han sufrido abuso sexual, físico o emocional, (2) menores que se encuentran en situaciones que requieren valoración de separación o reunificación del contexto familiar por problemas de convivencia surgidos en la adolescencia y (3) menores en los que se puede proceder a la reunificación familiar cuando se ha llevado a cabo una separación mediante medida legal.

En el año 2012 el número de plazas era de 95, llegando a haber asumido hasta 102 casos de forma simultánea. En el año 2015 se ha reducido el número de plazas quedando en un total de 75.

### CASOS ATENDIDOS- ALTAS Y BAJAS

A lo largo del año 2012 se atendieron un total de 195 casos. Un 44% de ellos eran casos nuevos dados de alta en ese mismo año. Durante el mismo periodo de tiempo se dieron de baja en el Programa el 48% de los casos atendidos, de maneras que quedaron activos al final del año un total de 102 casos. El total de menores atendidos fue de 230. Un 62% de ellos/as fueron derivados desde la Sección de Acceso a la Protección Infantil (SAPI), el 27% desde el Servicio de Acogimiento Residencial (SAR) y el 10% desde el Servicio de Acogimiento Familiar (SAFA).

En el año 2015 se atendieron a un total de 125 casos. El 36% de ellos eran casos nuevos y del total un 43% fueron cerrados, quedando activos a 31 de diciembre 71 casos. Los 125 casos atendidos corresponden a un total de 156 menores y 130 adultos.

Nº DE CASOS ATENDIDOS	2013	2015
Casos Activos	109	80
Altas	86	45
<b>TOTAL CASOS ATENDIDOS</b>	<b>195</b>	<b>125</b>
Bajas	93	54
Casos activos a Diciembre de 2013	102	71

## **PROCEDIMIENTO DE TRABAJO**

La intervención se lleva a cabo en 3 o 4 fases en función de la necesidad del caso:

- Fase de Investigación, Evaluación y Orientación. -Fase I Duración:2 meses
- La derivación al recurso de intervención. Fase de Devolución a la familia y Acompañamiento en la medida propuesta. -Fase II Duración: 30 días desde la comunicación por parte de Servicio de Infancia, Adolescencia y Juventud, de la decisión adoptada.
- La Intervención Terapéutica -Fase III- que se subdivide en:
  - Fase de Evaluación Terapéutica. Duración: 6 meses
  - Fase de Tratamiento. Duración máxima 18 meses (del 6º al 24ºmes).

En la memoria técnica del Programa Bideratu quedan detallados en las diferentes fases aquellas cuestiones relevantes a tener en cuenta para poder llevar a cabo la intervención, definiendo de manera diferenciada para cada una de las etapas los siguientes aspectos: población, objetivos, procedimiento, metodología y recursos humanos y técnicos.

### FINALIDADES

Las finalidades de intervención que más frecuentes en los casos tratados en el año 2012 fueron las siguientes:

- el Fomento de la Resiliencia y Autonomía del menor (35,6%),
- la Capacitación Parental (23,5%), y
- la Investigación-Valoración de presuntos ASI (18,3%).

Como puede observarse en la siguiente tabla, a 31 diciembre del año 2015 disminuye considerablemente el porcentaje de casos con la finalidad de Investigación y evaluación de ASI (8%), probablemente por considerar de forma separada la valoración en intervención que corresponde a un 20% de casos. La Capacitación Parental aumenta a un 42% de casos, siendo por tanto la finalidad de mayor frecuencia. Por otra parte, disminuyen los casos de Fomento de la Resiliencia y Autonomía, representando el 28% de los casos.

<b>FINALIDADES DE INTERVENCIÓN</b>		<b>%</b>
Valoración en Intervención	14	20%
Capacitación Parental	30	42%
Complementación	1	1%
Fomento de la Resiliencia	19	27%
Fomento de la Autonomía	1	1%
Investigación y evaluación ASI	6	8%
<b>Total de casos a 31 de DIC del año 2015</b>	<b>71</b>	

En los casos remitidos para Valoración la duración media de la intervención es inferior a 2 meses y de 1 mes para el acompañamiento de la medida. Las valoraciones en intervención así como las de recuperabilidad de las capacidades parentales finalizadas, se han llevado a cabo en los plazos establecidos (menos de 6 meses de duración). Las intervenciones en las que la finalidad es la Capacitación Parental tienen una duración media de 21 meses, pero con una variabilidad muy importante (el rango va de un mínimo de 3 meses a un máximo de 42 meses). Las intervenciones en las que la finalidad es la Reunificación tienen una duración media de 18 meses pero también con una variabilidad muy importante (el rango va de un mínimo de 8 meses a un máximo de 28 meses).

## **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA**

### EDAD DE LOS MENORES

La distribución de edades de los menores atendidos se observa en la siguiente Tabla. Cabe resaltar que el 84% de los menores atendidos tenía más de 6 años.

EDAD	TOTAL	%
< 1	1	0%
1-6	36	16%
7-12	99	43%
13-18	94	41%
<b>TOTAL</b>	<b>230</b>	<b>100%</b>

#### TIPOLOGÍAS DE DESPROTECCIÓN

Las tipologías de desprotección más frecuentes son el Maltrato Psíquico (61%), seguida por el Abuso Sexual y la Negligencia que están presentes en casi la mitad de todos los casos atendidos (47%).

Tipología de desprotección de	N			%			TOTAL	
	SAPI	SAR	SAFA	SAPI	SAR	SAFA	Nº	%
Maltrato físico	3	4	1	3,84	9,1	3,3	8	● 5%
Maltrato psíquico	41	31	21	52,56	70,45	70	93	● 61%
ASI/C. S.I.	38	20	13	48,71	45,45	43,33	71	● 47%
Negligencia	29	23	19	37,17	52,27	63,33	71	● 47%
Incapacidad del control de conducta de los menores	13	20	2	16,66	45,45	6,66	35	● 23%
<b>TOTAL FAMILIAS EVALUADAS</b>	<b>78</b>	<b>44</b>	<b>30</b>				<b>152</b>	

#### PROBLEMÁTICA DE LOS MENORES

Resulta importante resaltar el hecho de que en el 40% de los menores se observa de manera patente retraso escolar y dificultades de aprendizaje y en más de un 30% se da la presencia de trastornos de conductas externalizados, así como síntomas de ansiedad y depresión.

#### DIFICULTADES FIGURAS PARENTALES

Es también importante resaltar el hecho de que en un 69% de las figuras parentales hay una limitada conciencia del problema y en un 32 %, una limitada capacidad para el cambio.

#### EVALUACIÓN DE RESULTADOS

En la Memoria del Programa Bideratu se presenta información sobre los resultados obtenidos:

- Las conductas sexuales inadecuadas se extinguen a lo largo de la intervención en el 89% de los casos.
- La sintomatología internalizante remite en un mínimo del 75% de los casos, aunque el total internalizante mantiene el riesgo en un 33% de casos.
- La conducta antisocial remite en mayor porcentaje de casos que la agresiva donde se mantiene en un tercio de los casos y un 43 % del total externalizante.
- Los problemas de atención y pensamiento superan el 70% en cuanto a remisión.
- Los problemas de aprendizaje o retraso escolar son los que arrojan peores resultados manteniéndose el problema en el 75% de casos.

No se especifica cómo se lleva a cabo la evaluación de estas variables pero de la información proporcionada puede inferirse que se basan en las puntuaciones pre y post-tratamiento del CBCL.

## PROGRAMA GARATU

Según la memoria del año 2015 del Servicio de Protección de la Infancia y la Adolescencia (SPIA) este programa se configura como un recurso de diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico dirigido a las personas menores de edad en las que se ha detectado una situación de desprotección social y familiar grave y que presentan problemas relacionales y de adaptación personal y social. También puede atender a miembros de sus familias que lo precisen de cara a cubrir los objetivos planteados en la acción protectora. Pretende ayudar al niño o niña y a su familia a lograr una adaptación personal e integración social positivas mediante la comprensión de su historia y su situación actual y la modificación de pautas disfuncionales, individuales y/o familiares.

Este servicio se ofrece a personas menores de edad que participan en otros programas de intervención familiar, así como a aquellos que se encuentran en acogimiento residencial o familiar.

El servicio se presta a través de gabinetes de psicología clínica a través de un Acuerdo de colaboración con el Colegio Oficial de Psicólogos.

En el año 2013 este servicio atendió a 349 familias, a lo largo del año el número de altas fue de 93 y el de bajas de 100 familias. Con 238 de estas familias se realizó una intervención individual y con 17 una intervención familiar.

En el año 2015 aumenta considerablemente el número de familias atendidas, ascendiendo a un total de 712. A lo largo del año se han producido 342 altas y 170 bajas. Desde este programa se realizó en el año un total de 484 intervenciones individuales y 58 intervenciones familiares.

En la siguiente tabla se observa la distribución de casos activos a final del año 2015 en función de la finalidad de la intervención.

FINALIDADES DE INTERVENCIÓN		%
Valoración en Intervención	84	16%
Seguimiento	76	14%
Capacitación Parental	154	29%
Complementación	41	8%
Fomento de la Resiliencia	150	28%
Fomento de la Autonomía	17	3%
Acompañamiento en renuncia	1	0%
Mantenimiento vincular	10	2%
<b>Total de casos a 31 de DIC</b>	<b>533</b>	

## SERVICIO DE SEGUIMIENTO

Las tareas de "Seguimiento" se realizan por parte de los EZIAs. Son situaciones que se entienden como de gran fragilidad y que precisan un seguimiento y monitorización para conocer su evolución.

Según la Memoria del SPIA del año 2013 el número de familias en "Seguimiento" fue de 65 lo que supone un total de 97 menores. El número de altas a lo largo de ese año fue de 36 familias y el de bajas de 30 familias. A 31 de diciembre del 2013 se encontraban en "Seguimiento" 35 familias, lo que supone un total de 53 menores.

En el año 2015 el número de casos en "Seguimiento" aumenta, quedando en un total de 73, que corresponde a un total de 118 menores. El número de altas fue de 39 casos y el de bajas de 34.



## VISIÓN GENERAL DE LA COBERTURA, RECURSOS Y PROFESIONALES

COBERTURA GLOBAL DE LOS SERVICIOS						
Detección, Valoración, Orientación, Coordinación y Seguimiento de Casos						
			Media <sup>1</sup>	Mínimo	Máximo	Familias Atendidas
<b>Ayuntamiento</b>						
<b>Intervención Precoz<sup>2</sup></b>			<b>214</b>	<b>133</b>	<b>273</b>	<b>444</b>
Psicólogos Comunitarios <sup>3</sup>			668	642	689	793
SPIF			78	58	90	118
<b>Diputación</b>						
EZIA			358			628
	<b>Total</b>	<b>Media</b>				
	Valoración	167	38			
	Coordinación	435	287			
	Seguimiento	73	33			
<b>Atendidos en un momento concreto</b>			<b>1318</b>	<b>833</b>	<b>1052</b>	
<b>TOTAL DE FAMILIAS ATENDIDAS EN UN AÑO</b>						<b>1983</b>
<b>Intervención Familiar</b>						
	Plazas	% ocupación	Media	Mínimo	Máximo	Familias Atendidas
<b>Ayuntamiento</b>						
SAF			77			77
Sustatuz				92%		372
<b>Diputación</b>						
Trebatu			300	93%		279
Bideratu			75	100%		71
Garatu						542
<b>Intervenciones F. en un momento concreto</b>			<b>1341</b>			
<b>TOTAL DE INTERVENCIONES FAMILIARES REALIZADAS EN UN AÑO</b>						<b>1684</b>
<b>Acogimiento</b>						
<b>Acogimiento Familiar</b>			<b>354</b>			<b>436</b>
<b>Acogimiento Residencial</b>			301	100%		<b>593</b>
<b>En Acogimiento en un momento concreto</b>			<b>655</b>			
<b>TOTAL DE MENORES EN ACOGIMIENTO EN UN AÑO</b>						<b>1029</b>

<sup>1</sup> En el caso de Intervención Precoz, Acogimiento Familiar y Residencial no se refiere al número de familias sino al número de menores.

<sup>2</sup> La cobertura media se refiere a la media de casos atendidos por el servicio a lo largo del año o a los casos atendidos a una fecha determinada (a 31 de Diciembre), dependiendo de la información con la que se cuenta en las memorias.

<sup>3</sup> No se cuenta con el número total de casos atendidos en un año por los servicios de PC y SPIF por lo que el nº de casos atendidos se calcula de la suma del total de casos activos a Diciembre de 2013 y el número total de bajas de ese año.

<sup>4</sup> Un mismo caso puede participar en más de una intervención, por lo que el total refleja la cantidad de intervenciones que se han realizado, no la cantidad de casos intervenidos.

Teniendo en cuenta toda la información aportada en la tabla de Cobertura Global de los Servicios realizada en base los datos aportados en las memorias de cada servicio es posible realizar cálculos aproximados para conocer:

- A. La cantidad de familias atendidas por el sistema de protección infantil de Gipuzkoa.
- B. La capacidad del sistema de protección infantil en Gipuzkoa para realizar intervenciones familiares.
- C. La cantidad de familias susceptibles de una intervención familiar en Gipuzkoa.

- D. La cantidad de familias con las que intervienen los servicios de protección infantil de Gipuzkoa en un año.

#### **A. FAMILIAS ATENDIDAS POR EL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL DE GIPUZKOA.**

Para obtener esta información se tiene en cuenta la cantidad de familias atendidas por los servicios que realizan la función de **detección, valoración, orientación y coordinación de casos**:

Intervención Precoz (IP)	444
Psicólogos Comunitarios (PC)	793
Psicólogas del SPIF	118
Equipos Zonales de Infancia y Adolescencia (EZIAS)	628
	1.983

Las familias son atendidas desde uno de estos servicios o por más de uno en función de la evolución y la gravedad de la desprotección. En total la cantidad de familias atendidas a lo largo de un año entre el municipio de Donostia/San Sebastián (1.355 familias) y la Diputación Foral de Gipuzkoa (628 familias) asciende a 1.983 familias.

Esto sería un cálculo aproximado teniendo en cuenta que: (1) desde Intervención Precoz se contabiliza el número de menores atendidos y no el de familias; (2) que no se cuenta con el número total de familias atendidas en un año desde los Psicólogos Comunitarios y el SPIF, por lo que se realiza un cálculo en base a la cantidad de casos activos a Diciembre de 2013 y el número total de bajas de ese año.

Para conocer la cantidad total de familias que podrían ser atendidas en toda Gipuzkoa a las 1.983 familias habría que añadir todos los casos atendidos desde los demás municipios de Gipuzkoa. La población total del municipio de Donostia/San Sebastián representa aproximadamente al 25% de la población de la provincia de Gipuzkoa, por lo que se entiende que desde todos los demás municipios se podría atender al menos a la misma cantidad de familias.

***Atendiendo a todo esto se calcula que en la provincia de Gipuzkoa se puede atender en un año a un total de 3.338 familias aproximadamente.***

Ayuntamiento Donostia/San Sebastián	1.355
Otros Ayuntamientos de Gipuzkoa	1.355
Diputación Foral de Gipuzkoa	628
Total familias atendidas	3.338

Esta cifra haría referencia a la capacidad de detección en toda la provincia, lo que no implica que todos estos casos necesiten una intervención familiar. Para poder conocer el número de familias susceptibles de una intervención familiar es necesario tener en cuenta la cantidad de casos atendidos desde los servicios de intervención familiar.

#### **B. CAPACIDAD DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL DE GIPUZKOA PARA REALIZAR INTERVENCIONES FAMILIARES**

Se tiene en cuenta la cantidad de intervenciones llevadas a cabo en un año por los siguientes servicios:

Servicio de Apoyo a la Gestión Familiar (SAF)	77
Sustatuz	372
Trebatu	398
Bideratu	125
Garatu	712
	1.684

***En total entre todos los recursos citados realizan 1.684 intervenciones familiares en un año.***

Este total no refleja la cantidad de familias con las que se interviene, dado que una misma familia puede contar con más de un recurso. Pero es una referencia a fin de conocer la capacidad con la que cuenta el sistema para realizar intervenciones.

### **C. CANTIDAD DE FAMILIAS SUSCEPTIBLES DE UNA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN GIPUZKOA.**

Para poder obtener un número aproximado de familias con las que se interviene en un año se tienen en cuenta el número de familias atendidas de los siguientes servicios:

Servicio de Apoyo a la Gestión Familiar (SAF)	77
Sustatuz	372
Trebatu	398
Bideratu	125
	972

En este cálculo no se incluye al Programa Garatu dado que no se cuenta con el número de familias que participan simultáneamente en otros programas (Trebatu o Bideratu). Sin embargo si se incluyen a los menores de Acogimiento Familiar y Residencial que pudieran estar participando en alguno de los recursos citados.

Para poder incluir al resto de municipios de Gipuzkoa además del de San Sebastián/Donostia se asume que la cantidad de familias intervenidas en todos los demás municipios es la misma que la atendida desde los recursos del SAF y Sustatuz (449 familias).

***Por tanto se asume que la cantidad de familias susceptibles de una intervención familiar en la provincia de Gipuzkoa a lo largo de un año asciende a 1.421 familias.***

Intervenciones en Donostia/San Sebastián	449
Intervenciones otros municipios de Gipuzkoa	449
Intervenciones Diputación Foral de Gipuzkoa	523
Total familias susceptibles de intervención	1.421

### **D. CANTIDAD DE FAMILIAS CON LAS QUE INTERVIENEN LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN INFANTIL DE GIPUZKOA EN UN AÑO.**

A fin de poder contar con un número global del total de familias a las cuales se atiende y con las que se interviene se tiene en cuenta los siguientes datos:

IP	444
PC	793
SPIF	118
Trebatu	398
Bideratu	125
Acogimiento Familiar	436
Acogimiento Residencial	593
	2.907

Hay que tener en cuenta lo que se ha comentado en el punto A en cuanto al cálculo de las familias atendidas por los profesionales de PC y SPIF. Y al igual que en el caso de Intervención Precoz, tanto en el Acogimiento Familiar como en el Residencial las cifras se refieren a número de menores y no a familias.

Además se debe considerar que esta cifra está calculada con tres fuentes de error:

1. No están contabilizados los casos del EZIA que se encuentran en Valoración, que no proceden del municipio de Donostia-San Sebastián y que no cuentan con una intervención.

- Están doblemente contabilizados los casos que provienen de SAR o SAFA y que se encuentran participando en Trebatu o Bideratu.
- No se incluyen a los casos que únicamente cuentan con Garatu como intervención.

Dado que se desconoce la demanda actual de todos los demás municipios de Gipuzkoa de casos leves y moderados, cómo se viene comentando en los demás puntos, se entiende que la demanda existente en el municipio de Donostia-San Sebastián es la demanda potencial y se asume que en proporción en el resto de municipios de Gipuzkoa debería de existir al menos la misma cantidad de demandas, es decir al menos 1.355 demandas.

**Se calcula por tanto que en toda Gipuzkoa se estaría atendiendo e interviniendo con aproximadamente un total de 4.262 familias a lo largo de un año.**

## RECURSOS HUMANOS

A continuación se presenta una tabla resumen con todos los profesionales con los que cuenta cada servicio y con la cantidad de casos atendidos por profesional.

TOTAL DE PROFESIONALES			
	Profesionales	Total Casos	
<b>Detección, Valoración, Orientación y Seguimiento</b>		<b>1.818</b>	
<b>Ayuntamiento</b>			
SPIF	4	1237	
Técnico	1		
Psicólogas-Intervención	3	118	
<b>Intervención Precoz</b>	<b>6,2</b>	<b>444</b>	
Coordinador	2		
Profesionales	4,2	444	
<b>Psicólogos Comunitarios</b>	<b>10,8</b>	<b>793</b>	
Coordinador	1		
Psicólogas/os	9,8	793	
<b>Diputación</b>			
SAPI	8	581	
Jefe de Sección	1		
Psicólogo	1		
Trabajadoras Sociales	3		
Administrativas	3		
<b>EZIA</b>	<b>26</b>	<b>581</b>	
Director y administrativos	3		
Coordinadores	4		
Psicólogas/os	13		
Trabajadores Sociales	6		
<b>Acogimiento</b>		<b>591,5</b>	<b>1.159</b>
<b>Familiar</b>	<b>61,5</b>	<b>436</b>	
SAFA	9		
Jefe de Sección	1		
Psicólogo	1		
Trabajadoras Sociales	4		
Administrativas	3		
<b>Servicio de Asistencia Técnica</b>	<b>33</b>		
Formación y Selección de familias	4		
Directoras	2		
SAT familiar	25		
Administrativos	2		
<b>Acogimiento Familiar Profesional</b>	<b>19,5</b>		
Director	1		
Coordinador	1		
Responsable Selección y Formación	1		
Supervisores de visita	1,5		
Acogedores	15		
<b>Residencial</b>	<b>530</b>	<b>723</b>	
SAR	7		
Jefe de Sección	1		
Psicólogo	1		
Trabajadoras Sociales	3		
Administrativas	2		
<b>Servicio de Asistencia Técnica</b>	<b>23</b>		
Directora	1		
SAT Residencial	20		
Administrativos	2		
<b>Centros de Acogimiento</b>	<b>500</b>		
Educadores/as	500		
<b>PROFESIONALES PROPIOS</b>			
	Profesionales a EJC		Profesionales a EJC
<b>Ayuntamiento</b>	<b>6</b>	<b>Diputación</b>	<b>26</b>
Jefe de Servicio y Técnico de Adm	2	Jefe de Servicio y Técnico de Adm	2
SPIF	4	SAPI	8
		SAR	7
		SAFA	9

**PROFESIONALES DE EMPRESAS CONCERTADAS**

<b>Detección, Valoración, Orientación y Seguimiento</b>				<b>43</b>
<b>Ayuntamiento</b>		<b>17</b>	<b>Diputación</b>	
Intervención Precoz	6,2	EZIA	26	
Psicólogos Comunitarios	10,8			
<b>Intervención Familiar</b>				<b>202</b>
<b>Ayuntamiento</b>		<b>35</b>	<b>Diputación</b>	
SAF	4	Trebatu	97	
SUSTATUZ	31	Bideratu	16	
		Garatu	54	
<b>Acogimiento</b>				<b>575,5</b>
<b>Familiar</b>		<b>52,5</b>	<b>Residencial</b>	
Servicio de Asistencia Técnica	33	Servicio de Asistencia Técnica	23	
Acogimiento Familiar Profesional	19,5	Centros de Acogimiento	500	

**COSTE GLOBAL DE LOS SERVICIOS**

	<b>Nº de Casos<sup>1</sup></b>		<b>Coste Anual</b>	<b>Coste Plaza/Año</b>
<b>Equipo Técnico</b>			<b>830.519</b>	
Equipo Técnico de Ayuntamiento			302.801	
Equipo Técnico de Diputación			527.719	
<b>Detección, Valoración, Orientación y Seguimiento</b>			<b>2.328.356</b>	
<b>Ayuntamiento</b>		<b>960</b>	<b>846.527</b>	
Intervención Precoz	214		187.135	874
Psicólogos Comunitarios	668		506.152	758
SPIF	78		153.240	1.965
<b>Diputación</b>		<b>358</b>	<b>1.481.829</b>	
EZIA	358		1.481.829	4.139
<b>Intervención Familiar</b>			<b>6.744.369</b>	
<b>Ayuntamiento</b>		<b>449</b>	<b>1.344.041</b>	
SAF	77		14.377	187
Sustatuz	372		1.329.664	3.574
<b>Diputación</b>		<b>892</b>	<b>5.400.328</b>	
Trebatu	279		4.107.829	14.723
Bideratu	71		689.949	9.718
Garatu	542		602.550	1.112
<b>Acogimiento</b>			<b>29.860.214</b>	
	<i>Familias</i>	<i>Menores</i>		
<b>Familiar</b>		<b>287</b>	<b>5.809.377</b>	16.411
<b>Equipo Técnico</b>			527.719	
Servicio de Asistencia Técnica			2.073.870	
Acogimiento Familiar Profesional			684.050	
Familias Acogedoras			2.523.738	
Ayudas acogimiento familiar			1.779.787	
Ayudas dedicación intensiva			320.212	
Ayudas complemento de guarda			88.328	
Ayudas discapacidad			27.000	
Acogimiento profesionalizado			308.411	
	<i>Plazas</i>	<i>Tarifa día/plaza</i>		
<b>Residencial</b>		<b>301</b>	<b>24.050.838</b>	79.903
<b>Equipo Técnico</b>			527.719	1.753
Servicio de Asistencia Técnica			689.949	2.292
Gestión de centros			22.833.170	
	<i>Acogida de urgencia</i>	21	277,77	2.129.107
	<i>Básico</i>	201	202,72	14.872.553
	<i>Conducta</i>	23	245,22	2.058.622
	<i>Intensivo</i>	27	382,84	3.772.888
	<i>Otros<sup>2</sup></i>	29	277,14	2.933.500
<b>COSTE TOTAL DE LOS SERVICIOS</b>			<b>38.932.939</b>	

<sup>1</sup> Se refiere a la media de casos atendidos o en su defecto a los casos atendidos en una fecha determinada (a 31 de diciembre)

<sup>2</sup> Se desconoce el coste de la tarifa, es un cálculo promedio en función a las demás tarifas.

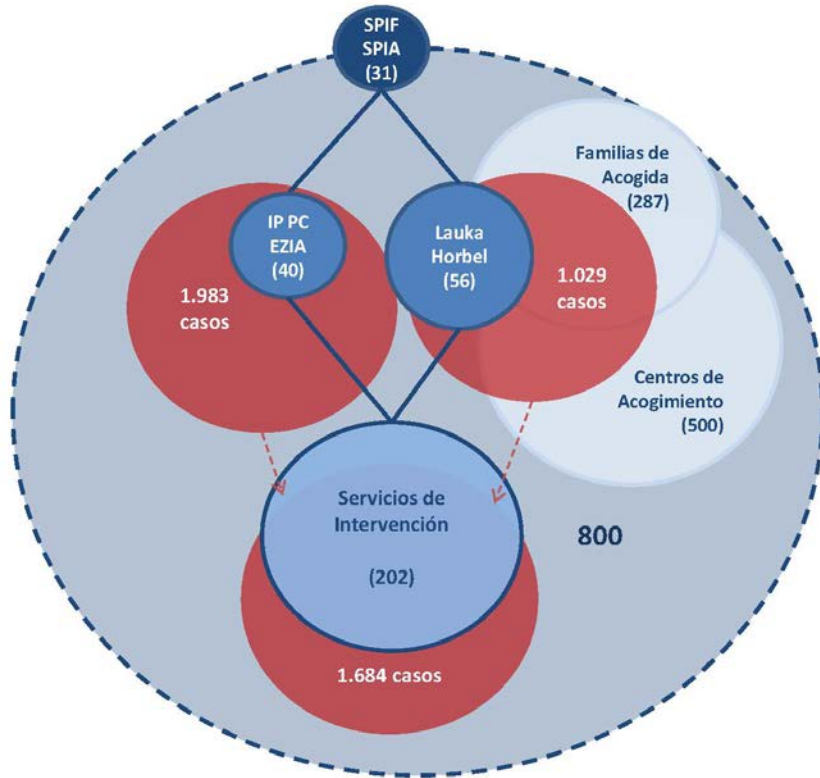
El coste de cada caso varía según el tiempo que lleva en intervención. En la siguiente tabla se puede observar el coste que tendría cada caso en función del tiempo que se encuentre con una intervención.

<b>COSTE DE CASOS SEGÚN DURACIÓN</b>			
	Coste CASO/6 Meses	Coste CASO/12 Meses	Coste CASO/24 Meses
<b>Detección, Valoración, Orientación y Seguimiento</b>			
<b>Ayuntamiento</b>			
Intervención Precoz	437	874	1.749
Psicólogos Comunitarios	379	758	1.515
SPIF	982	1.965	3.929
<b>Diputación</b>			
EZIA	2.070	4.139	8.278
<b>Intervención Familiar</b>			
<b>Ayuntamiento</b>			
SAF	93	187	373
Sustatuz	1.787	3.574	7.149
<b>Diputación</b>			
Trebatu	7.362	14.723	29.447
Bideratu	4.859	9.718	19.435
Garatu	556	1.112	2.223
<b>Acogimiento</b>			
<b>Familiar</b>			
	8.205	16.411	32.821
<b>Residencial</b>			
<i>Acogida de urgencia</i>	52.716	105.431	210.863
<i>Básico</i>	39.019	78.038	156.076
<i>Conducta</i>	46.775	93.551	187.101
<i>Intensivo</i>	71.891	143.782	287.564
<i>Otros</i>	52.600	105.201	210.401

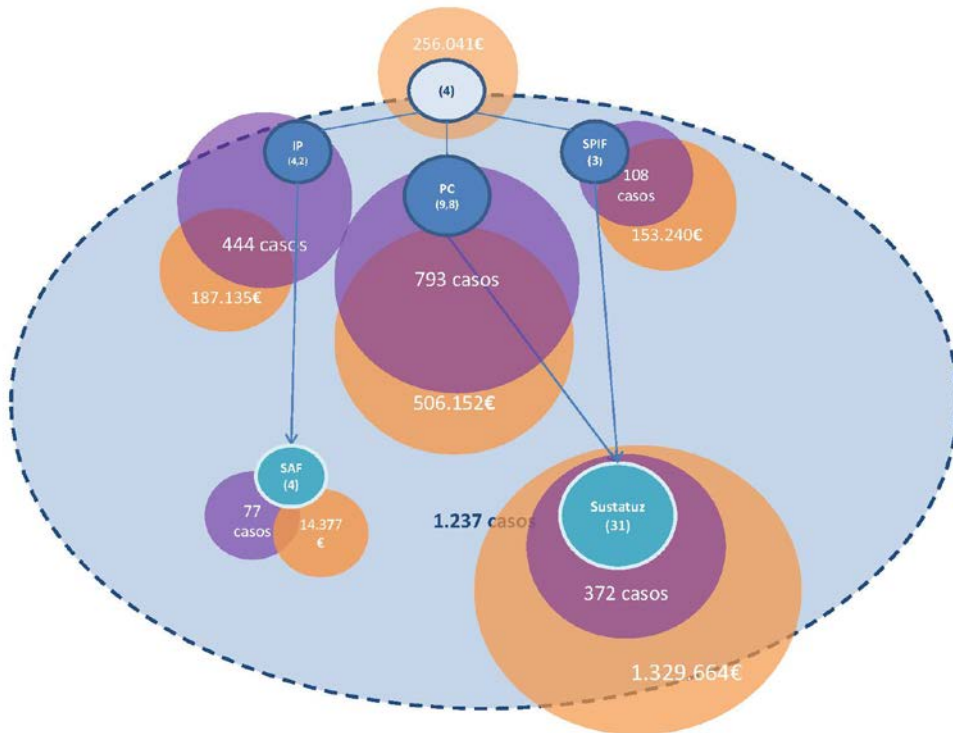
## RESUMEN DE COBERTURA Y COSTES

	Media de Casos Atendidos	Total de Casos Atendidos	Coste Anual
<b>Detección, Valoración, Orientación y</b>	<b>1318</b>	<b>1983</b>	<b>2.328.356</b>
<b>Ayuntamiento</b>	<b>960</b>	<b>1355</b>	<b>846.527</b>
<b>Diputación</b>	<b>358</b>	<b>628</b>	<b>1.481.829</b>
<b>Intervención Familiar</b>	<b>1341</b>	<b>1684</b>	<b>6.744.369</b>
<b>Ayuntamiento</b>	<b>449</b>	<b>449</b>	<b>1.344.041</b>
<b>Diputación</b>	<b>892</b>	<b>1235</b>	<b>5.400.328</b>
<b>Acogimiento</b>	<b>655</b>	<b>1029</b>	<b>29.860.214</b>
	<i>Menores</i>		
<b>Familiar</b>	<b>354</b>	<b>436</b>	<b>5.809.377</b>
	<i>Plazas</i>		
<b>Residencial</b>	<b>301</b>	<b>593</b>	<b>24.050.838</b>
<b>COSTE TOTAL DE LOS SERVICIOS</b>			<b>38.932.939</b>

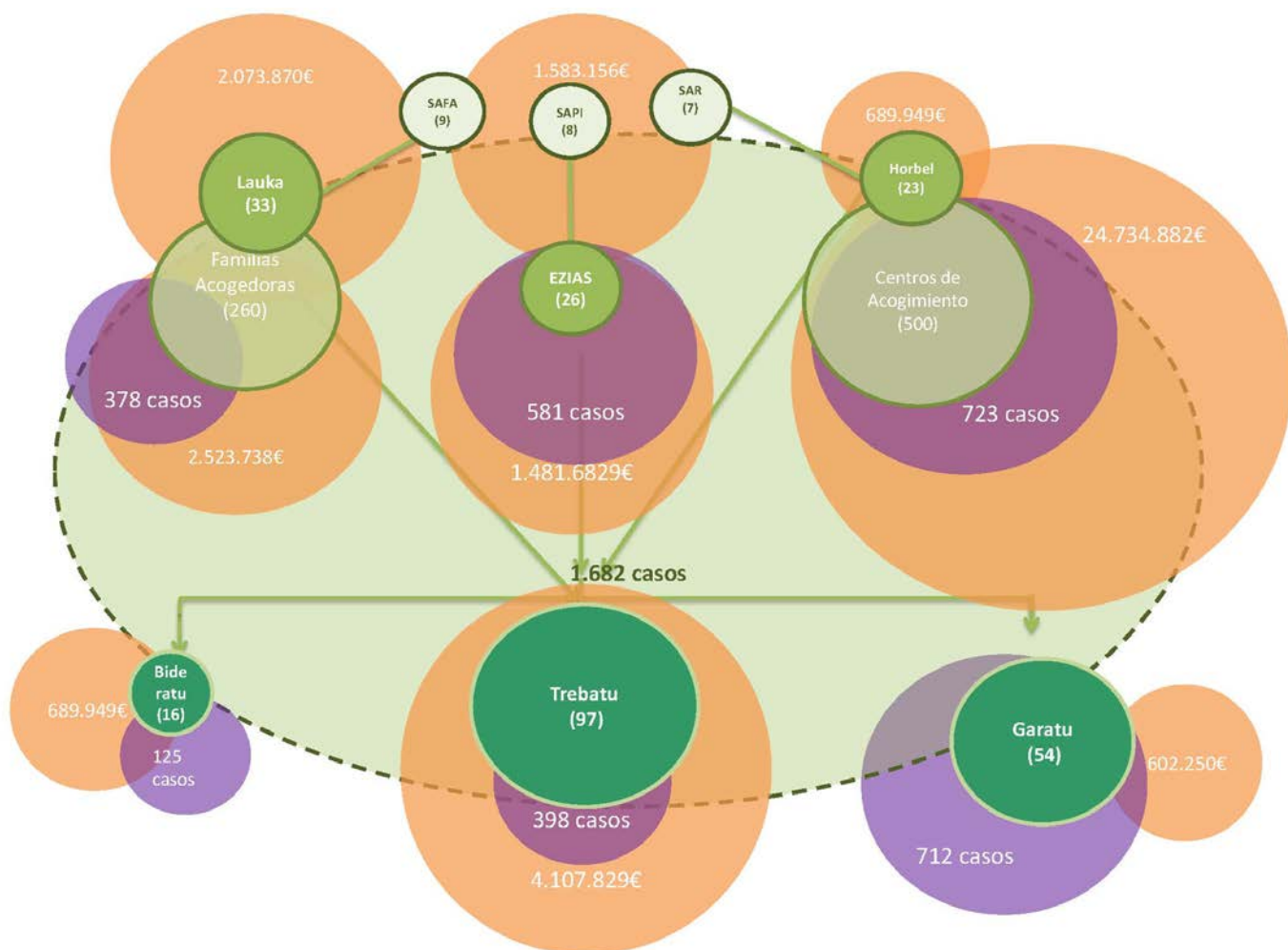
## RELACIÓN DE COBERTURA Y COSTES



## RELACIÓN DE COBERTURA Y COSTES DEL SPIF



## RELACIÓN DE COBERTURA Y COSTES DEL SPIA



2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752



## CONCLUSIONES GENERALES

---

Las principales conclusiones que se pueden obtener del análisis de los datos presentados en los apartados anteriores y del conjunto de la información, que ha estado disponible para la realización de este Informe, sobre los recursos dedicados a la Protección Infantil por el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián y la Diputación Foral de Gipuzkoa son las siguientes:

### **1. Alto grado de cobertura de necesidades, importante dotación de recursos humanos y elevada dotación presupuestaria.**

En términos globales, la primera conclusión que se puede extraer de toda la información recopilada es que los Servicios de Protección Infantil del Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián y de la Diputación Foral de Gipuzkoa emplean una cantidad muy importante de recursos humanos para desarrollar un conjunto completo y muy amplio de programas de intervención que se financia a través de una dotación presupuestaria de gran relevancia en términos absolutos y comparativos.

Revisando los datos generales recopilados en este Informe (sujetos a las variaciones señaladas en el apartado anterior), se podría considerar que más de 1.800 niños/as, niñas y adolescentes (más de 1300 atendidos directamente por el Ayuntamiento y otros 500 -estimación del 25% del total de casos en acogimiento familiar y residencial- desde Servicios Especializados gestionados por los recursos de la Diputación Foral) del Municipio de Donostia/San Sebastián están siendo atendidos para garantizar la cobertura de sus necesidades personales y/o para apoyar a su familia en las tareas parentales. Esta cifra supone aproximadamente un 6% del total de menores de 18 años residentes en el Municipio de Donostia/San Sebastián (unos 28.000).

En términos también generales, se puede considerar que alrededor de 2000 niños, niñas y adolescentes son atendidos cada año por parte de los Servicios Especializados de Protección Infantil de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Se incluyen aquí todas las familias que se encuentran recibiendo apoyo y atención para atender a sus hijos/as en su domicilio y a todos los menores que han precisado ser separados de sus padres en recursos de acogimiento familiar o acogimiento residencial. Esto supone que cerca de un 2% de los menores de 18 años residentes en Gipuzkoa reciben en un año cualquiera la atención de los recursos de protección infantil especializados.

Para llevar a cabo todas las funciones señaladas, el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián y la Diputación Foral de Gipuzkoa cuentan con una importante cantidad de recursos humanos, la mayoría de los cuales pertenecen a entidades externas con las que se contratan los servicios y programas. En total se puede considerar que más de 800 personas (equivalente a jornadas completas) desempeñan sus funciones profesionales en el conjunto de programas que se llevan a cabo en ambas instituciones. El presupuesto anual dedicado a la financiación de todos los programas y los profesionales que los desempeñan supera los 41 millones de euros.

### **2. Buena coordinación de los servicios y recursos municipales y territoriales.**

El conjunto de todos los recursos y programas descritos en el apartado anterior de este Informe y pertenecientes al Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián y la Diputación Foral de Gipuzkoa constituyen un Sistema que dispone de una organización muy eficaz y adecuadamente gestionada. La distribución de competencias y la gestión de los casos asignados a cada una de las instituciones se lleva a cabo (1) siguiendo unos procedimientos muy precisos que están previamente acordados y son conocidos por los profesionales de ambas instituciones y (2) en base a unos protocolos de gestión de la información eficaces y útiles.

Esta buena coordinación es el resultado de una larga trayectoria de trabajo de ambas instituciones que constituye uno de los puntos fuertes más relevantes que puede permitir tener garantías de éxito en el necesario proceso de mejora de la eficiencia del citado “Sistema de Protección Infantil”.

### **3. Alto grado de cobertura para los casos que requieren tratamiento.**

Tal y como se puede deducir de la información presentada en el apartado anterior de este Informe, un número muy relevante de las familias en las que se ha detectado una situación de riesgo de desprotección o de desprotección infantil reciben los recursos de intervención familiar que se entiende que precisan para corregir dicha situación, evitar el agravamiento y la potencial necesidad de poner en marcha medidas de separación familiar.

A lo largo de un año, cerca de 500 familias reciben intervención especializada desde los recursos que el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián tiene concertados con entidades externas y cerca de 700 familias o menores reciben intervención especializada desde recursos contratados por la Diputación Foral para conseguir el mantenimiento del menor en su familia y evitar la separación.

A la luz de estos datos, podría considerarse que el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián y la Diputación Foral de Gipuzkoa disponen de recursos que permiten proporcionar tratamiento a un alto porcentaje de familias. No obstante, dada la acumulación de casos se podría considerar que los recursos de tratamiento han llegado al límite de su capacidad. Aún así, se trata de otro de los “puntos fuertes” más relevantes del “Sistema de recursos de protección infantil” de Gipuzkoa que puede ser de extraordinaria relevancia para poder acometer la tarea de mejorar de manera sistemática los resultados.

### **4. Gran capacidad de detección de casos de riesgo de desprotección y de gravedad leve y moderada desde los recursos del Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián.**

Los recursos municipales (Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián) desarrollados a lo largo de los últimos años demuestran una muy elevada capacidad de detección de casos de riesgo de desprotección o de desprotección leve o moderada. De manera muy especial, debe señalarse la gran eficacia para alcanzar sus objetivos que presentan los recursos de los Centros de Servicios Sociales y el recurso denominado de “Intervención Precoz”. Esta eficacia se evidencia en el constante aumento de casos recibidos a lo largo de los últimos años, que es reflejo de la capacidad de los/as Trabajadores/as Sociales de los CSS para la detección y del Programa para la conexión y el trabajo coordinado con los centros educativos de todo el Municipio. La capacidad de detección de casos tiene su continuación con el trabajo llevado a cabo en los Centros de Servicios Sociales por los denominados “Psicólogos Comunitarios” y de los/as Trabajadores/as. La cantidad de casos con los que tienen relación en cada momento y el número de casos con los que intervienen a lo largo de cada año es muy elevada y refleja, por una parte, el efecto del trabajo del programa de “Intervención Precoz” y, por otra, el trabajo llevado a cabo por todos los/as Trabajadores/as Sociales en los CSS.

No obstante, toda la información disponible (parte de la cual se ha presentado en la primera parte de este Informe) señala que los recursos del Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián y la Diputación Foral llevan a cabo sus intervenciones cuando los menores tienen edades que pueden considerarse, en términos relativos, como avanzadas. Son escasas las intervenciones familiares con niños/as menores de 6 años y casi irrelevantes las que se llevan a cabo con familias de niños/as de menos de 3 años. Las intervenciones más frecuentes se llevaban a cabo con niños/as mayores de 8 años y de manera especial con adolescentes o pre-adolescentes que ya presentan algunos problemas de conducta y que se categorizan como casos de “incapacidad parental de control”.

Por ello, resulta apropiado considerar que este trabajo de detección de casos tiene una clara necesidad de incorporar los mecanismos necesarios para alcanzar algunos objetivos de mejora que se citarán en las Recomendaciones de este Informe.

## **5. Funciones de investigación, evaluación y responsabilidad de casos.**

Uno de los núcleos fundamentales de todo “*Sistema*” o conjunto de recursos de protección infantil está en los recursos y procedimientos utilizados para llevar a cabo una adecuada investigación (valoración de la gravedad de la desprotección) y evaluación (valoración de las circunstancias personales, familiares y sociales que explican la situación de desprotección) de casos. Tanto el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián, a través de los denominados “Psicólogos Comunitarios” y los profesionales del SPIF, como la Diputación Foral, a través de los Equipos Zonales de Infancia y Adolescencia, tienen una muy elevada capacidad de gestionar ambas funciones con la calidad necesaria para (1) garantizar la adecuada toma de decisiones y el diseño de los “Planes de Caso” y (2) facilitar la capacidad del conjunto de los recursos del “*Sistema*” de llevar a cabo las intervenciones adecuadas.

Es necesario subrayar la función de responsable de caso, que es el profesional referente para la familia y el/la menor. Es la persona profesional que coordina al resto de profesionales implicados en la intervención, teniendo en cuenta los diversos ámbitos carenciales de la familia y no únicamente los aspectos de desprotección infantil. Es, por tanto, la persona responsable de la elaboración y seguimiento del Plan de Caso de cada familia y del trabajo de motivación para su participación.

No obstante, y en coherencia con los aspectos que se valoran en puntos posteriores, es importante señalar la necesidad de que la función de evaluación de casos y elaboración de los “Planes de Caso” se adapte a las propuestas de intervención familiar que se describen en apartados posteriores del Informe.

## **6. Aumento progresivo y sistemático del número de casos que entra y se mantiene en el sistema de protección.**

Ya se ha subrayado previamente la muy buena capacidad de detección de casos del Sistema de Protección Infantil en Gipuzkoa y, de manera especial, en el Municipio de Donostia/San Sebastián. El aumento sistemático y permanente de casos en todos los recursos del “*sistema*” se ha hecho explícito en la primera parte de este Informe. No hay ninguna duda de que este aumento sistemático y estable del número de casos en “el sistema” no se debe a posibles situaciones coyunturales, sino que refleja una tendencia estable.

El análisis más básico del funcionamiento de dicho “*sistema*” señala la evidencia de un aumento permanente del número de casos que entran a cada recurso (“altas”) que se acompaña sistemáticamente de un número claramente inferior del número de casos que salen del “*sistema*” (“bajas”) y que el número de estas “bajas” no evoluciona, como podría esperarse, hacia un aumento proporcional al número de entradas al sistema producido en años anteriores.

Estos datos son coherentes con la conclusión señalada más arriba de la buena capacidad del sistema de (1) detectar familias en las que se dan situaciones de desprotección o de riesgo de desprotección, (2) evaluar dichas situaciones de manera precisa y (3) proporcionar los recursos de intervención familiar a los casos que lo precisen.

Pero también parece que puede deducirse de estos datos, y del conjunto de la información sobre el funcionamiento de los diferentes recursos existentes, que las intervenciones con las familias y los

menores en situación de desprotección o de riesgo de desprotección no alcanzan los resultados deseados o, dicho de otro modo, que los resultados obtenidos (en términos de desaparición del riesgo o reducción de la severidad de la desprotección) no son suficientes para evitar esta clara “acumulación” de casos en un sistema que corre el riesgo de convertirse en claramente ineficiente o de tener como única solución posible (para mantener una razonable ratio casos/profesionales) un aumento permanente de recursos que permita dar cobertura a todos los casos que “entran” y a todos los que “se mantienen” en el sistema o “retornan” al sistema.

Todo lo anterior hace imprescindible analizar cuáles son algunas de las causas posibles que hacen que los recursos dedicados a la intervención familiar no alcancen los resultados necesarios y esperables y cómo, por tanto, se podría intentar mejorar de manera progresiva la eficacia de estos recursos de intervención familiar. Algunas de las posibles explicaciones se presentan a continuación:

**6.1.** Las intervenciones con las familias y los menores se inician y se desarrollan en momentos tardíos, cuando la situación de desprotección o los factores de riesgo que la explican llevan tiempo instalados en el funcionamiento familiar y no en momentos más tempranos del desarrollo de las relaciones familiares cuando el pronóstico hubiera sido claramente más favorable.

**6.2.** Es posible que los objetivos con los que se llevan a cabo las intervenciones familiares no sean los adecuados entendiéndose por “adecuado” que sean (1) los estrictamente alcanzables, (2) los centrados en la mejora de las habilidades parentales y (3) en la resolución de las consecuencias de la situación de desprotección en el menor.

**6.3.** Es también muy probable que una parte muy relevante de la limitada eficacia de las intervenciones familiares se deba al importante peso que tienen “la falta de conciencia de problema y de motivación para el cambio” de dichas familias. Se trata de una cuestión (la conciencia de problema y motivación de cambio) muy estudiada en el ámbito de la protección infantil y que exige adaptaciones importantes del procedimiento de intervención. En este sentido, sólo puede haber dos posibles explicaciones del problema (intervenciones sin éxito por falta de motivación de cambio en la familia):

6.3.1. Se llevan a cabo muchas intervenciones familiares en casos en los que ninguno de los progenitores ha alcanzado una mínima conciencia de problema o motivación de cambio. Todas ellas parten desde el inicio con un pronóstico claramente negativo y muy probablemente tenderán a abandonos reiterados de la participación en los programas o a mantenerse de manera permanente en intervenciones con muy escasos resultados en términos de cambios relevantes en el funcionamiento parental.

6.3.2. Las intervenciones familiares se llevan a cabo sin dar una total y absoluta prioridad al empleo de técnicas de intervención en las que se incorpore un “enfoque colaborativo” y en las que se apliquen estrategias concretas (por ejemplo, la Entrevista Motivacional) para manejar y, en su caso, modificar, la conciencia de problema y la motivación al cambio.

**7. Prácticamente todos los programas de Intervención Familiar desempeñados por entidades contratadas por el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián y la Diputación Foral de Gipuzkoa se basan fundamentalmente en la provisión de intervención educativa (a través de visitas domiciliarias) y tratamiento psicológico.**

Algunas de las familias reciben ambos recursos, aunque la mayoría reciben el primero de ambos. Tanto los programas de intervención familiar llevados a cabo con los casos de gravedad leve o moderada como de mayor gravedad disponen básicamente de estos dos recursos. En el caso del

programa contratado por el Ayuntamiento ambos recursos se proporcionan por parte de la misma entidad contratada y en el caso de la Diputación se proporcionan por la misma entidad para un tipo de casos (los asignados al programa Bideratu) y por parte de dos entidades para otro tipo de casos (los asignados a Trebatu y Garatu). La frecuencia o intensidad de la intervención educativa es muy variable y depende de las necesidades familiares, siendo especialmente relevante la cantidad de visitas asignadas a los casos en los que la finalidad de la intervención es la denominada como de “complemento familiar”. El número de profesionales dedicados a estas funciones (educadores/as familiares y terapeutas) y la proporción entre profesionales y casos asignados puede considerarse como muy adecuada y la suficiente para poder alcanzar los resultados esperables. Dos importantes características de estos programas de intervención familiar que es preciso señalar de manera especial:

**7.1.** Las acciones que se llevan a cabo con las familias en estos programas de intervención familiar no pueden considerarse como “estructuradas”, entendiéndose por tal el que las actuaciones de los profesionales con las familias (sea en sesiones terapéuticas o de visita domiciliaria) estén previamente establecidas y programadas en un Manual de Intervención, que sean similares para situaciones familiares similares y que estén justificadas por un “modelo lógico” que establece una conexión entre los objetivos que se tratan de alcanzar y las técnicas que se utilizan para conseguir los cambios en el comportamiento parental.

**7.2.** La intervención en los casos de desprotección, especialmente en los de mayor gravedad tiende a tener una muy larga duración. Un porcentaje muy importante de todos los casos con los que se inicia una intervención familiar permanece en dicha intervención más de 12 meses (muchos más de 24 meses) y en un porcentaje elevado de ellos se pasa de una intervención familiar en el ámbito municipal a una intervención familiar en el ámbito especializado. Lo mismo ocurre con un porcentaje relativamente elevado de casos que pasan de la finalidad de “capacitación” a la de “complementación familiar”. El porcentaje de estos últimos casos es demasiado elevado y debería considerarse en todos ellos (1) la razón por la que no pudo ser detectada en la evaluación (establecimiento del pronóstico) la incapacidad de los padres para alcanzar los objetivos de la “capacitación” o (2) la razón por la que no se han alcanzado los objetivos si se había considerado que eran alcanzables (establecimiento del pronóstico).

La duración muy prolongada de una intervención sólo estaría justificada en los casos de “complementación familiar”, definidos como casos en los que (1) no se considera que se van a poder alcanzar mejoras en las habilidades parentales, (2) existe una buena relación afectiva de los menores con sus padres y (3) se considera no pertinente la separación de los menores. En estos casos, el objetivo de intervención se debe centrar en que los educadores/as familiares “complementen” las funciones parentales que el padre y la madre no pueden garantizar a sus hijos/as. En los casos de complementación no se pretende, por tanto, alcanzar una mejoría en las competencias parentales. Esto justifica la prolongada duración de la intervención y excluye a estos casos de la valoración que se sugiere en este apartado.

## **8. Los resultados de los programas de intervención familiar no están adecuadamente evaluados y resulta imposible conocer su eficacia.**

Con la excepción de la información que se ha proporcionado sobre las razones de la baja en el programa Trebatu, ninguna de estas dos instituciones dispone de datos acerca de los resultados que se han obtenido con las familias y los menores derivados a dichos programas y, por tanto, de la inversión realizada. Las memorias anuales de los programas de intervención familiar incluyen datos de la evaluación de la cobertura (casos tratados e información sobre las características de los niños y familias atendidas), y de los recursos utilizados. Hay pocos datos de evaluación de resultados que, en las escasas ocasiones que se incluyen, recogen exclusivamente el juicio subjetivo de los

profesionales intervinientes. La evaluación que se realiza de estos programas permite conocer el tipo de familias con las que se interviene y los recursos humanos utilizados para la intervención. No hay, por tanto, un rendimiento de cuentas de lo que se obtiene con los recursos económicos utilizados por las entidades que llevan a cabo la intervención y las instituciones públicas responsables de la protección de los niños, niñas y adolescentes no pueden dar cuenta de la eficacia o eficiencia de dichos recursos públicos.

## **9. Adecuada utilización y gestión del Acogimiento Familiar y Residencial.**

No es un objetivo de este Informe analizar los recursos de Acogimiento Familiar y Residencial. No obstante, sí puede ser pertinente hacer algunas valoraciones generales de estos recursos gestionados por la Diputación Foral de Gipuzkoa.

- 9.1.** Importante cobertura de necesidades, en términos absolutos y relativos con respecto al total de la población y al número de casos en Acogimiento Residencial, a través del Acogimiento Familiar.
- 9.2.** Adecuada proporción entre los casos en las diferentes modalidades de acogimiento, con especial valoración positiva al número de casos de acogimientos de urgencia y profesionalizados que se pueden llevar a cabo.
- 9.3.** Desarrollo muy eficaz del programa de Apoyo a las familias acogedoras que supone un recurso de gran valor para evitar y/o reducir los fracasos en los acogimientos familiares y para garantizar la cobertura adecuada de las necesidades de los niños/as acogidos.
- 9.4.** Diversificación de diferentes tipos de centros de Acogimiento Residencial, que permite adaptarse a las necesidades individuales de cada menor.
- 9.5.** Equipos profesionales en los centros, amplios y formados, aplicando estándares de calidad.
- 9.6.** Necesidad de alcanzar el objetivo de proceder al acogimiento familiar con todos aquellos niños/as menores de 6 años en los que sea necesario proceder a la separación de su familia biológica.

Es evidente que la mayor o menor cantidad de niños/as y adolescentes con los que es preciso utilizar estos recursos de separación del menor de su familia de origen es una consecuencia del funcionamiento del resto de recursos del “Sistema de protección infantil”. En base a esta precisión se pueden hacer algunas consideraciones sobre posibles objetivos de mejora:

- a.** Reducción paulatina y progresiva del número de casos en los que es necesaria la medida de la separación de la familia de origen. Este objetivo se tiene que conseguir a través de dos procedimientos complementarios:
  - Mayor eficacia de las intervenciones preventivas y terapéuticas tempranas
  - Mayor eficacia de las intervenciones (de preservación familiar) expresamente dirigidas a evitar el acogimiento de niños/as de más de 11 años en los que se producen situaciones de desprotección infantil con presencia de problemas de comportamiento externalizados.
- b.** Mejora de la eficacia de las intervenciones dirigidas a conseguir la reunificación de los niños/as o adolescentes con su familia de origen.
- c.** Máxima prioridad a la intervención terapéutica eficaz con los menores que, estando en acogimiento familiar o residencial, presentan problemas de tipo comportamental o emocional.

# PRINCIPIOS BÁSICOS QUE DEBEN DE REGIR LA PROPUESTA DE MEJORA Y RECONVERSIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL

---

---

## 1. INTERVENCIÓN TEMPRANA

---

Puede resultar una obviedad señalar que la calidad de las relaciones y de las experiencias de aprendizaje de los menores en sus familias tiene más influencia en sus logros futuros que las capacidades innatas, que las circunstancias materiales o, incluso, que la calidad de la educación pre-escolar y escolar. La intervención temprana se basa en la idea fundamental de que muchos de los problemas de gran repercusión a nivel social y económico se originan a causa de que no se ofrece a los menores el apoyo necesario en sus primeros años de vida, etapa en la que deben de alcanzar los hitos más importantes de su desarrollo. Al no recibir este apoyo lo suficientemente temprano en sus vidas, en general es muy tarde para poder revertir las consecuencias.

Uno de los principales problemas en los países desarrollados es que las intervenciones que se llevan a cabo desde los servicios públicos para mejorar el desarrollo de los niños/as y adolescentes, se realizan muy tarde, cuando los problemas de salud, sociales y de comportamiento se han arraigado de manera profunda en las vidas de los menores. Las intervenciones tardías, además de suponer un coste elevado para intentar solucionar los problemas existentes y de tener escasas posibilidades de conseguir sus objetivos, en la mayoría de las ocasiones funcionan como medidas paliativas pero ineficaces para abordar la fuente de los problemas.

Se podría decir, simplificando, que actualmente existen dos culturas que compiten entre sí. Por un lado, la dominante de intervención tardía y por otro, la intervención temprana. La experiencia acumulada en los países desarrollados presenta datos indiscutibles de que las intervenciones tardías de elevado coste han fracasado y que importantes problemas sociales no han disminuido sino que han aumentado a pesar de los grandes esfuerzos por abordar y tratar los síntomas. Todo el conocimiento disponible apunta a que la alternativa de una adecuada intervención temprana en la que se aplicaran programas que tuvieran como objetivo el desarrollo de las bases y la construcción de las competencias sociales y emocionales en niños/as en edad temprana, se traducirían en mejoras significativas y sostenibles a largo plazo tanto en la salud y el comportamiento de las personas que reciben la intervención como en beneficios sociales y económicos para el conjunto de la sociedad.

La implantación de programas de intervención temprana basados en la evidencia encuentra de forma persistente obstáculos institucionales y financieros a pesar de que implique mejores resultados a menor coste. Es necesario llevar a cabo las medidas necesarias para cambiar esta tendencia y poder alcanzar una “**cultura de Intervención Temprana**” que reemplace la cultura dominante de la intervención tardía en la que se tiende a malgastar el dinero público sin tener en cuenta los fracasos evidentes.

### **La base científica de la Intervención Temprana**

No hay muchas dudas en el ámbito científico en la actualidad con respecto al hecho demostrado de que las experiencias tempranas determinan la arquitectura del cerebro y, consecuentemente, el curso del desarrollo emocional, intelectual y físico. Desde la infancia más temprana, hay una tendencia a establecer vínculos con otros y los menores se desarrollan mejor cuando los adultos responden de manera afectiva, estimulante y consistente. Algunas de las evidencias se pueden resumir en los siguientes párrafos:

- El Centro para el Desarrollo Infantil de la Universidad de Harvard (Center on the Developing Child at Harvard University, 2007) describe la importancia de la calidad de las relaciones en la etapa infantil temprana: *“la influencia excepcionalmente marcada de las experiencias tempranas en la arquitectura cerebral convierte a los primeros años de vida en un periodo de gran oportunidad para el desarrollo cerebral a la vez que una etapa de gran vulnerabilidad. Un ambiente promotor del desarrollo, con nutrientes adecuados, libre de toxinas, lleno de interacciones sociales con adultos atentos, prepara la arquitectura del cerebro en desarrollo para funcionar de manera óptima en un ambiente saludable. Por otra parte, en un ambiente adverso, de inadecuada provisión de nutrientes, lleno de toxinas, falta de estimulación sensorial, social y emocional, se desarrolla un cerebro con circuitos dañados. Una vez establecida, una base frágil tiene efectos nocivos en el desarrollo posterior, incluso en un ambiente restaurado a edades más avanzadas”*.
- Un apego seguro con las figuras de referencia permite el desarrollo de la empatía, la confianza y el bienestar. En contraste, un ambiente carente, negligente y/o agresivo, impide en la mayoría de los casos que los menores desarrollen sus capacidades empáticas, su regulación emocional y sus habilidades sociales, aumentando el riesgo de desarrollar trastornos mentales, de tener dificultades en las relaciones, tendencia a la conducta antisocial y a la agresividad.
- Un apego inseguro está relacionado con un mayor riesgo de varios problemas de salud, incluyendo embolias, ataques al corazón, hipertensión, migrañas y artritis (Mc Williams & Bailey, 2010). Las personas con un apego seguro tienden a tener conductas más saludables, como práctica de deportes, no fumadores, sin consumo de sustancias y/o alcohol, y conducción a velocidades normales (Hunstinger y Luekhen, 2004). Existe una relación entre una baja sensibilidad maternal a los 10-12 meses con (1) agresión, desobediencia y rabietas a los 18 meses, (2) bajos niveles de obediencia, necesidad de llamar la atención y agresividad a los 2 años, (3) dificultades con los iguales a los 3 años, (4) conducta coercitiva a los 4 años y (5) participación en peleas y robos a los 6 años.
- Aunque una crianza deficiente puede producir daños en los menores en todas las edades, los daños más profundos son los producidos cuando el cerebro se está desarrollando en los primeros meses de vida. Los daños más severos se producen antes del nacimiento y durante los primeros 18 meses de vida, que es cuando se ha identificado que se desarrollan en el cerebro las partes implicadas en el desarrollo emocional. El periodo prenatal es tan importante como el de edades tempranas en el desarrollo de los menores dado que la conducta de la madre tienen un impacto muy importante en el desarrollo del feto. Sin embargo una baja sensibilidad maternal después de los 18 meses no parece tener los mismos efectos, consistentes con la hipótesis de que la ventana del desarrollo hace que el periodo en el que se desarrolle la privación sea muy importante (Shaw & Winslow, 1997; Martin, 1981).
- Si el miedo y el estrés son experiencias predominantes en los primeros años de vida, la respuesta neuroquímica a esas experiencias se convierte en parte de la arquitectura primaria del cerebro. Algunas investigaciones señalan evidencias de que la vivencia de situaciones traumáticas produciría un aumento del nivel de algunas hormonas como el cortisol, produciendo, entre otras consecuencias, una reducción del número de sinapsis (conexiones cerebrales). Estas investigaciones señalan que en casos extremos los cerebros de menores en grave situación de desprotección son significativamente más pequeños que los de los niños con un desarrollo normal, y el sistema límbico (encargado de gestionar las emociones) puede llegar a ser entre 20% y 30% más pequeño y con menos conexiones sinápticas (Gunnar & Donzella, 2002)

Algunos resultados concretos de diversas investigaciones que apoyan la importancia de los primeros años de vida en el desarrollo posterior a medio y largo plazo:



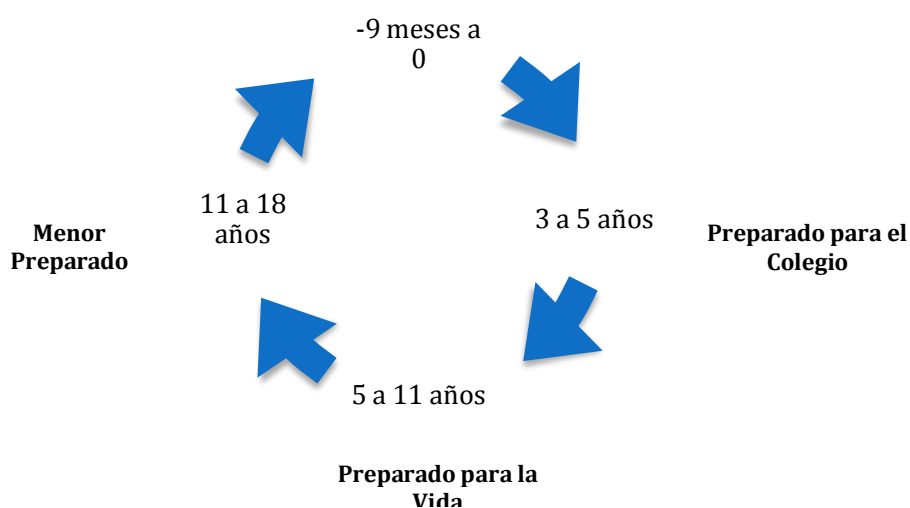
- Los índices de desarrollo infantil a los 22 meses sirven de predictor fiable de los resultados educativos a los 26 años.
- Los bebés nacen con un desarrollo cerebral del 25% y a los 3 años el 80% del cerebro está desarrollado.

En el periodo de 0-3 años (55% del desarrollo cerebral en juego) la negligencia, un tipo inadecuado de parentalidad y otras experiencias adversas pueden tener un profundo efecto en cómo los menores estén emocionalmente conectados en el futuro. Esto influirá profundamente en sus futuras respuestas a acontecimientos vitales y en sus habilidades para empatizar con otras personas.

### ¿Qué se entiende por intervención temprana?

La intervención temprana incluye una serie de programas con resultados probados y de bajo coste que puedan tener un impacto duradero en la vida de los menores, especialmente aquellos más vulnerables. Los padres y madres son los agentes claves para proveer a los menores en la etapa de 0 a 3 años lo necesario para que puedan desarrollarse de forma apropiada. Sin embargo, los seres humanos en mayor riesgo necesitan beneficiarse en el rango de 0 a 18 años de políticas y programas que se centren en fortalecer las habilidades necesarias para que en el futuro sean capaces de ejercer de forma apropiada su rol de padres. Estas intervenciones rompen y previenen la transmisión intergeneracional del daño social y emocional.

Por tanto, la Intervención Temprana, además de incluir a todos los programas que intervienen con los padres y madres de los niños/as que se encuentran entre los 0 a 3 años de edad, incluye también todos los programas bien establecidos que intervengan con jóvenes para dotarles de las habilidades necesarias para que al convertirse en padres sean capaces de brindar a sus hijos mejores niveles de bienestar. La intervención temprana busca reemplazar el ciclo intergeneracional de disfunción por un ciclo virtuoso:



### El impacto económico de la intervención temprana.

El “sistema” es altamente reactivo a problemas no anticipados de forma efectiva, con intervenciones que se realizan muy tarde y con muy bajos resultados. Los presupuestos son asignados en gran medida en base a la asignación histórica, no en referencia a lo que conseguirá los mejores resultados. El “sistema” está diseñado para proporcionar servicios no para cambiar los resultados.

Para determinar si las estrategias y programas de Intervención Temprana son económicamente más rentables, es necesario tener en cuenta los siguientes factores:

- El coste actual y el estimado a largo plazo de los problemas que se pretenden abordar con los programas de Intervención Temprana.
- El coste actual y estimado de los programas existentes para abordar dichas problemáticas.
- La probabilidad de que estos problemas disminuyan o desaparezcan si continúan los programas que existen actualmente o en ausencia de cualquier tipo de intervención.
- El probable impacto de los programas de Intervención Temprana sobre los problemas.
- El coste estimado de los programas de Intervención Temprana como sustitutos de los programas existentes, incluyendo costes asociados a la integración de nuevas formas de intervención dentro de estructuras públicas y privadas.
- El coste estimado de los problemas que permanecerán una vez implantados los programas de Intervención Temprana.

Es necesario realizar comparaciones económicas entre tres escenarios: (1) no hacer nada en absoluto, (2) continuar con las políticas actuales que priman las intervenciones tardías y reactivas y (3) reemplazar las políticas existentes por las de Intervención Temprana.

Debe tenerse en cuenta que una de las complicaciones que plantea la implantación exitosa de programas de Intervención Temprana es precisamente que muchos de los ahorros que se consiguen se verán reflejados en diferentes áreas de la Administración Pública y no necesariamente en aquellas implicadas en la inversión inicial. Por ello, sin acuerdos y una inversión conjunta entre todos aquellos implicados, resulta muy difícil poder materializar los beneficios económicos.

## 2. IMPLANTACIÓN DE PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA

En las conclusiones presentadas en el apartado anterior de este Informe se señala que los programas de intervención familiar se caracterizan (1) por no ser programas estructurados, (2) por no haber sido evaluados en términos de su eficacia y de los resultados obtenidos y (3) por no estar específicamente dirigidos a cada uno de los diferentes subgrupos en los que pueden clasificarse las necesidades de tratamiento de los casos de desprotección infantil.

La implantación de lo que se entiende por una “práctica basada en la evidencia” o de lo que se entiende por “programas basados en la evidencia” se basa en los siguientes principios:

1. Los programas que se implanten o se apliquen, en este caso a las familias y los menores del “**Sistema** de protección infantil”, deben ser “programas que hayan sido **sometidos previamente a las pertinentes evaluaciones de resultados** en las que, aplicando los métodos científicos básicos, hayan **demostrado** de manera estable y sistemática **un aceptable grado de eficacia**”
2. Los programas basados en la evidencia están siempre **claramente dirigidos a un conjunto concreto de personas que presentan una serie de características** (definidas en forma de criterios de inclusión y de exclusión) que permiten garantizar el grado de eficacia que el programa tiene asignado. Esto significa que los programas que se implanten deben estar dirigidos a un **subgrupo concreto de casos con características específicas**, lo que implica respetar y mantener el principio de “**adecuación del programa a las características y necesidades de cada menor y familia**”.
3. Los programas basados en la evidencia son programas que se apoyan en uno o varios **modelos teóricos** de probada solvencia, que presentan un “**modelo lógico**” que conecta de manera clara y evidente el efecto que su aplicación tiene sobre las causas o factores de riesgo del problema

que se trata de resolver y, por tanto, que precisa el mecanismo por el que se pretende alcanzar los resultados esperados.

4. Estos programas basados en la evidencia, se caracterizan por el hecho de que todas las actividades que se desarrollan en su puesta en funcionamiento están **claramente estructuradas y secuenciadas** en un número mínimo y máximo de sesiones de tratamiento previamente estipuladas que se deben de desarrollar en un periodo de tiempo previamente establecido. Todas estas actividades del programa deben estar claramente recogidas y extensamente explicadas en los correspondientes **Manuales de Aplicación** y se llevan a la práctica con la utilización de los materiales que se considere necesario y que se describen en dichos Manuales.
5. Los programas basados en la evidencia disponen siempre de un procedimiento establecido de **formación y supervisión** de los profesionales que lo vayan a poner en funcionamiento y que en la mayoría de las ocasiones incluye (1) unos **requisitos previos** que deben cumplir los profesionales que se vayan a formar en cada programa y (2) un procedimiento de **acreditación personal**. Estos procedimientos de formación y supervisión permiten conseguir dos objetivos:
  - 5.1. Garantizar **la máxima competencia** de todos los profesionales en la ejecución de las acciones y actividades de cada programa y en su aplicación a la población concreta que sea el objetivo de dicho programa.
  - 5.2. Garantizar que los profesionales formados y acreditados y adecuadamente supervisados ejecutan el programa de acuerdo y con **la fidelidad** adecuada a los principios y las técnicas del programa original.
6. Un principio básico de esta estrategia es la **mejora permanente**. En base a este principio, los programas basados en la evidencia deben someterse de manera permanente a una **evaluación de la cobertura y del proceso** con el que se llevan a cabo. Además, parece recomendable que todo programa basado en la evidencia sea sometido a una **evaluación de los resultados** obtenidos (siguiendo los requisitos del diseño experimental) la/s primera/s vez/veces que se aplique en contextos en los que no se haya aplicado previamente.

Una publicación muy reciente de la *American Professional Society on the Abuse of Children* (Berliner et al., 2015) plantea una serie de recomendaciones para que los Servicios de Protección Infantil proporcionen recursos que se encuentren basados en la evidencia, que pueden ser de utilidad para el objetivo de este Informe. Las recomendaciones principales, que los redactores de este Informe hacen propias, son las siguientes:

- 6.1. Adoptar de forma explícita y generalizada un enfoque centrado en conseguir la colaboración y en aumentar la motivación:
  - 6.1.1. Inclusión genuina de los padres en la planificación de la intervención
  - 6.1.2. Esfuerzos explícitos por superar las barreras para la participación en las intervenciones.
  - 6.1.3. Inclusión de sesiones centradas en mejorar la motivación como parte de la intervención.
- 6.2. Evaluación sistemática de las familias y de las dificultades de los menores, utilizando preferentemente instrumentos de medida estandarizados. Evaluaciones periódicas y el desarrollo de un sistema de retroalimentación eficiente permite asegurar un control del progreso de las familias a lo largo del tiempo.
- 6.3. En la selección de intervenciones se debe priorizar la efectividad y la eficiencia:
  - 6.3.1. Mantener un conocimiento actualizado de los programas basados en la evidencia y de la posibilidad de aplicarlos en la comunidad local.

6.3.2. Seleccionar intervenciones que se adhieran a los principios de los programas basados en la evidencia: población diana identificada, de duración limitada y evaluación sistemática de resultados.

6.3.3. Formar a los profesionales para identificar y utilizar de forma apropiada los programas basados en la evidencia.

**6.4.** La selección y planificación de las intervenciones estarán guiadas por un foco concreto:

6.4.1. Priorizando intervenciones centradas en modificar las conductas que propician las situaciones de negligencia y/o maltrato.

6.4.2. Incluyendo la menor cantidad de intervenciones posibles.

6.4.3. Planificando la monitorización del progreso, preferentemente utilizando métodos estandarizados.

**6.5.** Realizare una planificación de la intervención por pasos. Intervenir únicamente en los focos de prioridad alta.

**6.6.** La planificación se centra en alcanzar los resultados. Las decisiones se basan en conseguir el cambio y en la consecución de los objetivos:

6.6.1. Un requisito básico es la asistencia constante a las intervenciones.

6.6.2. Evaluar el cambio utilizando una variedad de indicadores

6.6.3. La reducción del daño (ej.: cambios que reducen el impacto de los problemas en el menor) puede ser suficiente cuando no es posible eliminar el problema.

**6.7.** Las intervenciones son diseñadas a fin de conseguir en el menor tiempo posible el cierre del caso y, en su caso, la reunificación.

---

### **3. CAMBIO EN LA ORIENTACIÓN Y LA “CULTURA ORGANIZATIVA” DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL: ORIENTACIÓN A RESULTADOS, RENDIMIENTO DE CUENTAS**

---

“Las ideas y las propuestas que se promueven en los programas innovadores o en los Programas Basados en la Evidencia no se ejecutan solas”. Esta afirmación señala una evidencia. Pero resulta necesario subrayar y resaltar la necesidad de considerar como cruciales los procesos a través de los cuales se van a intentar implantar esas “ideas” y “propuestas”. Es evidente también que la primera tarea es la de fabricar y crear “prototipos” de programas, pero sin su replicación o aplicación a gran escala a través de estrategias complejas de implantación, todos los avances de la ciencia en este ámbito de los programas sociales se pueden convertir en inútiles.

Cualquier intento sistemático de utilizar los resultados de la ciencia para mejorar las vidas de los niños/as, las familias y los adultos en los “Sistemas de Protección Infantil” exige la aplicación de “estrategias de implantación” de los Programas Basados en la Evidencia (PBE) que sean efectivas. Es imprescindible reconocer que todos los procesos de implantación de programas innovadores se enfrentan a serias dificultades y que estas dificultades surgen porque los procesos deben incluir: (1) cambios en el tipo de programas que ejecutan los proveedores de servicios, (2) importantes reestructuraciones del contexto interno de las organizaciones y (3) una transformación del sistema en que se implantan.

La implantación de PBE tiene probabilidades de ser exitosa cuando (1) un grupo de profesionales sea muy cuidadosamente seleccionado, reciba la formación necesaria y se someta a una frecuente evaluación de su rendimiento, (2) la organización proporcione la infraestructura necesaria para la formación permanente, la supervisión de las competencias y la evaluación regular del proceso y los resultados, y (3) se establezca un ambiente favorable a la innovación.

Cualquier proceso de reconversión del conjunto de recursos de intervención que implique la aplicación de PBE debe diferenciar entre (1) el proceso de intervención con los usuarios y los resultados de las prácticas basadas en la evidencia y (2) el proceso de implantación de los programas y los resultados de dicha implantación. Disponer de muchos datos sobre los muy buenos resultados de un programa no ayuda a implantar dicho programa. La implantación de programas es un “asunto” completamente diferente. Un programa tiene que estar bien definido y bien evaluado en cuanto a los efectos esperados en sus usuarios (niños/as, familias, etc.). De la misma manera, un proceso de implantación de uno o varios programas debe estar bien definido y evaluado en cuanto a sus efectos en sus usuarios (profesionales, gestores, organizaciones, sistemas....).

Por tanto, en el proceso de implantación de programas, es necesario diferenciar entre las actividades del programa de intervención, incluyendo sus resultados, y las actividades del plan de implantación del programa de intervención, incluyendo sus resultados.

Todo lo anterior sirve para introducir esta cuestión que se concreta en lo que se entiende por “Proceso de la Implementación”. Se entiende por Implementación al “*conjunto especificado de actividades diseñadas para poner en práctica una actividad o un programa de dimensiones conocidas*”.

### **3.1. Algunas consideraciones sobre el “Proceso de Implantación de Programas”**

- ✓ Las personas de las organizaciones que implantan nuevos programas y la propia organización en su conjunto tiene que estar dispuesta para el cambio.
- ✓ Los resultados esenciales de un proceso de implementación de PBE son los siguientes:
  - Adquisición de nuevos conocimientos y habilidades de los profesionales de acción directa y del resto del staff de la organización.
  - Cambios en la estructura y en la “cultura” de las organizaciones, tanto las formales como las informales (valores, “principios”, procedimientos de trabajo, procedimientos de toma de decisiones) que apoyan y facilitan (e incluso exigen) el cambio en la rutina de trabajo de los profesionales.
  - Cambios en las relaciones con los usuarios, con otras partes interesadas y con otros miembros de los equipos y del resto del sistema.

### **3.2. Fases de la Implementación:**

- ✓ Fase I: Exploración y adopción. En esta fase se trata de evaluar el encaje entre las necesidades de prácticas y programas basados en la evidencia y los recursos. Se trata de (1) Identificar la necesidad para una intervención, (2) Adquirir información sobre programas, (3) Evaluar el encaje entre la necesidad y el programa y (4) Preparar a la organización, al conjunto de profesionales y recursos movilizándolo información y apoyo.
- ✓ Fase II: Instalación del Programa. En esta fase, antes de que se reciba al primer usuario se debe conseguir resolver la accesibilidad de la financiación, la selección de los profesionales, la creación de mecanismos de remisión de casos y la consideración de los resultados esperados.
- ✓ Fase III: Implementación inicial. La implementación de un programa implica **UN CAMBIO** que puede ser más o menos importante para una persona o para una organización.

- o Los cambios no son simultáneos en todas las personas o las partes de la organización.
  - o Los cambios deben producirse en todo el conjunto del sistema de recursos, personas, gestores, etc.
  - o Los cambios en las competencias profesionales, en las capacidades de la organización, en la “cultura” de la organización y demás..... exigen formación, práctica y **tiempo de maduración**.
  - o En las primeras fases se combinan las fuerzas del miedo al cambio, la inercia y la inversión en el status-quo con la dificultad inherente y la complejidad propias de implantar algo nuevo y desconocido.
- ✓ **Fase IV: Implantación total**. Cuando el programa ya se ha integrado en la práctica profesional, en los procedimientos, en la organización, en las políticas, etc. El staff lo aplica, los casos entran al programa de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, etc. Se convierte en una “práctica aceptada”.
  - ✓ **Fase V: Innovación**. Una vez demostrada la capacidad de aplicar el programa con la máxima fidelidad y tras un largo periodo de tiempo, es posible empezar a pensar en la posibilidad de llevar a cabo adaptaciones del programa original.
  - ✓ **Fase VI: Sostenibilidad**. En esta fase, deben ponerse los medios para garantizar la sostenibilidad del nuevo programa y deben afrontarse los cambios derivados de (1) profesionales que pueden cambiar de trabajo, (2) nuevos presupuestos de gastos, (3) aparición de nuevas necesidades, etc.

Algunas consideraciones con respecto a las fases de la implantación:

- ✓ No se debe intentar una evaluación de resultados hasta que se haya maximizado la calidad de la intervención y de la participación y se haya documentado en una evaluación de proceso.
- ✓ Los resultados de los programas basados en la evidencia están positivamente correlacionados con el grado de fidelidad con el programa original y las “reinversiones” se asocian con pobres resultados.
- ✓ La efectividad de la implantación es mayor cuando se dispone de un sistema para monitorizar el progreso de dicha implantación.
- ✓ La implantación es más eficaz cuando en la fase de exploración, las ventajas del cambio son percibidas como más importantes que las desventajas, cuando el staff tiene altas expectativas de los resultados con los usuarios, cuando los resultados que se van a evaluar son demostrables y cuando hay buena relación con el propietario del programa.

### **3.3. Componentes centrales de la implementación:**

#### **A. Selección de los profesionales:**

- La selección de los profesionales incluye la selección de los “profesionales de intervención directa”, los formadores, supervisores, evaluadores, administrativos, y proveedores del programa basado en la evidencia.

- Selección de los “profesionales de atención directa”: además de la titulación, la formación y experiencia....pueden importar llevar a cabo entrevistas personales, respuestas a viñetas, rol-playing, etc. Puede ser importante la respuesta y la receptividad en un breve periodo formativo.
- Un ejemplo: la selección de profesionales para el MST. Se considera importante que tengan una titulación de Máster en Psicología y cierta formación y experiencia en terapia. Pero es más relevante el resultado de varias “entrevistas personales”. En la primera entrevista se evalúa el estilo de interacción con otros, la resolución de problemas, el encaje con la forma de trabajo del MST, etc. En la segunda entrevista se explica el tipo de trabajo (en domicilio, horario flexible) y se exploran las experiencias vitales del profesional. En la tercer entrevista se evalúa, a través del Role-playing como terapeuta, entre otras dimensiones: (1) el enfoque colaborativo y en la fortalezas de la familia, (2) los esfuerzos para superar las imitaciones y barreras de la familia, (3) la habilidad para utilizar un lenguaje basado en el comportamiento, (4) la utilización del pensamiento lógico y (5) la apertura al feedback.
- Otras cuestiones: adaptabilidad a los cambios y a las incertidumbres, estilos de interacción, autoeficacia percibida, adecuación a las metas del programa.....

#### B. Formación de profesionales.

Incluye formación de profesionales de intervención directa, formadores, supervisores, evaluadores de la fidelidad, administradores, etc.

- Una evidencia: la formación en cursos o talleres por sí misma no cambia la conducta del profesional. La formación de los talleres o cursos debe contener tres componentes: (1) conocimientos, (2) observación de la aplicación en casos reales, y (3) oportunidad de aplicar estas técnicas. Los talleres y cursos pueden tener utilidad si se asocian con supervisión y apoyo continuo. Funciona la combinación de formación, práctica supervisada y retroalimentación continua.
- Gran importancia a la formación del staff de “administradores” y del conjunto de la organización.

#### C. Supervisión del Staff de profesionales.

La formación en el conocimiento “formal” debe complementarse con la formación en la habilidad para hacer las cosas. La supervisión (*coach*) incluye: (1) supervisión directa, (2) enseñanza mientras se implica en actividades prácticas, (3) evaluación y feedback y (4) provisión de apoyo emocional.

#### Algunas consideraciones sobre la supervisión:

- La formación y supervisión son un “continuo”. La primera no funciona sin la segunda.
- Una conducta nueva no se aprende, no se aplica, si no se practica con asesoramiento especializado. El asesor ayuda a aplicar en el momento adecuado y de la manera adecuada.
- Una conducta nueva es frágil (*puede dejar de aplicarse*) y tiene que ser “apoyada” durante cierto tiempo por el supervisor externo frente a las reacciones de los usuarios o de otros profesionales. El profesional tiene que estar preparado para saber qué va a ocurrir.
- Una conducta nueva es incompleta y necesita que se le “dé forma” para ser funcional en la práctica concreta.

- Los profesionales que aplican el programa necesitan “apoyo personal y apoyo emocional”. *Los profesionales SON la intervención.*
- Ejemplo del MST: los terapeutas reciben supervisión durante una o dos sesiones de 90 minutos cada semana y los supervisores, a su vez, reciben supervisión individual durante 60 minutos una vez a la semana. En este programa se ha demostrado que la competencia percibida por los terapeutas en el supervisor/a (conocimientos, habilidades en el MAT, disponibilidad para enseñar) está relacionada positivamente con medidas de Adherencia al Programa (fidelidad: TAMS) y con mejores resultados en los jóvenes tratados.

D. Evaluación del profesional y de su fidelidad. La evaluación del staff implica el reconocimiento de que se debe tratar de tener “*buenos profesionales, bien preparados* para hacer un trabajo efectivo”. Tres componentes en la evaluación de la fidelidad:

- Medidas del contexto del programa, es decir, los pre requisitos como el número de casos, el número de profesionales, la ratio profesionales/casos, la ratio de supervisores/profesional, la formación, etc.,
- Medidas de la conformidad, es decir, la utilización de las técnicas prescritas en el programa basado en la evidencia, y
- Medidas de la competencia profesional, es decir, la habilidad que muestra el profesional para ejecutar la técnica que es un componente central del programa.

## UNA CLASIFICACIÓN DE CASOS EN FUNCIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES

La clasificación de casos se basa en la información aportada en las Memorias de cada Servicio y Programa y en el análisis de la información extraída de cada uno de los 196 expedientes revisados de manera pormenorizada. Para realizar la misma se ha tenido en cuenta los siguientes criterios:

### 1. Edad

El servicio de Intervención Precoz atendió a 444 menores en el año 2014 de los cuales el 72% (N=318) eran mayores de 6 años, y el 6% (N=27) menores de entre 0 y 3 años.

De los expedientes revisados de casos llevados por los Psicólogos Comunitarios (N=40) el 73% de los casos tenían más de 6 años, siendo la media de edad de los menores atendidos 11,2 años. Y los niños menores de 4 años el 8% del total.

En el EZIA (Memoria del año 2013) la media de edad de los menores atendidos estaba en 9,7 años en el caso de los chicos y 10,9 años en el caso de las chicas. En la memoria del Programa Trebatu (Haurgazte, 2012) se señala que la franja de edad más representada era la comprendida entre los 10 y 14 años (35,6%; N=72) en las chicas y la de 15 y 18 años (32,8%; N=100) en los chicos. Únicamente el 13,8% de los casos tenían menos de 5 años. En el Programa Bideratu (IZAN, 2013) el 41% de los niños/as atendidos (N=94) tenían más de 12 años y únicamente el 16% menores de 7 años.

Del total de expedientes revisados, el 75% (N=145) tenía más de 6 años, de esos el 44% (N=86) eran mayores de 13 y únicamente el 10% del total era menores de 4 años (N=19). La media de edad del total de casos revisor era de de 10,6 años (Ver Tabla 6.2 del Anexo 6).

- ✓ *A partir de toda esta información se estima que al menos el **70% de los menores atendidos tienen más de 6 años**, que aproximadamente más del 35% es mayor de 10 años y que menos del 10% son menores de 4 años.*



## **2. Tipología y gravedad de la desprotección**

En la memoria del Programa Trebatu (Haurgazte, 2012) se observa que las tipologías de desprotección que aparecen con mayor frecuencia fueron la Negligencia (principalmente hacia necesidades psíquicas en cuanto a “Normas y Límites” (44%) e “Interacción y Afecto” (36,5%), el Maltrato psíquico (“Maltrato Emocional” (35,9%)) y la Incapacidad Parental (17%).

De los 299 menores nuevos atendidos desde los EZIAs en el 2013 las tres tipologías de desprotección que aparecieron con mayor frecuencia fueron el Maltrato Psicológico (31%), la Negligencia (29%) y la Incapacidad Parental (19%).

Desde el Programa Bideratu (IZAN, 2013) las tipologías más frecuentes fueron el Maltrato Psíquico (61%) y el Abuso Sexual y la Negligencia (40%).

En los expedientes revisados se repiten las tres tipologías hasta ahora citadas encontrándose en un 46% la Negligencia hacia necesidades psíquicas, en un 36% el Maltrato Emocional y en el 29% de los casos Incapacidad Parental (ver Tabla 6.3 del Anexo 6)

- ✓ *Se puede concluir que la **Negligencia hacia necesidades psíquicas**, el **Maltrato Emocional** y la **Incapacidad Parental** son las tres tipologías que caracteriza a la mayoría de la población atendida.*

## **3. Presencia de problemas de conducta o emocionales en los menores**

En la Memoria del Programa de Intervención Precoz se señala que en 81% de los menores presenta algún “indicador”, siendo el 84% de ellos un “indicador” de tipo socio-emocional. En la revisión de expedientes (N=196) llevada a cabo se observa que el 98% de los menores presentan algún problema de comportamiento, siendo el 62% de todos ellos, problemas de conducta externalizados (Ver Tabla 6.4 del Anexo 6).

- ✓ *Por tanto, es posible asumir que **más del 80% de los menores presenta algún tipo de problema o dificultad comportamental, relacional y/o emocional** y que los **problemas externalizados son los más frecuentes**.*

## **4. Trastornos psíquicos en los cuidadores**

En la Memoria del Programa Trebatu (Haurgazte, 2012) se señala que en un 14% de los casos se pueden identificar los problemas de salud mental en los padres o cuidadores y que estos problemas serían la causa principal de la situación de desprotección. Se señala también que en un 9% de los casos, los cuidadores presentaban problemas de adicción.

En la revisión de expedientes (N=196) llevada a cabo se observa que en un 28% del total de casos revisados los cuidadores principales presentaban algún trastorno psíquico. En el 12% de todos los expedientes revisados se presenta una situación diagnosticada como Depresión Mayor y en el 8% se señala la presencia de Alcoholismo o Toxicomanías (Ver Tabla 6.5 del Anexo 6)

- ✓ *En función a esta información disponible en los expedientes y las Memorias, se puede considerar que **aproximadamente un 20% de los cuidadores principales presentan dificultades psíquicas** que influyen en su capacidad para cuidar a sus hijos/as.*

## **5. Antigüedad del caso en el sistema**

No se ha encontrado en las Memorias de los programas información explícita sobre la antigüedad de los casos en el sistema. Sí se dispone de información sobre el número de casos atendidos, la cantidad de casos nuevos y de casos cerrados. En general se observa en todos los programas y servicios (1) un aumento del número de casos atendidos cada año y (2) la existencia

de una cantidad importante de casos que no se cierran tras haber transcurrido al menos un año de intervención.

En el periodo de 2010 a 2014 entre un 60% y 70% de los casos atendidos por los Psicólogos Comunitarios y los EZIAS eran casos que ya se encontraban activos al menos durante el año anterior. En este periodo (entre el año 2010 y el año 2014) estos dos Servicios únicamente cerraron entre un 20% y un 38% de todos los casos que atendieron. (Ver Tabla 6.6 del Anexo 6).

En el 50% de los expedientes revisados (N=196), los casos tiene al menos 4 años de antigüedad y el 29% más de 5 años. En el 12% de estos casos (de los expedientes revisados) los niños/as tenían entre 0 y 6 años cuando se realiza la notificación y el 24% de ellos tenían más de 12 años (Ver Tabla 6.7 del Anexo 6).

- ✓ *Las intervenciones tienden a prolongarse en el tiempo. Alrededor de un **70% de los casos se mantienen activos por más de un año.***

---

## GRUPOS DE CASOS

---

Atendiendo a los criterios señalados anteriormente, a la revisión cualitativa de todos los Informes estudiados y a partir de un estudio cualitativo de cada uno de los expedientes estudiados de manera individual, se ha tratado de crear una serie de GRUPOS DE CASOS en base a dos supuestos:

- 1- Los recursos de tratamiento que les pudieran ser más adecuados en el momento actual teniendo en cuenta sus necesidades fundamentales y,
- 2- Los recursos que hubieran necesitado de haberse realizado una intervención en edades más tempranas.

## CLASIFICACIÓN DE CASOS

Menores conviviendo con una Familia							Menores en Acogimiento Residencial	
Prenatal	0-3 años	0-4 años	2-6 años	4-11 años	6-17 años	12-18 años	4-8 años	12-17 años
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8	Grupo 9
Mujeres embarazadas. Niños/as aún no nacidos. Las características personales y el entorno familiar y social de la madre embarazada hacen que haya un MUY ALTO RIESGO de que en un futuro podrían aparecer disfunciones en la relación con el niño/a que desencadenarían en una situación de desprotección.	Cuidadores con niños/as de entre de 0 a 3 años. Puede existir ya una situación de desprotección leve, especialmente en forma de negligencia. En la mayoría, no existe aún una situación evidente de desprotección, pero en los cuidadores y/o el entorno se presentan indicadores de ALTO RIESGO que son predictores de posibles disfunciones en la relación con el niño/a que pueden desencadenar una situación de desprotección (por ejemplo, limitadas habilidades parentales, inmadurez para ejercer el rol parental, tendencia a la pérdida de control de la conducta agresiva, desconocimiento sobre las necesidades de los niños/as, etc.). El objetivo es la intervención preventiva para promover un cuidado parental sensible, centrado en crear y fomentar un vínculo afectivo seguro.	Casos con menores de 0 a 4 años donde se detecta algún tipo de negligencia (física o emocional) y en los que no se aprecia una situación de maltrato físico. Los cuidadores presentan alto nivel de depresión, apatía e inmadurez para ejercer su rol.	Este grupo estaría conformado por todos los casos en los que los padres tienen niños/as de entre 2 y 6 años y en los que hay evidencias de maltrato físico o de alto riesgo para el maltrato físico. En todos estos casos, el maltrato físico es la consecuencia de una incapacidad de los padres para manejar adecuadamente la conducta de los niños/as y para utilizar las técnicas de disciplina adecuadas y no basadas en el uso del castigo físico.	Menores de entre 4 y 11 años con tipologías diversas de desprotección excluyendo el abuso sexual y el maltrato físico en niño/as menores de 6 años. Son todos aquellos casos en los que la situación de desprotección se caracteriza por la presencia de problemas de conducta en los niños/as y la ausencia de competencias parentales para su manejo.	En este grupo se incluirían aquellas familias consideradas multiproblemáticas. Menores entre 6 y 17 años en los que se presenta situaciones de maltrato físico y/o la negligencia. Estos menores podrían presentar trastornos mentales y/o estrés post traumático. Los cuidadores de estos menores pueden presentar diversos tipos de trastornos mentales (únicamente se excluye la presencia de brote psicótico), síntomas de ansiedad y/o depresión, y/o consumo de alcohol y otras sustancias.	Conformarían este grupo los las familias con hijos de entre 12 y 17 años con dificultades importantes de comportamiento y con cuidadores incapaces de controlar la conducta de los menores.	Menores en Acogimiento Residencial de entre 4 a 8 años que presentan dificultades de comportamiento importantes y problemas internalizantes. El objetivo sería llevar a cabo un tratamiento específico de dichos problemas de comportamiento y formar a los educadores en habilidades para abordar de forma apropiada las mismas.	Menores en Acogimiento Residencial que cuentan con cuidadores identificados que podrían beneficiarse de un tratamiento específicamente diseñado para mejorar su capacidad de ejercer el rol parental. El objetivo sería la reagrupación familiar.
<b>Grupo 10</b>	<b>0-16 años</b>	En este grupo se incluirían todos los casos en los que se entiende que la presencia de diversas características en los padres (problemas de salud mental, alcoholismo, toxicomanías, incapacidad para participar en tratamientos grupales, etc.) estaría más indicada una intervención "educativa", más parecida a la intervención que en la actualidad llevan a cabo los/las educadores/as familiares, y que estaría basada en la enseñanza de habilidades parentales, en la cobertura de las necesidades físicas, cognitivas y emocionales de los niños/as y en el manejo de las estrategias básicas de disciplina.						
<b>Grupo 11</b>	<b>3-18 años</b>	Menores de 3 a 18 años que presentan síntomas importantes (pueden ser en algunos casos del tipo de "trastorno de estrés posttraumático) derivados de su experiencia traumática. Se incluyen todo tipo de casos que hayan sufrido negligencia muy severa, maltrato físico, abuso sexual o que han observado graves situaciones de violencia en la familia.						

-

GRAVEDAD

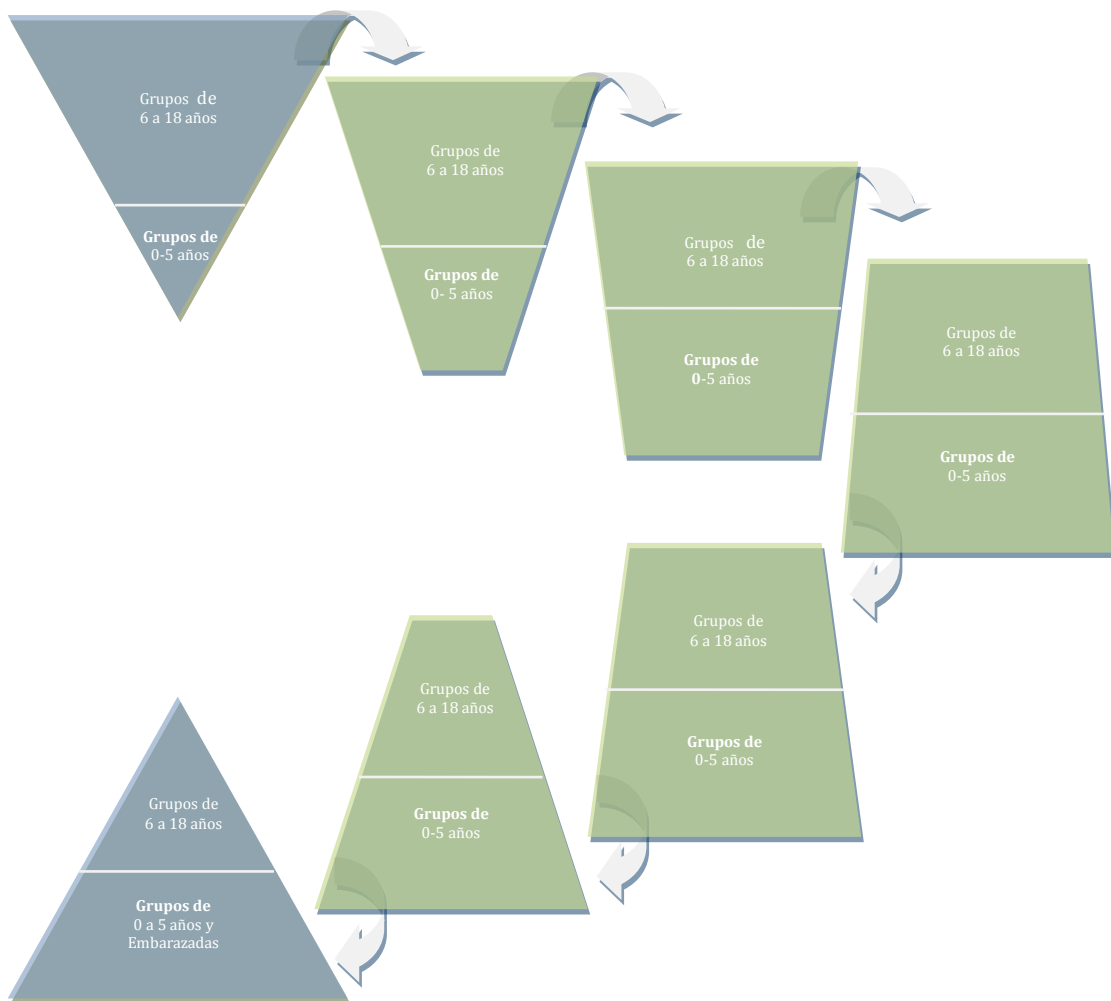
+

## DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ACTUALES

En la actualidad, el porcentaje más importante de casos está formado por familias con niños, niñas y adolescentes de entre 6 y 18 años (grupos 6 y 7) que ya presentan (1) indicadores de desprotección, (2) problemas de tipo emocional y comportamental y (3) serias dificultades de rendimiento escolar, y cuyos padres manifiestan y han manifestado a lo largo del desarrollo del menor serias dificultades para manejar la conducta del menor.

De manera gráfica se podría presentar en forma de **“pirámide invertida”** en la que son muy pocos los casos en los que se interviene en la fase prenatal y perinatal y en los primeros 5 años de vida y predominan los casos en los que los menores tienen más de 10 años.

El objetivo de la implantación de programas de “Intervención Precoz” y de “Programas Basados en la Evidencia” sería el de **“invertir la pirámide invertida”** tratando de que la base de dicha pirámide esté conformada por un número elevado de familias en la fase prenatal o con menores con edades tempranas inferiores a los 6 años.



# DESCRIPCIÓN DE UNA "CARTERA" DE PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA

## NURSE FAMILY PARTNERSHIP (NFP)

### **RESUMEN GENERAL**

El Nurse-Family Partnership (NFP) es un programa de salud comunitaria, basado en la evidencia, que ayuda a transformar la vida de madres embarazadas vulnerables que esperan tener su primer hijo/a. Los orígenes de este programa se sitúan en Elmira, una ciudad del Estado de Nueva York (USA) hace más de 30 años. Su modelo de trabajo está basado en la evidencia obtenida en sucesivas aplicaciones controladas llevadas a cabo posteriormente en otros lugares de USA y que han conseguido demostrar su elevado grado de eficacia. Se han realizado aplicaciones del programa en Canadá, Reino Unido, Noruega y Holanda.

Los principios en los que se fundamenta el Programa están basados en sólidos modelos teóricos que a lo largo de las últimas décadas han demostrado sin ningún género de dudas su solvencia. Los objetivos, las actuaciones y el sistema de evaluación del programa NFP están basados en estos modelos y los profesionales están formados para mantener la fidelidad de sus actuaciones respecto a ellos. El programa NFP se apoya en los siguientes modelos:

- La Teoría del Apego, formulada por John Bowlby
- El Modelo Ecológico-sistémico del desarrollo humano, formulado por Urie Bronfenbrenner
- El Modelo de Autoeficacia personal, formulado por Albert Bandura

### **DESTINATARIOS-POBLACIÓN DIANA**

El programa se focaliza en proporcionar ayuda a madres primerizas menores de 25 años y que tengan, además, algunos otros factores de riesgo:

- Ausencia de pareja
- Bajo nivel de ingresos
- Dependencia hacia los Servicios Sociales
- Bajo nivel formativo
- Ausencia de actividad profesional

Es necesario además que se cumplan los siguientes criterios:

- Participación voluntaria
- Disposición a realizar la intervención en el propio domicilio
- Primera visita domiciliaria antes de la semana 28 de gestación

### **OBJETIVOS**

Los objetivos más importantes del Programa NFP son los siguientes:

1. Mejorar la situación del embarazo ayudando a la madre a incorporar buenas prácticas de salud preventiva que incluyen un mejor cuidado prenatal, una mejora de la dieta, y una reducción en el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.
2. Mejorar la salud y el desarrollo del niño/a ayudando a los padres y madres a proporcionarle un cuidado competente y responsable.

3. Mejorar la auto-suficiencia económica de la familia ayudando a los padres y madres a desarrollar una visión adecuada de su propio futuro, a planificar posteriores embarazos y a continuar su currículum formativo y/o encontrar una actividad laboral.

## **RESULTADOS**

Los programas específicos llevados a cabo siguiendo la metodología del Programa original NFP señalan que se alcanzan bastantes de los objetivos señalados: mejora indicadores de un embarazo saludable, mejora de la salud y del desarrollo del niño/a y aumento de la auto-suficiencia económica de las madres. El que se consigan estos objetivos permite suponer que se produce un impacto positivo medible en las vidas de estos niños/as, sus familias y la comunidad en la que viven. Entre otros, se han observado los siguientes efectos del programa:

- ***Mejoras en el desarrollo del embarazo:***

Se observa una reducción de un 79% en los nacimientos prematuros para aquellas mujeres que fuman y una reducción en los posteriores embarazos de alto-riesgo como consecuencia de haber podido aumentar el intervalo entre el primer embarazo y los siguientes.

- ***Mejoras en la salud y el desarrollo de los niños/as:***

- Reducción de un 39% de lesiones accidentales entre los niños/as.
- Reducción del 50% en retrasos en el lenguaje de los niños/as, evaluado a los 21 meses.
- Reducción del 56% en las visitas a urgencias hospitalarias por accidentes o envenenamientos.
- Reducción del 67% en problemas emocionales o comportamentales, evaluados a la edad de 6 años.

- Reducción del 48% en los casos de desprotección infantil, evaluados a los 15 años de edad.

- Reducción del 59% en la actividad delictiva en los niños/as y adolescentes, evaluada antes de los 15 años.

- ***Mejoras en la vida posterior de las madres y en su autosuficiencia económica:***

- Un 32% menos de embarazos posteriores no planificados
- Aumento del 83% en la participación de las madres en el mercado laboral cuando el niño/a alcanza los 4 años.

- Reducción del 20% en el número de meses que las madres dependen de las ayudas económicas de los servicios sociales.

- Incremento del 46% en la presencia de los padres en el hogar.

- Reducción del 60% de arrestos de la madre por actividad delictiva y del 72% en condenas firmes.

En **Canadá** se ha aplicado el programa desde el Servicio de Salud Pública de la Provincia de Ontario (especialmente en la ciudad de Hamilton). Las primeras aplicaciones llevaron a la conclusión de que el programa NFP requería mínimas adaptaciones para poder ser aplicado en la población canadiense con resultados que se consideraban prometedores. Desde el 2013 se está realizando un ensayo clínico aleatorizado (RCT) para comprobar su efectividad con el objetivo de integrarlo al actual sistema de Salud Pública de Canadá.

En el año 2006 se inició la aplicación piloto del programa en 10 entidad locales y regionales diferentes del **Reino Unido** y desde el 2011 llevan realizando varios RCT en distintas ciudades dirigidas por el Departamento de Salud del Reino Unido. En el año 2011 el Gobierno del Reino Unido se comprometió a ampliar la capacidad de atención del programa de 6.000 hasta 13.000 plazas.

En **Noruega** se llevó a cabo un estudio para analizar la viabilidad y pertinencia de la adaptación e implementación del NFP dentro del Sistema Público de Salud. En este estudio se llega a la conclusión de que era pertinente mantener el servicio existente de atención a madres embarazadas

(universal) y que además era pertinente y necesario añadir el programa NFP para aquellas familias que presentaran situaciones de alto-riesgo.

En **Holanda** se llegó a conclusiones similares, considerando que el NFP podría ser adaptado y aplicado de forma exitosa dentro del Servicio de Salud Público para aquellas mujeres embarazadas en riesgo. Desde el año 2008 se viene aplicando el programa NFP en este país siguiendo los pasos habituales de evaluación de proceso y resultados.

### **Eficiencia económica del Programa NFP**

Los estudios llevados a cabo sobre la eficiencia del Programa NFP en términos de costes y beneficios económicos demuestran que las entidades públicas que financian dicho Programa ahorran a medio y largo plazo más dinero del que invierten.

Los análisis llevados a cabo en el año 2009 por el *Pacific Institute for Research and Evaluation (PIRE)* utilizando datos de la aplicación del Programa NFP en Memphis, señalan que las familias que participan en el programa son menos frecuentemente receptoras y dependientes de ayudas económicas sociales. Se calcula que la reducción de costes en ayudas económicas para el conjunto de las familias participantes en el Programa es cercana al 10%. Además las madres que reciben el Programa NFP disponen de mejores recursos educativos y formativos para ser económicamente autosuficientes que las que no han participado.

En conjunto, el Informe realizado por el PIRE en el año 2009 señala que el ahorro en gastos públicos que proporciona el Programa NFP es del 154% de los costes, es decir, que el Programa NFP consigue un “retorno” del 54% de la inversión realizada por la Administración Pública.

En USA el coste habitual del Programa para cada familia y para cada año es de \$4,500 (en dólares del año 2003) con un rango que oscila entre los \$2,914 y los \$6,463 por familia y año. En el caso del Programa NFP llevado a cabo en Elmira, Nueva York, se pudo constatar que para las familias de más alto-riesgo, la sociedad recuperó el coste invertido en el programa en el momento en que el niño/a alcanzó los cuatro años de edad, con ahorros adicionales a lo largo del resto de la vida de la madre y del niño/a.

En un estudio llevado a cabo por el *Washington State Institute for Public Policy*, el Programa NFP obtuvo las más altas valoraciones en comparación con otros programas de prevención, en términos del “retorno” con respecto a la inversión llevada a cabo. El cálculo de dicho “retorno” establecía una ratio de \$2.88 de beneficio por cada unidad monetaria de coste.

El Informe elaborado en el año 2005 por la *RAND Corporation* señala que el Programa NFP proporciona a la sociedad un beneficio neto de \$34,148 (en dólares de 2003) cuando se seleccionan sólo las familias atendidas que tenían mayor riesgo a la entrada en dicho Programa, con una ratio de ahorro de \$5.70 por cada unidad monetaria invertida

## **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

### ***Duración de la intervención***

Duración aproximada de dos años y medio. Se inicia durante el embarazo (antes de la semana 28) y se prolonga hasta que el niño/a tiene dos años de edad.

### ***Recursos humanos***

Enfermeras Tituladas para realizar visitas domiciliarias y supervisoras.

Una enfermera a “tiempo completo” no debe tener asignadas más de 20 familias “en activo” y una supervisora a “tiempo completo” proporciona supervisión a un máximo de ocho enfermeras.

### ***Tipo de intervención***

Visitas domiciliarias individuales de 60 a 90 minutos de duración.

### **Procedimiento de trabajo**

Las enfermeras, utilizando su conocimiento, sus habilidades y su juicio profesional aplican la Guía de Visitas del Programa, individualizándolas en base a las fortalezas y debilidades de cada familia y tratando de alcanzar la proporción adecuada de tiempo para cada tema de intervención. Los contenidos del Programa son los siguientes:

- Salud personal de la madre (mantenimiento de la salud, nutrición y ejercicio, abuso de sustancias y salud mental)
  - Salud ambiental (hogar, trabajo, centros educativos y vecindario)
  - Desarrollo vital posterior (planificación familiar, educación y modo de vida)
  - Rol materno (conductas de maternaje, cuidados físicos, atención emocional y conductual del niño/a)
  - Amigos y familia (red de relaciones personales, apoyo con el cuidado del niño/a)
  - Servicios sociales y de salud (conectar a las familias con los servicios que necesite)
- ✓ El inicio debe llevarse a cabo a ser posible hacia la semana número 16 del embarazo y no más tarde de la semana número 28.
  - ✓ Una visita a la semana de un mínimo de una hora de duración durante el primer mes de participación.
  - ✓ Una visita cada dos semanas hasta el nacimiento del niño/a.
  - ✓ Una visita a la semana durante el primer mes de vida del niño/a.
  - ✓ Una visita cada dos semanas hasta que el niño/a cumpla 21 meses.
  - ✓ Una visita al mes desde que el niño/a tiene 21 meses hasta que cumpla dos años.

### **CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

Deben ser enfermeras tituladas con formación específica en la Guía de Visitas del Programa.

El número de horas aproximado de formación es el siguiente:

#### ***Para Visitas Domiciliarias:***

- *Unidad 1:* 40 horas de estudio personal
- *Unidad 2:* 25 horas de formación presencial repartidos en 3  $\frac{3}{4}$  días
- *Unidad 3:* aproximadamente 10 horas de formación a distancia

#### ***Para Supervisoras (Adicional a la formación para visitas domiciliarias):***

- *Supervisión Unidad 1:* 10 horas adicionales de estudio.
- *Supervisión Unidad 2:* 1 día adicional de formación.
- *Orientación durante la Semana de Formación de la Unidad 2*
- *Supervisión Unidad 3:* 20 horas adicionales presenciales
- *Supervisión Continua de un Consultor del Programa*
- *Supervisión Anual y Formación de Repaso:* 20 horas presenciales durante 3 días

### **PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA FIDELIDAD**

Con respecto a la eficacia y efectividad de este Programa y los beneficios sociales y económicos que puede reportar. La Oficina del Servicio Nacional del NFP sugiere en todos sus escritos que puede proporcionar cierta garantía de que se alcanzarán los resultados que se han obtenido en las aplicaciones originales del Programa siempre y cuando las acciones del Programa se lleven a cabo de la manera que se especifica en sus Guías y Manuales.

Los responsables de la Oficina del Servicio Nacional del NFP proponen una serie de criterios con los que evaluar dicha "fidelidad". El grado de fidelidad se evalúa a partir de los registros que se



obtienen con la incorporación cotidiana de datos al Sistema de Información Clínica (CIS). Algunos de estos criterios son los siguientes:

- De todas las madres embarazadas elegidas por cumplir los requisitos exigidos, el 75% se incorporan al programa.
- El 100% de las madres embarazadas que se incorporan deben esperar el primer nacimiento.
- El 60% de las madres embarazadas se deben incorporar cuando se cumplen las 16 semanas de embarazo.
- Cada enfermera no puede tener más de 25 casos “en activo” asignados.
- La tasa de abandonos debe ser menor del 10% durante el embarazo.
- El contenido de las sesiones no debe variar de lo estipulado en los Manuales y debe oscilar entre las siguientes cifras:
  - Salud personal: 35%-40%
  - Rol materno: 23%-25%
  - Desarrollo personal, educativo y profesional de la madre: 10%-15%
  - Familiares y amigos: 10%-15%
  - Salud ambiental: 5%-7%
- Se deben cumplimentar la mayoría de los informes de evaluación.

## **COSTES**

<b>APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA NFP</b>				<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN</b>
<i>Duración total de la Intervención:</i>				<i>30 meses</i>
<b>Formación y Supervisión</b>				<b>100.000</b>
Formación de profesionales, documentación y supervisión general a lo largo de los 30 meses (aproximado)				100.000
<b>Costes de Personal</b>				<b>1.347.500</b>
	Neto	Bruto (IRPF 21%+SS)	Brutos Anual	
10 Enfermeras -Intervención (JC)	2.200	3.388	47.432	1.185.800
2 Enfermeras- Supervisoras (1/2 J)	1.100	1.694	23.716	118.580
1 Administrativo (1/2 J)	800	1.232	17.248	43.120
<b>Gestión Empresarial</b>				<b>229.075</b>
	<i>% del coste de personal</i>			
Gastos de absentismo	6%			80.850
Gastos generales de la empresa	6%			80.850
Beneficio industrial	5%			67.375
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>				<b>157.658</b>
<b>Otros</b>				<b>55.000</b>
Materiales inventariable y fungible				15.000
Desplazamientos				30.000
Gastos no previstos				10.000
<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN en euros</b>				<b>1.889.233</b>
<b>COSTE ANUAL en euros</b>				<b>755.693</b>
<b>COSTE TOTAL POR FAMILIA*</b>				<b>9.446</b>
	(con 200 familias)			

\* Asumiendo que cada profesional tendrá a su cargo 20 familias.

---

# SAFE ENVIRONMENT FOR EVERY KID (SEEK)

---

## **RESUMEN GENERAL**

El programa SEEK utiliza la atención pediátrica como una oportunidad para ayudar a prevenir la desprotección infantil en familias que podrían presentar factores de riesgos asociados al maltrato infantil.

La mayoría de los niños visitan frecuentemente al pediatra en los primeros 5 años de vida, generalmente existe una buena relación entre el profesional y los padres ofreciendo una oportunidad para identificar y abordar problemas psicosociales existentes.

En 1975 Haggerty y otros acuñan el término “nueva morbilidad” al cambio que se observaba en la atención pediátrica en EEUU, donde la atención había que dirigirla a dificultades psicosociales que afectaban a muchas familias, como los efectos en los menores del divorcio, abuso de sustancias de los padres y situaciones de negligencia y maltrato. Sin embargo, muchos pediatras no se sentían ni con la capacidad ni con el conocimiento suficiente para abordar dichos problemas.

En este marco surge el programa SEEK creado por el Departamento de Recursos Humanos de Maryland, la Administración de Niños y Familias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Fundación Doris Duke (DDCF), con el objetivo de ayudar a los profesionales a identificar y abordar posibles factores de riesgo asociados al maltrato infantil.

## **DESTINATARIOS-POBLACIÓN DIANA**

Los destinatarios son todas las familias con niños/as entre 0 y 5 años.

## **OBJETIVOS**

Es un programa de prevención primaria, los principales objetivos son:

- Mejorar la atención pediátrica con el fin de abordar problemas psicosociales existentes.
- Preparar a los profesionales de atención pediátrica (pediatras, médicos de familia, enfermeras y asistentes) para identificar, evaluar brevemente y ayudar a abordar factores de riesgo asociados con el maltrato infantil.
- Identificar familiar con factores de riesgo asociados al maltrato infantil y facilitar la ayuda cuando sea necesaria.
- Fortalecer a las familias, apoyar a los padres y promover la salud, el desarrollo y la seguridad de los menores.
- Prevenir la negligencia y el abuso infantil.

El programa tiene el objetivo de detectar y abordar dificultades relacionadas con: (1) Depresión; (2) Abuso de sustancias; (3) Violencia de pareja (IPV); (4) Estrés parental; (5) Alimentación inadecuada; y (5) Castigos severos.

## **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

### *Duración de la intervención*

Se recomienda que el Cuestionario para Padres SEEK sea administrado en varias de las citas regulares en los primeros 5 años. Por ejemplo: a los 2, 9, 15, 24, 36, 48 y 60 meses.

### *Recursos humanos*

- Un profesional que lidere la implementación del SEEK.
- Implicación de todos los profesionales de Salud (pediatras y enfermería pediátrica).
- Tener acceso a la red y a los profesionales de los servicios sociales.

## Tipo de intervención

La intervención se da de forma individual.

## Procedimiento de trabajo

Este programa es llevado a cabo dentro del marco la atención pediátrica primaria. Los componentes principales del SEEK incluyen:

- **Formación de los Profesionales:** es de vital importancia preparar a los profesionales para evaluar y abordar problemas como depresión en los padres. Además de la formación inicial vía online (videos y otros materiales), se ofrece formación continua y supervisión.

- **Entrevista Motivacional (EM):** el programa incorpora los principios de la EM con el objetivo de conseguir la colaboración y la implicación de los padres en la planificación y selección de los recursos.

- **Cuestionario para Padres SEEK (PQ):** el cuestionario es una herramienta breve de screening que completan los padres antes de ver al profesional. Son 15 preguntas, las cuales pueden responderse en unos 2 a 3 minutos, puede ser completada en papel u ordenador. Se encuentra disponible en inglés, español, chino y vietnamita.

- **El Abordaje REEP:**

**Reflejar:** reflejar brevemente aquello que el padre ha compartido en el cuestionario

**Empatizar:** afirmaciones empáticas que ayuden a fortalecer la relación.

**Evaluar:** breve evaluación sobre las características de la situación (problema, recursos, disposición de los padres, posibles dificultades)

**Planificar:** importancia de la EM, es necesario tener el compromiso de los padres para poder planificar posibles intervenciones.

- **Coordinación Multidisciplinar:** Es recomendable que los profesionales de atención primaria trabajen de forma multidisciplinar con otros profesionales con conocimientos de los recursos y a los que se realizarán las derivaciones para abordar las dificultades detectadas. No obstante el programa SEEK está diseñado para que pueda ser aplicado sin importar quién sea el encargado de abordar los problemas identificados.

- **Recomendaciones para Padres:** una página de recomendaciones para cada uno de los problemas identificados, con posibilidad para incluir un listado de recursos locales y de adaptar la información. Es fundamental que los profesionales conozcan los recursos disponibles a fin de poder abordar las dificultades identificadas.

## RESULTADOS

Se han llevado a cabo dos estudios (RCT) importantes. **El primero** con residentes de pediatría en una clínica que trabaja con población de bajos recursos principalmente afroamericana y el **segundo** en 18 clínicas privadas que trabaja principalmente con población de clase media y relativamente de bajo riesgo. Las principales conclusiones de dichos estudios se resumen en:

- **Beneficios para los Profesionales:** en ambos estudios los profesionales demuestran mayor comodidad, un aumento de la competencia percibida y mejoras en la forma de actuar ante las dificultades identificadas como factores de riesgo en el programa.

- **Reducción del Maltrato Infantil:** en el primer estudio se observó una reducción del 31% de casos notificados a servicios sociales en las familias que participaron en el programa en comparación con el grupo control durante un periodo de 30 meses. Esto puede traducirse en que, aproximadamente, en estas aplicaciones del programa SEEK, por cada 17 menores atendidos se hubieran prevenido 1 caso de negligencia o maltrato infantil.

En el **segundo** estudio se reportaron menos casos de castigo físico y de maltrato psicológico en las familias participantes en el programa comparado con el grupo control. Aunque los datos son significativos en relación con el primer estudio el efecto es menor.

- **Poco Tiempo de aplicación:** el programa SEEK no requiere tiempo adicional de aplicación es posible realizarlo dentro de la práctica habitual.

## **CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

Para llevar a cabo el SEEK es necesario una formación especializada en atención pediátrica, tanto de médicos como de enfermeras/os.

No hay un manual para describir cómo aplicar el programa pero si existe una formación, la cual puede hacerse vía online.

**Formación inicial:** 2 a 3 horas.

**Formación continua:** variable en función de las necesidades y los intereses de los profesionales.

En las dos RCT realizan una formación inicial en grupos pequeños de entre 4 a 8 horas de duración llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar compuesto por: pediatras, trabajadores sociales y psicólogos. Posteriormente se llevan a cabo sesiones de formación continua cada 6 meses.

## **COSTES**

<b>APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA SEEK</b>	<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN</b>
<b>Formación y Supervisión</b>	<b>28.750</b>
Formación Inicial (1 día)	8.750
Supervisiones (2 al año)	10.000
Costes de traducción	5.000
Alojamiento y Traslado Formador	5.000
<b>Gestión Empresarial</b>	<b>20.000</b>
Gastos administrativos, contabilidad, local, etc.	20.000
<b>Otros</b>	<b>10.000</b>
Gastos no previstos	10.000
<b>TOTAL ANUAL en euros</b>	<b>58.750</b>

\*A partir de la puesta en marcha se instala como parte del servicio habitual ofrecido.

## **VIDEO FEEDBACK INTERVENTION TO PROMOTE POSITIVE PARENTING AND SENSITIVE DISCIPLINE (VIPP-SD)**

### **RESUMEN GENERAL**

El programa de Intervención con Video-Feedback para promover la Parentalidad Positiva y la Disciplina Sensible (VIPP-SD) es una intervención preventiva que tiene el objetivo de (1) aumentar la sensibilidad y mejorar las estrategias de disciplina de los cuidadores con el objetivo de fomentar una interacción positiva entre cuidadores y sus hijos/as, y (2) prevenir o reducir problemas de comportamiento.

El programa VIPP fue desarrollado por el Centro de Estudios de Niños y la Familia de la Universidad de Leiden (Holanda). Posteriormente, se añadió el componente de Disciplina Sensible, con lo que se desarrolló la versión actual denominada VIPP-SD.

Varias investigaciones han demostrado que la sensibilidad y la disciplina son dos aspectos de la Parentalidad que juegan un rol fundamental en el desarrollo y la continuidad de problemas de comportamiento en los/as niños/as. La combinación de estos dos aspectos es la base del VIPP-SD.

Se basa en los planteamientos teóricos del Apego de Bowlby y Ainsworth y en los principios del Aprendizaje Social de Patterson.

### **DESTINATARIOS-POBLACIÓN DIANA**

Familias con uno o más niños/as de entre 1 y 5 años que se encuentran en riesgo de tener problemas de comportamiento: agresividad, opositorista-desafiante, hiperactividad. Se ha probado la efectividad principalmente con niños de entre 1 y 3 años.

Familias en la que existe riesgo de que (1) no haya una interacción positiva entre cuidadores e hijos/as y (2) familias en las que no se haya desarrollado una relación de apego seguro o existe riesgo de que no se desarrolle dicho tipo de relación.

### **OBJETIVOS**

Se trabaja los siguientes objetivos:

1. Aumentar la capacidad de observación de los cuidadores.
2. Aumentar los conocimientos sobre la crianza y el desarrollo de los niños/as.
3. Aumentar la capacidad de los cuidadores de empatizar con sus hijos/as.
4. Conseguir una conducta parental más efectiva a través de respuestas y disciplinas sensibles.

### **RESULTADOS**

La efectividad del VIPP ha sido demostrada en diferentes países y en distintas poblaciones a través de investigaciones científicas (RCT). Concretamente ha sido aplicado en Holanda, Alemania, Reino Unido, USA, Australia, Finlandia, Portugal, Israel y Kenya.

El modelo VIPP ha demostrado ser eficaz para aumentar la sensibilidad en madres con un apego inseguro y con madres adoptivas. En familias con madres que sufren de trastornos de alimentación el programa ha demostrado que reduce conflictos relacionados con la alimentación.

La efectividad del VIPP-SD ha sido demostrado en un estudio (RCT) donde madres con niños/as de 1 a 3 años mostraron estrategias de disciplina más positivas tras la intervención en comparación con madres del grupo control. También se observó en las madres que recibieron el tratamiento un comportamiento más responsivo y sensible con sus hijos/as, así como la utilización de estrategias más adecuadas de disciplina sensible.

En aquellas familias que han recibido el programa se ha observado una reducción de conductas hiperactivas en niños/as cuyas familias se encontraban sometidas a un nivel de estrés elevado y en familias con problemas de relación de pareja. También se ha visto una reducción de problemas de conducta externalizantes en niños/as que portaban el gen relacionado con el TDAH.

El programa VIPP-SD ha sido reconocido como una intervención probada y efectiva por el Instituto de Juventud Holandés y está registrado en la base de datos de Intervenciones Efectivas.

### **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

#### ***Duración de la intervención:***

El programa consta de 6 visitas de 90 minutos cada una. Las primeras 4 visitas se llevan a cabo una vez al mes y las dos últimas visitas cada dos meses. La intervención tiene, por tanto, una duración total de unos 8 meses.

#### ***Recursos humanos***

Psicólogos/as que realicen visitas domiciliarias.

### **Tipo de intervención:**

La intervención se realiza de forma individual en el domicilio.

### **Procedimiento de trabajo**

El conjunto de la intervención está dividida en tres fases y cada una de las tres fases se compone de dos sesiones. Todas las visitas empiezan con la grabación de la sesión para luego revisar y discutir sobre el video de la sesión anterior.

- **Fase 1 (Sesiones 1 y 2):** se centra en la perspectiva del menor, en la conducta del mismo y en propiciar y reforzar todas las interacciones positivas entre cuidadores e hijos/as. Se hace énfasis en conocer a los cuidadores y en construir una relación positiva con ellos, se realizan con ellos los ejercicios de observar y empatizar con la conducta del menor. Se discuten estrategias alternativas ante comportamientos inadecuados y se fomenta el refuerzo positivo y los cumplidos por conductas adecuadas.
- **Fase 2: (Sesiones 3 y 4):** se enseña cómo y cuándo la conducta positiva de los padres es efectiva. Se discuten cómo estas conductas pueden aplicarse a otras situaciones y se dan estrategias para manejar conductas inadecuadas. Se utilizan técnicas para estimular la capacidad de entender la conducta de los niños/as.
- **Fase 3: (sesiones 5 y 6):** son sesiones de repaso. Las primeras cuatro sesiones tienen su propio tema y estas dos últimas las integran para hacer una revisión global.

## **CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

Es necesario el título de Psicólogo/a, preferentemente con formación clínica.

La formación del VIPP está conformada por niveles del 0 al 5 pudiendo aplicar el programa a partir del nivel 1 y pudiendo ser formador en el nivel 5.

<b>Nivel</b>	<b>Requisitos</b>	<b>Título</b>	<b>Nivel de Experiencia</b>
0	4 días de formación presencial	Sin título, certificado de participación	Conocimiento básico teórico y el método del VIPP-SD
1	Práctica del VIPP-SD con una familia (no clínica) bajo supervisión	"VIPP-SD intervenir"	Capacidad para poner en práctica el VIPP-SD con familias clínicas bajo supervisión
2	Práctica del VIPP-SD con al menos 5 familias bajo supervisión	"VIPP-SD intervenir" Avanzado	Posibilidad de acceder a la formación de Supervisor
3	Co-supervisar al menos 20 casos a VIPP-SD Interveniers del nivel 1 junto con un supervisor o un formador del VIPP	Supervisor del VIPP-SD	Capacidad para supervisar a niveles 1 y 2. Posibilidad de acceder a la formación para ser Co-formador
4	Formulario de aplicación + Entrevista con un Formador Oficial del VIPP-SD	Co-Formador	Capacidad para realizar la formación de 4 días del VIPP-SD junto con un Formador Oficial.
5	Ser Co-Formador al menos 3 veces	Formador del VIPP-SD	Capacidad realizar la formación de 4 días del VIPP-SD y supervisar a los participantes de los niveles inferiores.

## **PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA FIDELIDAD**

A fin de mantener la fidelidad del programa es necesario:

- Realizar 6 visitas siguiendo el manual del programa en casa sesión.
- Asegurar la formación continua y supervisión de los profesionales.

## COSTES

APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA VIPP				COSTE TOTAL INTERVENCIÓN
<b>Formación y Supervisión</b>				<b>26.900</b>
Formación Inicial (4 días)				8.500
Supervisiones (1 al mes)				4.000
Costes de Traducción				11.400
Alojamientos y Traslado Formador				3.000
<b>Costes de Personal</b>				<b>134.750</b>
	Neto	Bruto (IRPF 21%+SS 33%)	Brutos Anual	
5 Terapeutas (1/2 J)	1.250	1.925	26.950	134.750
<b>Gestión Empresarial</b>				<b>22.908</b>
	% del coste de personal			
Gastos de absentismo		6%		8.085
Gastos generales de la empresa		6%		8.085
Beneficio industrial		5%		6.738
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>				<b>15.766</b>
<b>Otros</b>				<b>20.000</b>
Materiales inventariable y fungible				10.000
Desplazamientos				5.000
Gastos no previstos				5.000
<b>COSTE TOTAL ANUAL DE LA INTERVENCIÓN en euros</b>				<b>220.323</b>
<b>COSTE TOTAL POR FAMILIA*</b>				<b>2.203</b>
	(con	100	familias)	

\* Asumiendo que cada profesional tendrá a su cargo 20 familias.

## **CIRCLE OF SECURITY (COS)**

### RESUMEN GENERAL

El Programa COS es una intervención terapéutica y educativa para padres y madres diseñada con el objetivo de cambiar los patrones de interacción inadecuados o de alto riesgo de la diada cuidador-niño/a y convertirlos en patrones de interacción más apropiados.

La intervención se realiza principalmente de forma grupal aunque el protocolo es individualizado para cada diada basándose en la clasificación de apego de cada niño/a y en el modelo de conducta y de trabajo de cada cuidador. El programa proporciona a los cuidadores las habilidades necesarias para comprender el comportamiento de sus hijos/as, así como las herramientas para comprender y regular sus propias respuestas a nivel afectivo, cognitivo y conductual.

The Circle of Security (COS) es creado por Glen Cooper, Kent Hoffman y Bert Powell en 1998. El programa COS es el resultado de la aplicación de una combinación de las teorías del Apego, Familiar-Sistémica y de las Relaciones Objetales.

### DESTINATARIOS-POBLACIÓN DIANA

Madres y padres de niños/as entre 1 y 4 años

## **OBJETIVOS**

Hay una secuencia de 5 objetivos que se pretenden alcanzar con los padres/madres:

1. Crear espacio de contención o de base segura donde cada uno pueda explorar su parentalidad.
2. Proporcionarles un mapa sencillo sobre la Teoría del Apego que el programa denomina "Circle of Security"
3. Ayudar a que los padres y madres desarrollen sus habilidades de observación, especialmente las relacionadas con interpretar y responder a las señales de sus hijos/as.
4. Promover el desarrollo del diálogo reflexivo en el grupo (una habilidad que luego pueden utilizarla internamente). Este proceso es central en la dinámica para el cambio.
5. Apoyar a los padres en el proceso de cambio de un procesamiento defensivo a uno de empatía por sus hijos/as.

## **RESULTADOS**

En un estudio aplicando el programa COS se encontró una disminución significativa de diadas en las que existe "un tipo de apego desorganizado" (35% menos) o "inseguro" (44% menos).

El programa ha sido aplicado con madres que se encontraban en prisión, con resultados muy positivos, el 70% de los menores fueron clasificados con un "apego seguro" al acabar la intervención.

## **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

### *Duración de la intervención:*

La intervención tiene una duración total de 6 meses con una sesión semanal de 75 minutos.

### *Recursos humanos*

Uno o dos Terapeutas: Psicólogos/as con nivel de Máster

### *Tipo de intervención:*

La intervención se realiza principalmente en grupos pequeños de 5 o 6 padres/madres. También puede realizarse de forma individual.

### *Procedimiento de trabajo*

La intervención se divide en las siguientes etapas:

- **Sesión 1 y 2:** Introducción y construcción teórica
- **Sesiones 3 a 8:** Fase 1 de la Revisión de vídeos
- **Sesión 9:** Transición y Continuación de parte teórica
- **Sesiones 10 a 15:** Fase 2 de la Revisión de vídeos
- **Sesiones 16:** Transición y Repaso
- **Sesiones 17 a 19:** Fase 3 de la Revisión de vídeos
- **Sesión 20:** Sesión final

## **CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

Actualmente existen tres certificaciones oficiales del Circle of Security. La primera para evaluar y planificar el tratamiento, la segunda con competencias para realizar el tratamiento COS y la tercera, para ser supervisor del programa COS.

- **Acreditación en Evaluación y Planificación del Tratamiento del COS**
  - 10 días de formación (70 horas)
  - Aprobar un examen de competencias: elaborar dos planes de caso. (Matrícula: 200\$)



- **Acreditación para Aplicar el Tratamiento COS**
  - Estar acreditado en evaluación y planificación del tratamiento COS
  - Realizar supervisión clínica:
    - Intervención de 20 semanas con 2 grupos
    - O realizar 6 intervenciones individuales
  - Supervisión mínima de 50 horas
- **Acreditación como Supervisor del COS**
  - Estar acreditado para aplicar el Tratamiento COS
  - Realizar supervisión sobre las supervisiones
  - Estar aprobado por Glen Cooper, Kent Hoffman y Bert Powell

## **PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA FIDELIDAD**

A fin de mantener la fidelidad cuentan con un Manual de Procedimiento en el que se describen (1) los objetivos específicos, (2) una planificación de la intervención para conseguir cada objetivo y (3) las actividades concretas para cada sesión.

A fin de mantener la fidelidad al programa se recomienda:

- Que todos los participantes reciban las 20 sesiones, en caso de perderse alguna deben realizar sesiones de recuperación.
- Asegurar la participación activa de todos los participantes.
- No se continúa con la intervención si se pierden más de 4 sesiones.

La efectividad del tratamiento se basa en la evaluación del Estilo de Apego de los niños/as (Situación Extraña de Ainsworth, Situación Extraña para Pre-escolares de MacArthur).

## **COSTES**

<b>APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA COS</b>			<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN</b>
<b>Formación y Supervisión</b>			<b>64.200</b>
Formación Inicial (70 horas)			20.400
Supervisiones (50 horas)			10.900
Costes de Traducción			25.400
Alojamientos y Traslado Formador			7.500
<b>Costes de Personal</b>			<b>161.700</b>
	Neto	Bruto (IRPF 21%+SS 33%)	Brutos Anual
3 Terapeutas (JC)	2.500	3.850	53.900
<b>Gestión Empresarial</b>			<b>27.489</b>
	% del coste de personal		
Gastos de absentismo		6%	9.702
Gastos generales de la empresa		6%	9.702
Beneficio industrial		5%	8.085
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>			<b>18.919</b>
<b>Otros</b>			<b>20.000</b>
Materiales inventariable y fungible			10.000
Desplazamientos			5.000
Gastos no previstos			5.000
<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN en euros</b>			<b>292.308</b>
<b>COSTE TOTAL POR FAMILIA*</b>			<b>4.429</b>
	(con	66	familias)

\*Un equipo de 3 terapeutas a Jornada Completa puede realizar un total de 30 intervenciones individuales y 6 intervenciones grupales.

---

## EMOTIONAL AVAILABILITY (EA)

---

### **RESUMEN GENERAL**

Emotional Availability (EA) incluye por una parte, unas Escalas de Evaluación y, por otra, un Programa de Intervención. Ambos centrados en lo que se denomina “**disponibilidad emocional**”.

La escala y el programa se encuentran apoyados por veinte años de investigaciones empíricamente validadas centradas en la comprensión de la calidad de la comunicación y de la conexión entre padres/madres e hijos/as. Está basado en la Teoría del Apego de Bowlby así como en las perspectivas de la emoción de Emde, Mahler, Pine, y Bergman.

### **DESTINATARIOS-POBLACIÓN DIANA**

La intervención de EA se ha realizado principalmente con madres/padres de niños/as entre 0 y 3 años. La escala de EA puede utilizarse con niños/as desde 0 hasta 14 años.

### **OBJETIVOS**

El objetivo principal del programa es reforzar la “Disponibilidad Emocional” en la relación de padres/madres y sus niños/as.

### **RESULTADOS**

Dos estudios realizados en Colorado (USA) indican que la intervención tiene efectividad en la mejora de la calidad general de la disponibilidad emocional así como una disminución del estrés parental y de las percepciones negativas de los niños/as. En los padres también se observa una reducción de los síntomas de estrés y depresión.

La EA se ha medido en diferentes poblaciones encontrando resultados que predicen una serie de resultados positivos en los menores:

- La EA se encuentra significativamente relacionada con el apego seguro de los niños/as tanto con los padres/madres como con cuidadores profesionales.
- Está relacionada con la capacidad de regulación emocional de los niños/as.
- Mayores niveles de sensibilidad predicen mejor regulación del estrés en niños/as altamente inhibidos.
- Una mayor EA en las madres de bebés a los 15 meses predice mejores capacidades expresivas, de lenguaje y la EA del menor a la edad de 2 años.
- Una mejor EA en los niños/as a los 2 años predice la capacidad empática con sus padres y otros adultos a los 4 años.
- En niños/as en edad pre-escolar una mayor EA en la relación con sus cuidadores predicen mayores competencias sociales y menos problemas de agresividad, victimización y de problemas de conducta tanto internalizantes como externalizantes.

### **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

#### *Duración de la intervención:*

La intervención tiene una duración total de 6 semanas con una sesión semanal de 2 horas.

#### *Recursos humanos*

Profesionales de la Psicología preferiblemente con formación o experiencia clínica

#### *Tipo de intervención:*

La Intervención se realiza en grupos de 6 a 10 padres/madres por grupo.

## Procedimiento de trabajo

Todas las sesiones inician con la presentación de una grabación (45 minutos aprox.) en donde se describen las ideas centrales de cada sesión. El resto del tiempo de cada sesión se realiza actividades y discusiones relacionadas con las ideas principales presentadas en la grabación. Para aquellos miembros que se pierden alguna sesión se realizan sesiones de repaso. Una vez iniciados los grupos no se aceptan nuevos miembros a fin de mantener la confidencialidad y la cohesión del grupo.

## **CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

Para obtener la certificación para la Evaluación e Intervención con padres de la EA es necesario:

### **Básico (Aplicación de la Escala EA):**

- 4 días (32 horas) de formación on-line o presencial para la aplicación de la Escala EA.
- Lectura de dos libros del programa

### **Avanzado (Intervención EA):**

Es necesaria la formación básica más:

- 1 día (8 horas) de formación en Intervención con padres y madres.
- Supervisión cada dos semanas para comprobar la fiabilidad y recibir feedback de las sesiones grabadas.

Hay un plazo de un año para completar la formación. Realizar la formación no asegura la acreditación. Es necesario alcanzar los criterios que desde el programa se consideran como “mínimos suficientes” para garantizar la fiabilidad. La acreditación es válida por dos años. Posteriormente es necesario realizar un examen online para renovarla.

## **PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA FIDELIDAD**

Para el control de la fidelidad se realiza una supervisión de todos los profesionales formados y se requiere una renovación de la acreditación cada 2 años.

## **COSTES**

<b>APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA EA</b>				<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN</b>
<b>Formación y Supervisión</b>				<b>40.300</b>
Formación on-line (32 horas)				500
Formación presencial (8 horas)				6.800
Supervisiones (50 horas)				11.800
Costes de Traducción				14.700
Alojamientos y Traslado Formador				6.500
<b>Costes de Personal</b>				<b>53.900</b>
	Neto	Bruto (IRPF 21%+SS 33%)	Brutos Anual	
2 Terapeutas (1/2 J)	1.250	1.925	26.950	53.900
<b>Gestión Empresarial</b>				<b>9.163</b>
	% del coste de personal			
Gastos de absentismo		6%		3.234
Gastos generales de la empresa		6%		3.234
Beneficio industrial		5%		2.695
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>				<b>6.306</b>
<b>Otros</b>				<b>25.000</b>
Material inventariable y fungible				10.000
Gastos no previstos				15.000
<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN en euros</b>				<b>134.669</b>
<b>COSTE TOTAL POR FAMILIA*</b>				<b>1.122</b>
(con 120 familias)				

\*Un equipo de 2 terapeutas a media jornada podría llevar a un máximo de 20 grupos en un año.

---

# SAFECARE (SC)

---

## **RESUMEN GENERAL**

SafeCare es un programa de entrenamiento de padres de niños y niñas que se encuentran en riesgo de experimentar negligencia o maltrato. Es una intervención basada en la evidencia diseñada para promover e informar a los padres de las conductas apropiadas a mantener con sus hijos/as menores de 6 años.

El programa estaba basado en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y es llevado a cabo en el hogar a fin de promover oportunidades naturales para evaluar y entrenar a los padres en las habilidades prácticas.

## **DESTINATARIOS-POBLACIÓN DIANA**

Padres/madres con niños/as de entre 0 a 5 años que presenten factores de riesgo o tengan antecedentes de negligencia o desprotección infantil.

## **OBJETIVOS**

- Reducir futuros incidentes de maltrato infantil
- Aumentar la interacción positiva entre padres/madres e hijos/as
- Mejorar el cuidado que los padres dan a la salud de los niños y niñas
- Mejorar la seguridad en el hogar y la supervisión parental

## **RESULTADOS**

Existen numerosos estudios que documentan el desarrollo y la efectividad del SafeCare. Se han realizado varios estudios (RCT) que arrojan resultados positivos en relación con los servicios habituales:

- Mejora de las habilidades parentales
- Reducción de notificaciones por maltrato infantil
- Reducción de depresión parental
- Aumento de la colaboración y la satisfacción con la intervención

El Instituto de Políticas Públicas del Estado de Washington (WSIPP) calcula que el beneficio por cada dólar invertido en implementación es de 14.65\$. El programa SafeCare está siendo aplicado en Australia, Bielorrusia, Canadá, Israel y Reino Unido.

## **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

### *Duración de la intervención:*

La intervención tiene una duración de 18 a 24 semanas. Una sesión semanal de aproximadamente 60 a 90 minutos.

### *Recursos humanos*

Un “educador familiar” formado en la aplicación del programa SafeCare

### *Tipo de intervención*

Visitas domiciliarias

### *Procedimiento de trabajo*

El programa se divide en tres módulos:

- **Modulo de Interacción:** se centra en dar instrucciones a los padres y madres de conductas concretas para mejorar las habilidades en el manejo del comportamiento del menor.
- **Modulo de Seguridad:** instrucciones que tienen como objetivo reducir el riesgo de accidentes eliminando potenciales peligros y mejorando la supervisión parental
- **Modelo de Salud:** instrucciones para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de la salud a fin de reducir posibles situaciones de negligencia en el cuidado.

No hay un orden determinado para abordar los módulos, dependerá del criterio del profesional en función de las características de cada familia.

### **CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

El programa da mayor énfasis a la formación específica que a la cualificación profesional, aunque si recomiendan una formación universitaria en Psicología, Trabajo Social o Educación Social como mínimo.

#### **Para ser Visitador a Domicilio del SafeCare:**

- 32 horas de formación presencial
- Supervisión de al menos 9 sesiones por un coach certificado

#### **Para ser Coach:**

- Acreditación del SafeCare
- 16 horas adicionales de formación
- Supervisión de al menos 6 sesiones de supervisión por un Formador acreditado

#### **Para ser Formador del SafeCare:**

- Acreditación como Supervisor
- 24 horas de formación
- Supervisión de la formación y apoyo de nuevos visitadores a domicilio por un Formador del Centro Nacional de Formación e Investigación del SafeCare (NSTRC).

### **PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA FIDELIDAD**

A fin de mantener la fidelidad al programa se realizan una serie de evaluaciones al finalizar cada módulo. Cada uno evalúa aproximadamente 25 conductas que deberían ser realizadas durante la sesión (abrir la sesión, observar la conducta del cuidador, dar feedback positivo, etc). Desde la NSTRC (centro desde el que se desarrolla el Programa y se supervisa la formación de profesionales) recomiendan que los profesionales tengan una alta motivación, estén abiertos a nuevos modelos e interesados en utilizar un protocolo estructurado. Resulta de vital importancia que los profesionales estén informados sobre el programa antes que la formación se inicie, deben estar preparados especialmente si el SafeCare es muy diferente de lo que han estado realizando hasta el momento.

### **COSTES**

<b>APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA SAFECARE</b>				<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN</b>
<b>Formación y Supervisión</b>				<b>50.000</b>
Formación de profesionales, documentación y supervisión general (aproximado)				50.000
<b>Costes de Personal</b>				<b>258.720</b>
	Neto	Bruto (IRPF 21%+SS 33%)	Brutos Anual	
6 Educadores Familiares (JC)	2.000	3.080	43.120	258.720
<b>Gestión Empresarial</b>				<b>43.982</b>
	% del coste de personal			
Gastos de absentismo		6%		15.523
Gastos generales de la empresa		6%		15.523
Beneficio industrial		5%		12.936
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>				<b>30.270</b>
<b>Otros</b>				<b>20.000</b>
Materiales inventariable y fungible				10.000
Desplazamientos				5.000
Gastos no previstos				5.000
<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN en euros</b>				<b>402.973</b>
<b>COSTE TOTAL POR FAMILIA</b>				<b>4.198</b>
				(con 96 familias)

\*Se calcula que en el año cada profesional atenderá a 16 familias.

---

# PARENT-CHILD INTERACTION THERAPY (PCIT)

---

## **RESUMEN GENERAL**

La Terapia de Interacción Padre-Hijo (PCIT) es un programa basado en la evidencia centrado en la disminución de los problemas de conducta del niño, la mejora de la calidad de la relación y el cambio de los patrones de interacción entre padres e hijos.

Se desarrolló en 1974 en el laboratorio de Constanza Hanf en Oregon Health Sciences University influenciado por el auge de los programas de entrenamiento de padres y basado principalmente en los Principios del Condicionamiento Operante, la Teoría del Apego, y la Terapia de Juego Tradicional.

La diferencia fundamental de PCIT con otros programas de entrenamiento en habilidades parentales radica en su intervención en vivo a través del juego, donde los terapeutas, mediante un sistema de retroalimentación de audio y observación a través de un espejo unidireccional, dirigen a los padres interactuando con el niño/a, facilitando una adquisición de nuevas habilidades de crianza de una manera correcta y rápida. El programa ha sido implementado con éxito en diversas poblaciones incluidas familias con un historial de maltrato físico y en países distintos como Australia, Alemania, Noruega, Rusia o Taiwan.

## **DESTINATARIOS-PROBLACIÓN DIANA**

PCIT está dirigido a familias con niños/as de edades comprendidas entre los 2 y los 7 años, con dificultades en la relación padre-madre/niño-a y/o con problemas de conducta, pudiendo implementarse tanto con los padres biológicos, adoptivos, de acogida u otros cuidadores. Fue diseñado originalmente para niños con problemas de comportamiento o trastornos de conducta diagnosticados y sus familias, siendo adaptado para su aplicación en el sistema de Protección Infantil para familias con antecedentes de maltrato físico.

## **OBJETIVOS**

Se observan dos bloques diferentes de objetivos que atienden a los componentes clínicos o fases. En la primera fase, el tratamiento se centra en enseñar a los padres a usar la atención selectiva, denominada Interacción Dirigida por el Niño (Child-Directed Interaction, CDI). El segundo componente se denomina Interacción Dirigida por los Padres (Parent-Directed Interaction, PDI) y se centra en estrategias de disciplina.

### **Los objetivos CDI:**

- Construir una relación estrecha entre los padres y sus hijos mediante el uso de estrategias de atención positivas
- Ayudar a los niños a sentirse seguros y tranquilos, fomentando la calidez y la seguridad entre los padres y sus hijos
- Aumentar la capacidad de organización y de juegos infantiles
- Disminuir la frustración y la ira de los niños
- Educar a los padres acerca de las formas de enseñar a los niños sin frustración
- Mejorar la autoestima de los niños
- Mejorar las habilidades sociales de los niños, tales como el intercambio y la cooperación
- Enseñar a los padres a comunicarse con niños pequeños

### **Los objetivos PDI:**

- Enseñar técnicas de disciplina específicas para padres que ayudan a los niños a escuchar y seguir las instrucciones.

- Disminuir las conductas infantiles problemáticas mediante el entrenamiento de los padres a ser consistente y predecible
- Ayudar a los padres a desarrollar confianza en el manejo de las conductas de sus hijos en el hogar y en público.

## **RESULTADOS**

PCIT es un programa basado en la evidencia avalado por al menos 30 estudios clínicos aleatorizados y más de 10 ensayos controlados aleatorios que demuestran su eficacia en el tratamiento de las familias y los niños en situación de riesgo con problemas de conducta. Las investigaciones arrojan los siguientes resultados:

- **Reducción del Riesgo de Maltrato Infantil:** Las investigaciones muestran resultados positivos con las diadas de padres-hijos en las que se da el maltrato físico, incluyéndose también otros tipos de maltrato, como exposición a violencia doméstica
- **Reducción del Maltrato Físico:** En un estudio con 110 familias que presentaban conductas de maltrato físico se encontró que el 81% de las familias participantes en el PCIT no volvieron a registrar conductas de maltrato incluso a los 28 meses de seguimiento.
- **Reducción de los síntomas derivados de la exposición a violencia doméstica:** PCIT ha sido implementado con diadas madre-hijo expuestas a violencia de pareja (IPV) consiguiendo resultados significativos en la reducción de los problemas de conducta de los niños y la ansiedad de las madres.
- **Mejoras en el comportamiento del niño:** Una revisión de 17 estudios que incluyeron a 628 niños que presentaban un trastorno del comportamiento disruptivo, concluyó que la participación en PCIT implicó una reducción significativa de los problemas de conducta infantil. Los efectos positivos se mantuvieron durante un periodo de hasta seis años tras el tratamiento, generalizándose al hogar, al entorno escolar, y a los hermanos no tratados.
- **Mejoras en las habilidades y actitudes de crianza.** Las familias que completan PCIT muestran mejoras en la capacidad de escucha reflexiva, el uso de verbalizaciones prosociales, un menor número de comentarios críticos a sus hijos y muestran actitudes más positivas de crianza.
- **Beneficios para los padres y otros cuidadores.** Se ha examinado la eficacia PCIT tanto con padres adoptivos como biológicos que participan en el programa y ambos grupos presentan disminución de la angustia del cuidador y de los problemas de comportamiento.

Los estudios de seguimiento demuestran que existe mantenimiento de los resultados alcanzados tras la participación en el programa. Además, el PCIT ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de otras cuestiones, como la ansiedad de separación, depresión, conductas autolesivas, y síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

## **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

### *Duración de la intervención*

La intervención puede durar entre 4 a 6 meses. El número de sesiones gira en torno a 14 de media, pero varía entre un mínimo de 10 hasta un máximo de 20. Se recomienda llevar a cabo una o dos sesiones de 1 hora por semana en intervención individual y 1 sesiones de 90 minutos a la semana en intervención grupal.

### *Recursos humanos*

El tratamiento debe ser proporcionado por un profesional de la Psicología, preferentemente con formación especializada en tratamiento.

Se estima que cada profesional puede atender hasta un total de 15-25 casos por semana (con el cómputo de horarios laborales de USA).

### *Tipo de intervención*

PCIT se puede implementar en formato individual o grupal. En la intervención grupal se forman pequeños grupos de 3 o 4 familias.

### *Procedimiento de trabajo*

Se comienza evaluando a través de la observación de la interacción padre-hijo en tres situaciones que varían en el grado de control parental que requieren:

- una situación de juego dirigida por el niño/a, es decir el niño/a elige el juego y qué hacer,
- otra situación dirigida por el padre/madre y
- una situación de recoger la sala de juegos.

Durante la intervención se graban las sesiones con una cámara de video fija colocada en la sala de juegos y además, se utilizan equipamientos técnicos descritos anteriormente para observar, elogiar, moldear y corregir a tiempo real a los padres durante toda la intervención.

El curso típico de tratamiento de PCIT tendría los siguientes pasos:

1. Evaluación pre-tratamiento del funcionamiento de la familia y el niño/a (1 ó 2 sesiones).
2. Enseñar habilidades de terapia de juego conductual (1 sesión).
3. Entrenar habilidades de terapia de juego conductual (de 2 a 4 sesiones).
4. Enseñar técnicas de disciplina (1 sesión).
5. Entrenamiento de técnicas de disciplina (4 a 6 sesiones)
6. Evaluación post-tratamiento del funcionamiento de la familia y el niño/a (1 ó 2 sesiones)
7. Sesiones extraordinarias si son necesarias y seguimiento.

### **CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

Para el entrenamiento Programa se requiere que los profesionales tengan un título mínimo de Graduado en Psicología con especialización que les habilite para intervenir en salud mental infantil. También es necesario tener una formación previa que facilite tener una comprensión profunda de los principios de conducta, terapia cognitivo-conductual y desarrollo evolutivo del niño.

La formación implica: 40 horas de capacitación presencial Supervisión posterior de al menos 6 meses. Se debe llevar a cabo una intervención supervisada con dos casos antes de la práctica independiente. Estas sesiones supervisadas se utilizan para evaluar la fidelidad al modelo y poder obtener la acreditación. La estructura de las sesiones de capacitación siguen las guías de entrenamiento en PCIT, que incluyen presentaciones didácticas, modelado y role-playing.

### **PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA FIDELIDAD**

Las herramientas básicas de fidelidad para los clínicos se incluyen como parte de los protocolos PCIT estándar. También existen medidas de investigación más detalladas de competencia terapéutica para estudiar la adquisición de habilidades y la fidelidad de los equipos que comienzan a formarse.



## COSTES

### APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA PCIT

### COSTE TOTAL INTERVENCIÓN

				<b>67.100</b>
<b>Formación y Supervisión</b>				<b>67.100</b>
Formación Inicial (40 horas)				10.200
Supervisiones				25.000
Costes de Traducción				25.400
Alojamientos y Traslado Formador				6.500
<b>Costes de Personal</b>				<b>258.720</b>
	Neto	Bruto (IRPF 21%+SS 33%)	Brutos Anual	
4 Terapeutas (JC)	3.000	4.620	64.680	258.720
<b>Gestión Empresarial</b>				<b>43.982</b>
	% del coste de personal			
Gastos de absentismo		6%		15.523
Gastos generales de la empresa		6%		15.523
Beneficio industrial		5%		12.936
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>				<b>30.270</b>
<b>Otros</b>				<b>20.000</b>
Materiales inventariable y fungible				10.000
Desplazamientos				5.000
Gastos no previstos				5.000
<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN en euros</b>				<b>420.073</b>
<b>COSTE TOTAL POR FAMILIA</b>	(con	80	familias)	<b>5.251</b>

## THE INCREDIBLE YEARS (IY)

### RESUMEN GENERAL

The Incredible Years fue creado por Carolyn Webster-Stratton en el año 1980. El programa consta de tres series dirigido a padres y madres, a profesores y a niños/as. Está diseñado para promover la competencia emocional y social, y para prevenir, reducir y tratar problemas emocionales y conductuales.

Los programas se pueden utilizar de forma independiente o combinados. Hay versiones tanto para la prevención como para el tratamiento en población de alto riesgo.

Se apoya en las siguientes teorías:

- Proceso Coercitivo de Patterson donde se plantea que el refuerzo negativo desarrolla y mantiene una conducta desadaptativa.
- Modelado y Auto-eficacia de Bandura
- Método de aprendizaje interactivo según etapas del desarrollo de Piaget
- La Teoría del Apego de Bowlby

## **DESTINATARIOS-POBLACIÓN DIANA**

### **Padres y Madres**

Hay cinco programas para padres y madres dependiendo de la edad de sus hijos/as abarcando desde 1 mes hasta los 12 años:

- **BASICO:**
  - Bebés: de 0 a 12 meses
  - Pequeños: 2 a 3 años
  - Pre-escolar: 3 a 6 años
  - Escolar: 6 a 12 años
- **AVANZADO:**
  - 4 a 12 años

### **Niños y Niñas**

Incredible Years cuenta con dos programas para niños/as de entre 3 y 8 años

- Escuela Dinosaurio TRATAMIENTO: niños/as entre 4 a 8 años que presentan problemas conductuales, TDAH y problemas internalizantes.
- Escuela Dinosaurio PREVENCIÓN en el aula: entre 3 a 8 años

### **Profesores**

Existe un programa dirigido a profesores de niños/as entre 3 y 8 años

## **OBJETIVOS**

Los objetivos generales del Programa The Incredible Years son los siguientes:

### **Programa de PADRES-MADRES:**

- Promover la interacción entre padres/madres e hijos/as.
- Construir una relación positiva, mejorando el funcionamiento parental, reemplazando la parentalidad severa por una más enriquecedora.
- Aumentar el apoyo social de los padres y la capacidad para la resolución de conflictos.

### **Programa de NIÑOS/AS:**

- Prevención, reducción y tratamiento de la aparición temprana de problemas emocionales y conductuales.
- Promoción en los niños y niñas de competencias sociales, regulación emocional, atribuciones positivas, habilidades académicas y de resolución de problemas.
- Prevención a largo plazo de trastornos de conducta, fracaso académico, delincuencia, violencia y abuso de drogas.

### **Programa de PROFESORES:**

- Mejorar la relación de profesores-alumnos/as
- Promover habilidades proactivas para el manejo del aula
- Fortalecer la relación entre profesores y padres/madres.

## **RESULTADOS**

### **Programa de PADRES-MADRES:**

Se han realizado doce estudios sobre los programas de padres en USA y varias repeticiones independientes en otros países (Reino Unido, Noruega, Canadá y Nueva Zelanda) con los siguientes resultados:

- Aumento del afecto positivo en los padres y madres (aumenta la capacidad de refuerzo positivo y se reducen las críticas y comentarios negativos)
- Aumento de habilidades efectivas para la puesta de límites y técnicas de disciplina no violentas.
- Reducción de depresión en los padres y madres y aumento de la sensación de autoeficacia.
- Aumento de la comunicación positiva con la familia y de la resolución de conflictos.

- Reducción en la relación con los padres/madres de problemas conductuales en los niños/a, aumento del afecto positivo, de las competencias sociales y la obediencia.
- Beneficios en niños/as con problemas externalizantes
- Mantenimiento de los beneficios después de 2 años de la intervención
- En un seguimiento a los 3 y a los 10 años 2/3 de los niños/as se mantienen en un rango de normalidad.

En el año 2007 se inicia en **Portugal** un estudio por parte de la Universidad de Coímbra para la implementación del Programa de Padres. A partir del 2008 con el apoyo del Instituto de Drogas y Toxicodependencias (IDT) se inicia una investigación para evaluar la eficacia del Programa de Padres con familias de bajos recursos, los resultados fueron positivos. Desde el 2011 se inicia la implementación del Programa de Profesores con resultados prometedores.

Un estudio respaldado por la Fundación de Ciencia y Tecnología (FCT) de Portugal ha evaluado la eficacia del Programa de Padres aplicado a profesionales de centros de **Acogimiento Residencial**, los resultados a corto plazo fueron positivos pero no se mantuvieron en un seguimiento a los 12 meses.

En **USA** se realizó un estudio piloto para aplicar el Programa de Padres en familias de **Acogimiento Familiar** con resultados prometedores.

#### ***Programa de NIÑOS/AS:***

Del programa de tratamiento de niños/as se han realizado 3 RCT en USA y uno en **Noruega**, así mismo se ha realizado una RCT del programa de prevención para niños/as. Todos estos estudios indican que:

- Aumenta la competencia social y emocional de los niños/as en el aula
- Aumentan las habilidades para solucionar problemas
- Reducción de problemas de comportamiento
- Aumento de habilidades académicas y cooperación con los profesores.

#### ***Programa de PROFESORES:***

Tres estudios sobre el programa de profesores señalan los siguientes resultados:

- Aumento de las competencias sociales y emocionales de los niños/as
- Reducción de problemas de comportamiento en el aula de los niños/as
- Aumento en los profesores de habilidades proactivas para el manejo del aula

## **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

### ***Duración de la intervención:***

#### ***Programa para PADRES Y MADRES***

Todas las sesiones son de una frecuencia semanal con una duración de 2 a 2.5 horas.

- **BASICO:**
  - Bebés: 8-9 sesiones
  - Pequeños: 12 sesiones
  - Pre-escolar: 18-20 sesiones
  - Escolar: 12-16 sesiones
- **AVANZADO:**
  - 9-12 sesiones

#### ***Programa para NIÑOS Y NIÑAS***

- Escuela Dinosaurio TRATAMIENTO: 18-20 sesiones frecuencia semanal de dos horas cada sesión.
- Escuela Dinosaurio PREVENCIÓN en el aula: 30-60 sesiones al año dos sesiones a la semana de 30 minutos.

#### ***Programa para PROFESORES***

- 6 sesiones de trabajo de 7 horas cada una con una frecuencia de 3 a 4 meses entre sesiones.

### **Recursos humanos**

Para todos los programas son necesarios dos líderes de grupo formados en el programa específico.

### **Tipo de intervención**

Todas las intervenciones se realizan de forma **GRUPAL**:

#### **Programa para PADRES Y MADRES**

10 a 14 participantes por grupo (50% deben acabar el grupo)

En el Programa Básico para Bebés los padres/madres deben llevarlos al grupo.

#### **Programa para NIÑOS Y NIÑAS**

Escuela Dinosaurio TRATAMIENTO: 5-6 niños/as por grupo

Escuela Dinosaurio PREVENCIÓN en el aula: mínimo de 12 niños/as

#### **Programa para PROFESORES**

Mínimo 10 participantes por grupo

### **Procedimiento de trabajo**

Todas las intervenciones se basan en los principios del modelado a través de vídeos, aprendizaje a través de la observación y la práctica, establecimiento de objetivos individualizados, utilización de técnicas como el refuerzo positivo y el coaching emocional y social.

## **CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

Los líderes de grupo deben ser profesionales con nivel de máster, posgrado o grado en psicología. Es recomendable que tengan conocimientos en desarrollo infantil y sobre la teoría cognitiva del aprendizaje social. Los profesionales deben tener un mínimo de dos años de experiencia trabajando con niños y niñas, padres-madres y/o familias. Deben contar con excelentes habilidades interpersonales, de comunicación, liderazgo, haber participado en actividades grupales y conocer las dinámicas de grupo.

#### **La formación específica incluye:**

- 3 a 5 días de formación presencial (máximo 25 personas por grupo)

#### **Para la acreditación es necesario:**

- Realizar la formación presencial para ser líder de grupo
- Llevar al menos dos grupos siguiendo los criterios del programa
- Asistir a supervisiones con mentores/formadores del programa, lo cual incluye enseñar videos de sesiones.
- Recibir la revisión satisfactoria de un vídeo por parte de un mentor/formador del programa.

## **PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA FIDELIDAD**

El protocolo de supervisión incluye:

- Reuniones de apoyo con el co-líder de grupo para revisar sesiones utilizando el *checklists* de evaluación ("*peer and self-evaluation checklists*")
- Supervisión mensual vía teléfono o skype
- Feedback de vídeos a mitad de grupo
- Supervisiones presenciales con otros líderes de grupo para compartir vídeos de sesiones.

Los protocolos para mantener la fidelidad al programa incluyen:

- Evaluación de cada participante (semanal y al final de la intervención)
- *Checklists* de cada sesión revisada por el líder del grupo
- Formularios de revisión de sesiones, auto evaluaciones y evaluaciones del co-líder de grupo y del formador.

## COSTES

### APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA IV

### COSTE TOTAL INTERVENCIÓN

<b>Formación y Supervisión</b>				<b>80.000</b>
Formación Grupo para Padres				
Formación Grupo Tratamiento para Niños/as				
Supervisiones				80.000
Costes de Traducción				
Alojamientos y Traslados Formador				
<b>Costes de Personal</b>				<b>539.000</b>
	Neto	Bruto (IRPF 21%+SS 33%)	Brutos Anual	
6 Equipo Líderes de Grupo-Padres (EJC)*	2.500	3.850	53.900	323.400
4 Equipo Líderes de Grupo-Niños (EJC)	2.500	3.850	53.900	215.600
<b>Gestión Empresarial</b>				<b>91.630</b>
	% del coste de personal			
Gastos de absentismo		6%		32.340
Gastos generales de la empresa		6%		32.340
Beneficio industrial		5%		26.950
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>				<b>63.063</b>
<b>Otros</b>				<b>30.000</b>
Materiales inventariable y fungible				10.000
Materiales para sesiones				10.000
Desplazamientos				5.000
Gastos no previstos				5.000
<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN en euros</b>				<b>803.693</b>
<b>COSTE TOTAL POR FAMILIA</b> (con 96 familias)				<b>8.372</b>

\* Cada equipo de líderes debe estar conformado por mínimo 2 profesionales

### APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA IV-Profesores

### COSTE TOTAL INTERVENCIÓN

<b>Formación y Supervisión</b>				<b>20.000</b>
Formación Grupo Profesores				
Supervisiones				20.000
<b>Costes de Personal</b>				<b>53.900</b>
	Neto	Bruto (IRPF 21%+SS 33%)	Brutos Anual	
1 Equipo Líderes de Grupo-Profesores (EJC)*	2.500	3.850	53.900	53.900
<b>Gestión Empresarial</b>				<b>9.163</b>
	% del coste de personal			
Gastos de absentismo		6%		3.234
Gastos generales de la empresa		6%		3.234
Beneficio industrial		5%		2.695
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>				<b>6.306</b>
<b>Otros</b>				<b>30.000</b>
Materiales inventariable y fungible				10.000
Materiales para sesiones				10.000
Desplazamientos				5.000
Gastos no previstos				5.000
<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN en euros</b>				<b>119.369</b>

\* Un equipo de líderes de grupo para profesores a JC podría llevar 30 grupos al año, dando un total de 450 profesores

---

# TREATMENT FOSTER CARE OREGON (TFCO)

---

## **RESUMEN GENERAL**

El programa Treatment Foster Care Oregon (TFCO), anteriormente conocido como el Multidimensional Treatment Foster Care, es una alternativa al acogimiento residencial, el internamiento y/u hospitalización de niños/as y adolescentes con conducta antisocial crónica, trastornos emocionales y/o antecedentes delictivos.

Se divide en tres versiones en función de las edades de los menores: Pre-escolar (TFCO-P), Niños y Niñas (TFCO-C) y Adolescentes (TFCO-A). Las tres versiones de los programas comparten los mismos elementos y objetivos diferenciándose únicamente en la adaptación de ciertos materiales al nivel de desarrollo correspondiente.

El Programa pretende crear oportunidades para que los menores puedan vivir en un ambiente familiar (familia de acogida) en vez de en contextos institucionalizados a la vez que prepara a la familia de origen (o familia asignada a largo plazo) con técnicas efectivas de parentalidad. El programa incluye entrenamiento en el manejo de la conducta y apoyo a los padres de acogida, terapia familiar para la familia biológica y entrenamiento en habilidades y terapia de conducta y apoyo académico a los menores.

El modelo del Programa fue establecido por Patricia Chamberlain en 1983, basándose en la Teoría y Principios del Aprendizaje Social de Patterson y Reid. Ha sido desarrollado en USA y actualmente se aplica en el Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Holanda y Nueva Zelanda.

El TFCO ha sido expandido y adaptado a los diferentes servicios públicos que atienden a niños/as y adolescentes (justicia juvenil, salud mental y servicios sociales).

## **DESTINATARIOS-POBLACIÓN DIANA**

El TFCO tiene versiones para atender a niños, niñas y adolescentes de entre 3 a 18 años:

- **TFCO-P:** niños y niñas entre 3 y 6 años que exhiben un alto nivel de conducta disruptiva y/o antisocial, que no pueden ser atendidos desde los servicios habituales o que están considerados para un tratamiento en acogimiento residencial.
- **TFCO-C** (7 a 11 años) y **TFCO-A** (12 A 18 años): niños/as y adolescentes con antecedentes de delincuencia, trastornos emociones y/o conductuales severos que deben ser ubicados en acogimiento residencial y que no pueden ser atendidos adecuadamente desde otros servicios del sistema.

## **OBJETIVOS**

Los objetivos generales del **TFCO** son:

- Eliminar o reducir los problemas conductuales en los niños/as y adolescentes
- Aumentar conductas normativas y prosociales apropiadas al nivel evolutivo de los menores
- Promover la transición de los menores a su familia de origen, familias adoptivas o a niveles inferiores de recursos de acogida.
- Promover relaciones con grupos de iguales más apropiados.
- Mejorar la interacción y la comunicación en la relación padres/madres e hijos/as
- Mejorar las habilidades sociales y de adaptación de los menores.

## **RESULTADOS**

Se han realizado varios estudios con chicos y chicas encontrando un efecto significativo del programa en relación al grupo control.

En chicos los efectos han sido:

- A los 12 meses una reducción del 60% en el número de días en los casos de encarcelamiento.
- Menores arrestos posteriores a los 12 meses de intervención.
- Menor consumo de drogas a los 12 y 18 meses de intervención y reducción del consumo de tabaco y marihuana a los 18 meses de post-intervención.
- Menos denuncias por violencia (21% en el grupo de tratamiento vs. 38% en el grupo control) tras dos años de la intervención.
- Reducción de incidentes violentos (10,5 incidentes en el grupo tratamiento vs. 32,6 incidentes en el grupo control) tras dos años de intervención.
- Tres veces menos casos de abandono del tratamiento.

En las chicas se han encontrado los siguientes resultados:

- Reducción de los días de reclusión, menor número de denuncias y mayor cumplimiento de las tareas a los 12 meses de post-intervención
- Mantenimiento de la reducción de días de reclusión y del número de denuncias a los 24 meses.
- Probabilidad 2.44 veces superior de embarazos en chicas del grupo control a los 24 meses de intervención.

En estudios con población pre-escolar se ha encontrado que en aquellos que participaron de la intervención se podía predecir un cambio positivo significativo a lo largo del tiempo en cuanto a comportamiento antisocial.

En todos los casos se ha encontrado que (1) las habilidades de la familia para controlar la conducta y (2) la relación del menor con grupos de iguales con antecedentes delictivos son mediadores en los efectos del tratamiento y en la posibilidad posterior de comportamiento antisocial.

Se ahorra aproximadamente 21.8\$ por cada participante en el programa. Añadiendo los beneficios que se acumulan por las víctimas de los crímenes aumenta el valor a 87.6\$ por participante, lo que equivale a una ratio de coste-beneficio de 47,7\$ por cada dólar invertido.

## **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

### *Duración de la intervención:*

La intervención global tiene una duración de entre 6 a 9 meses.

### *Recursos humanos*

El equipo recomendado para llevar hasta 10 familias (1 menor por familia de acogida) es:

- 1 Supervisor del programa
- 1 Terapeuta para Terapia Familiar e Individual
- 1 Captador/Formador de Familias y encargado de los Contactos Diarios con Padres/Madres
- 1 Entrenador en Habilidades- Líder de grupo

### *Tipo de intervención:*

Intervenciones individuales y grupales en función de:

Familias de Acogida: siete contactos telefónicos a la semana, una sesión grupal de 2 horas semanales y contactos telefónicos adicionales en función de la cantidad de apoyo necesario.

Menores en tratamiento: 2 contactos a la semana, uno para una sesión de dos horas de grupo terapéutico y otro para una sesión de dos horas de entrenamiento de habilidades.

Familia biológica o Recurso a largo plazo: una sesión de una hora a la semana de entrenamiento de habilidades.

### *Procedimiento de trabajo*

Los componentes esenciales de todas las versiones del TFCO incluyen:

- **Cuatro mecanismos claves:**

1. Enfoque proactivo para reducir problemas de comportamientos
2. Creación y mantenimiento de un ambiente constante, predecible y de refuerzo para los menores
3. Clara división de funciones de los profesionales. Se trabaja desde un enfoque de equipo centrado en apoyar a los padres de acogida y en el trabajo con los menores.
4. Ayudar a los menores a evitar que participen en grupos de iguales con conductas disruptivas apoyando y dando asistencia a los menores para establecer relaciones prosociales con nuevos grupos de iguales

- **Otros componentes:**

- Las familias de acogidas son entrenadas en el programa TFCO antes de recibir a un menor
- Un menor por familia, pudiendo ubicarse juntos a los hermanos en función de los síntomas.
- Las familias de acogidas son miembros del equipo
- El hogar de acogida es visto como el espacio clínico primario.
- Los síntomas de los menores son tratados como déficits en habilidades
- El alto nivel de refuerzo es equilibrado con un sistema justo y constante de límites
- Los menores son supervisados de cerca
- Se enseña a los adultos a responder ante las señales de los menores
- Se administra el Reporte Diario de Padres de lunes a viernes a través de llamadas de 10 minutos
- Las familias de acogida tienen acceso al Consultor FP y al Supervisor del programa las 24 horas del día, los 7 días a la semana

## **CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

**Supervisor del programa:** Debe contar con una formación especializada en Psicología Clínica y considerable experiencia en tratamientos psicológicos basados en la terapia de conducta. Debe contar con habilidades de supervisión, de organización y una actitud positiva hacia este modelo de intervención. El profesional debe estar disponible en todo momento para las familias de acogida y los profesionales miembros del equipo.

**Consultor-Reclutador-Formador de Familias de acogida:** No es necesaria una formación formal de postgrado aunque es indispensable que este profesional tenga buen conocimiento acerca de familias acogedoras y una clara comprensión del modelo del programa. Es altamente recomendable que tenga experiencia como padre/madre de acogida o como padre/madre adoptivo.

**Terapeuta Familiar:** Formación especializada en Psicología Clínica y se recomienda que posea conocimiento de técnicas en entrenamiento de conductas parentales.

**Líder de Grupo:** Graduados en psicología o similar. Es el responsable de organizar, preparar y ejecutar el contenido de las actividades de grupo. Es así mismo responsable de liderar las sesiones y de realizar entrenamiento de habilidades de forma individual con los menores.

**Entrenador de habilidades:** Graduado en psicología o similar. Esta actividad se realiza en diferentes sitios por lo que debe tenerse en cuenta un presupuesto para desplazamientos y gastos asociados. Dos entrenadores de habilidades serán apoyo en las actividades de grupo.



**Contacto con los Padres/Madres de Acogida:** esta importante función debe ser llevada a cabo por alguien que entienda claramente el modelo del tratamiento y con experiencia en actividades con familias de acogida. Altamente recomendable alguien con experiencia como padre/madre de acogida.

**Familia de Acogida:** no es necesaria una formación especial para ser padres/madres de acogida. Sin embargo, es indispensable que sean formados en el programa, deben tener conocimiento básico del desarrollo evolutivo y sobre las características de los menores que van a acogimiento. Recomendable personas con buen sentido del humor y con capacidad para no tomarse de manera personal los comportamientos de los menores.

**Psiquiatra consultor:** para los menores del programa que necesiten medicación.

**La formación básica** en el programa consiste en 5 días de entrenamiento (40 horas).

### **PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA FIDELIDAD**

Para asegurar la fiabilidad del programa TFCO es necesario conseguir la acreditación para la aplicación del mismo. Esta acreditación no se consigue por profesionales sino por empresa/asociación que desea poner en marcha el programa. Para poder optar a la misma es indispensable cumplir con dos requisitos básicos:

- Tener un mínimo de 12 meses de experiencia llevando a cabo el programa.
- Y un mínimo de 7 menores deben haber completado el programa de forma exitosa con una tasa de éxito global del 66% (*Criterio 1*).

A demás de estos dos criterios básicos para acreditarse es necesario cumplir con al menos 5 de los 6 criterios restantes:

- *Criterio 2: Componentes de la terapia:* los participantes reciben un mínimo del 70% de los servicios de terapia y no más de una sesión por semana.
- *Criterio 3: Componentes de conducta:* presentar los registros de conducta del programa, donde se deben cumplir los criterios mínimos y máximos del programa.
- *Criterio 4: Reuniones con Familias de Acogida:* mínimo de 8 reuniones previas a la intervención, asistencia al 70% de las reuniones de todas las familias (enviar 3 vídeos de reuniones consecutivas).
- *Criterio 5: Reuniones clínicas del equipo:* mínimo de 8 reuniones previas a la intervención, asistencia al 70% de las reuniones de todos los profesionales (enviar 3 vídeos de reuniones consecutivas).
- *Criterio 6: Programación del equipo:* descripción de trabajo y estructura de supervisión. Mínimo de 70% de adherencia a la estructura recomendada.
- *Criterio 7: Formación:* Enviar el plan de formación continuada incluyendo un resumen de las nuevas incorporaciones y el modelo de formación planeado.

El programa cuenta con una red de consultores con la función de evaluar la capacidad de la empresa para solicitar la acreditación y dar sugerencias para mejorar aquellos aspectos que no se adhieran al modelo del programa.

La acreditación inicial es válida por el periodo de un año, tras lo cual es necesario renovar la misma pudiendo hacerlo por periodos de tres años siempre y cuando se presente un acuerdo contractual con los consultores del TFCO.

## COSTES

### APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA TFCO\*

### COSTE TOTAL INTERVENCIÓN

<b>Formación y Supervisión</b>				<b>40.000</b>
Formación de profesionales, documentación y supervisión general (aproximado)				40.000
<b>Costes de Personal</b>				<b>204.820</b>
	Neto	Bruto (IRPF 21%+SS 33%)	Brutos Anual	
1 Supervisor (EJC)	2.500	3.850	53.900	53.900
1 Terapeuta Familiar (EJC)	2.500	3.850	53.900	53.900
1 Líder de Grupo (EJC)	2.500	3.850	53.900	53.900
1 Reclutadores (EJC)	2.000	3.080	43.120	43.120
<b>Gestión Empresarial</b>				<b>34.819</b>
	% del coste de personal			
Gastos de absentismo		6%		12.289
Gastos generales de la empresa		6%		12.289
Beneficio industrial		5%		10.241
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>				<b>23.964</b>
<b>Otros</b>				<b>270.000</b>
Costes de Familias de Acogidas				220.000
Gastos generales				50.000
<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN en euros</b>				<b>573.603</b>
<b>COSTE TOTAL POR MENOR</b>				<b>57.360</b>
	(con 10 familias)			

\*Este presupuesto se basa en el elaborado por Blueprints for Health Development:  
<http://www.blueprintsprograms.com/program-costs/treatment-foster-care-oregon>

## MULTISYSTEMIC THERAPY (MST)

### RESUMEN GENERAL

Multisystemic Therapy (MST) es un tratamiento familiar intensivo basado en la evidencia para jóvenes con conductas delictivas y posible abuso de sustancias. El objetivo principal del MST es disminuir la conducta delictiva y el acogimiento residencial. El MST incluye:

- Integración de tratamientos empíricamente validados para abordar una amplia gama de factores de riesgos asociados diferentes contextos: familia, iguales, colegio y la comunidad.
- Promover el cambio de los jóvenes en su contexto habitual con la meta principal de empoderar a los cuidadores.
- Mecanismos de calidad rigurosos que se centran en asegurar los resultados manteniendo la fidelidad al tratamiento y desarrollando estrategias para superar las barreras en la modificación del comportamiento.

El MST tiene su origen en los años 70 en la Universidad de Virginia (USA) de la mano del Dr. Scott Henggeler. En el año 1996 se crea el Centro de Servicios del MST, una organización con licencia para la diseminación del MST, el cual ofrece asistencia integral para la implantación y el desarrollo

del programa. Actualmente el MST es llevado a cabo en 34 estados de USA, en Australia, Canadá, Reino Unido, Bélgica, Holanda, Dinamarca, Suiza, Suecia, Nueva Zelanda, Islandia y Chile.

El programa está basado en el modelo conductual social-ecológico, según esta perspectiva el comportamiento está determinado por la interacción de la persona con su ecología social incluyendo a la familia, los iguales, vecinos y demás contextos sociales. Las intervenciones del MST están diseñadas para identificar y actuar sobre los factores protectores y de riesgo en dichos contextos.

### **DESTINATARIOS-POBLACIÓN DIANA**

Jóvenes de entre 12 y 17 años de ambos sexos.

Problemas de comportamiento graves que pueden llegar a ser de carácter delictivo y que pueden incluir:

- Agresión física y/o verbal
- Consumo de drogas y/o consumo de alcohol
- Comportamiento delictivo:
  - Delitos contra la propiedad,
  - Delitos contra la integridad física y psicológica de las personas,
  - otros delitos.
- Fuera del sistema escolar o en riesgo de deserción escolar, debido a problemas de conducta o a deserción.

Criterios de exclusión:

- Que los jóvenes vivan de forma independiente, o
- Que el cuidador principal no pueda ser identificado pese a los esfuerzos para localizar a todos los familiares, amigos y otros adultos cuidadores que podrían ser potenciales adultos responsables.
- Los jóvenes que presentan principalmente comportamientos suicidas, homicidas o trastornos psicóticos. Implica a jóvenes cuyo principal motivo de derivación refiera justamente a problemas psiquiátricos, o que tienen problemas psiquiátricos graves.
- Adolescentes que han cometido delitos de tipo sexual (en ausencia de otro comportamiento delictual).
- Los jóvenes con retraso generalizado del desarrollo.

En general, las exclusiones aluden a problemas que no responde a intervenciones psicológicas ambulatorias, aunque sean tan intensivas como MST.

### **OBJETIVOS**

Los objetivos generales del MST son:

- Eliminar o reducir significativamente la frecuencia y la severidad de las conductas problemáticas de los jóvenes.
- Empoderar a los padres con las habilidades y recursos necesarios para:
  - Abordar de forma independiente las dificultades inevitables que surgen en la crianza de adolescentes.
  - Capacitar a los jóvenes para afrontar los problemas con familiares, iguales, en el colegio y la comunidad.

### **RESULTADOS**

El programa MST lleva más de 30 años de investigación demostrando de forma consistente unos resultados positivos con jóvenes con antecedentes delictivos. Se han llevado a cabo numerosos estudios rigurosos que prueban la fiabilidad y efectividad del programa. Se han encontrado resultados positivos maltrato infantil, abuso de sustancias, problemas emocionales severos y condiciones crónicas de salud.

Los principales resultados muestran:

- Reducción a largo plazo de reincidencia desde un 25% hasta un 70%.
- Reducción de la ubicación fuera del hogar entre un 47 y un 64%
- Mejor funcionamiento familiar
- Reducción del abuso de sustancias
- Menos problemas de salud mental en los jóvenes.

Estudios demuestran que el MST mantiene los resultados a largo plazo:

- Un estudio de seguimiento a los 14 años muestra que los jóvenes que participaron en el MST tienen:
  - Un 54% menos de reincidencia
  - Un 57% menos de días de internamiento en prisión
  - Un 64% menos de arrestos relacionados con las drogas
  - Un 43% menos de días de libertad condicional
- Un seguimiento a los 22 años comprueba que aquellos que recibieron la intervención del MST tuvieron:
  - Un 36% menos arrestos por delitos graves
  - Un 75% menos de arrestos por asaltos violentos
  - Un 33% menos de ingresos en prisión de adultos
  - Un 38% menos de inestabilidad familiar (divorcio, paternidad, desprotección infantil)

MST ha demostrado la importancia de la adherencia al tratamiento a través de 45 estudios con más de 2000 familias, 450 terapeutas y 80 supervisores, concluyendo que:

- Una alta adherencia de los terapeutas al programa original reduce el número de delitos de los jóvenes en un 36% a los 2,3 años del tratamiento.
- Una alta adherencia de los supervisores al programa original puede reducir el número de arrestos juveniles en un 53% a los 2,3 años de la intervención.

Investigaciones europeas y norteamericanas han demostrado la capacidad del MST de ser efectivo para el tratamiento de jóvenes con conducta antisocial grave y sus familias. Las intervenciones del MST muestran altos niveles de implicación familiar y cambios en el tipo de funcionamiento familiar (por ejemplo, estilo parental positivo, supervisión, control) que son mediadores claves del cambio terapéutico.

Las investigaciones también demuestran la importancia crucial que tiene la adherencia del terapeuta a los principios de tratamiento del MST para lograr resultados favorables en los jóvenes. Cuando la fidelidad es alta, se aumentan las probabilidades de éxito del tratamiento.

En base a los cálculos del Instituto de Políticas Públicas del Estado de Washington (WSIPP) del año 2001, el coste aproximado por participante es de alrededor de 4.743\$. Se ahorra aproximadamente 31.661\$ por cada participante en el programa. Añadiendo los beneficios que se acumulan por las víctimas de los crímenes aumenta el valor 131.918\$ por participante, lo que equivale a una ratio de coste-beneficio de 28.33\$ por cada dólar invertido.

## **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

### *Duración de la intervención:*

La duración recomendada es de 3 a 5 meses.

La intensidad varía en función de las necesidades de los jóvenes y sus familias. Al inicio del tratamiento los terapeutas pueden necesitar sesiones con las familias varias veces por semana y luego ir disminuyendo la frecuencia.

### *Recursos humanos:*

Un equipo de 2 a 4 terapeutas formados en el programa. Un terapeuta lleva un máximo de 5/ 6 familias.

Un Supervisor para un máximo de 2 equipos de terapeutas al menos a 50% de jornada

### *Tipo de intervención:*

Individual (presencial y contacto telefónico) y Grupal.

### Procedimiento de trabajo:

#### Contexto de Intervención:

- Las intervenciones se llevan a cabo tanto en el hogar, el colegio y sitios donde frecuentan los jóvenes. Para la selección del lugar y la hora se tiene en cuenta la disponibilidad de las familias.
- La intensidad es elevada, desde intervenciones diarias a semanales en función de las características de las familias.
- Las familias tienen a su disposición un teléfono de servicio clínico que funciona las 24 horas los 7 días de la semana.

#### Aplicación de la Intervención:

Las intervenciones se desarrollan utilizando un modelo analítico que guía a los terapeutas para evaluar los factores que determinan los problemas clínicos claves y que ayudan a diseñar las intervenciones en función de dichos factores.

Las sesiones de terapia inicial se utilizan para identificar las fortalezas y aspectos a mejorar de los adolescentes, la familia y de los sistemas de interacción extrafamiliar (iguales, amigos, colegio, etc.). Los problemas identificados por los miembros de la familia y los terapeutas son concretados explícitamente para el cambio utilizando las fortalezas de cada sistema a fin de facilitarlos.

Las técnicas de tratamiento utilizadas derivan de estrategias validadas como la Terapia Familiar Estratégica, la Terapia Familiar Estructural, Entrenamiento Conductual En la Familia, las intervenciones se centran en:

- Remover barreras que impiden una conducta parental efectiva: abuso de sustancias, presencia de psicopatología, bajo apoyo social, alto nivel de estrés, conflictos de pareja, etc.
- Mejorar las competencias parentales
- Promover la comunicación y el afecto entre los miembros de la familia.

Las intervenciones incluyen observación sistemática, sistema de refuerzos y disciplina, formas de solución de problemas y estrategias para el desarrollo de una red social de apoyo.

En el Grupo de Iguales, las intervenciones frecuentemente están diseñadas para disminuir la asociación con otros que presenten conducta antisocial y abuso de sustancias, a la par que aumentar la asociación con iguales de conducta prosocial.

Las intervenciones en el Colegio se centran en establecer una vía de comunicación apropiada entre padres y profesores, en una supervisión adecuada por parte de los padres de la evolución de los jóvenes en el colegio y en reestructurar las horas extraescolares a fin de brindar un apoyo académico apropiado.

Las intervenciones con el adolescente se basan en la terapia cognitivo conductual centrándose en la modificación de la perspectiva social, distorsiones cognitivas, sistema de creencias y de motivaciones, así como en reforzar la capacidad de los jóvenes para manejar de forma asertiva las presiones negativas del grupo de iguales.

#### Supervisión Clínica

El supervisor clínico del MST se encarga de realizar supervisiones clínicas de grupo cada semana, así como llamadas semanales de consultas y se encuentra disponible para supervisión clínica individual en situaciones de crisis.

### **CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

Los terapeutas y supervisores deben tener la siguiente cualificación:

- Máster en Psicología Clínica.
- Formación en Terapia Familiar.
- Formación en intervenciones de tipo cognitivo-conductual.
- Experiencia en el ámbito de la intervención con adolescentes con problemas de comportamiento

#### **Terapeutas**

La formación básica necesaria del MST implica:

- 5 días de Formación Inicial

- Formaciones de Refuerzo Trimestrales de 1 día o 1 ½ días.
- Supervisiones semanales vía telefónica

Para realizar la formación es necesario que los participantes sean para de una organización/empresa con licencia para llevar a cabo el MST. Además todos deben estar registrados en la web del MSTI y deben recibir la pre-aprobación de un Experto-Consultor.

Además de la formación básica existen formaciones específicas según problemáticas concretas de la población atendida:

- *Abuso de sustancias: MST-SA:* 1 ½ días de formación en técnicas de manejo de contingencias
- *Maltrato y Negligencia Infantil: MST-CAN:* 4 días de formación en técnicas y estrategias específicas para esta población.
- *Trauma en contextos de maltrato y negligencia infantil: MST-CAN Trauma:* 4 días de formación en el tratamiento de estrés post-traumático en contextos familiares con historial de maltrato y negligencia infantil.

Para realizar las formaciones específicas es requisito previo haber realizado la formación básica.

### Supervisores

- 2 días de formación básica para nuevos supervisores MST.
- Formación avanzada para Supervisores Clínicos con más de 6 meses de experiencia.

### PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA FIDELIDAD

A fin de mantener la fidelidad al tratamiento es necesario que los terapeutas realicen supervisiones de equipo semanales. Además un Consultor Experto en el MST revisa semanalmente cada caso con el equipo a fin de promover la fidelidad al tratamiento y resultados clínicos favorables.

Supervisión del Programa y Utilización de Datos: las agencias autorizadas a llevar a cabo el programa deben recopilar datos especificados por el programa que deben ser enviados al Instituto del MST (MSTI). Desde el MSTI se emite un informe de evaluación de la implementación del programa que permite asegurar la fidelidad al modelo MST.

### COSTES

<b>APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA MST</b>			<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN</b>
<b>Formación y Supervisión</b>			<b>100.000</b>
Formación de profesionales, documentación y supervisión general (aproximado)			100.000
<b>Costes de Personal</b>			<b>970.200</b>
	Neto	Bruto (IRPF 21%+SS 33%)	Brutos Anual
3 Supervisores (EJC)	3.000	4.620	64.680
12 Terapeutas Familiares (EJC)	3.000	4.620	64.680
<b>Gestión Empresarial</b>			<b>164.934</b>
% del coste de personal			
Gastos de absentismo		6%	58.212
Gastos generales de la empresa		6%	58.212
Beneficio industrial		5%	48.510
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>			<b>113.513</b>
<b>Otros</b>			<b>25.000</b>
Material Fungible e Inventariable			15.000
Desplazamientos			10.000
<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN en euros</b>			<b>1.373.647</b>
<b>COSTE TOTAL POR FAMILIA*</b>			<b>11.447</b>
(con 120 familias)			

\* Un equipo estaría formado por 4 Terapeutas y 1 Supervisor y cada equipo llevaría un máximo de 20 familias.

---

# MULTISYSTEMIC THERAPY FOR CHILD ABUSE AND NEGLECT (MST-CAN)

---

## **RESUMEN GENERAL**

Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect (MST-CAN) es una adaptación del programa MST para familias que se encuentran dentro del Servicio de Protección Infantil (SPI) debido a situaciones de desprotección relacionadas con el abuso físico y/o la negligencia.

Este programa trabaja con todos los miembros de la familia, las intervenciones se centran en tratamientos basados en la evidencia e incluyen análisis del uso de la fuerza, comunicación familiar, resolución de conflictos, terapia cognitivo-conductual para el control de la ira y para el trastorno de estrés post-traumático (TEPT), así como terapia centrada en el análisis funcional del abuso y/o la negligencia, y terapia basada en el refuerzo para adultos con problemas de abuso de sustancias.

## **DESTINATARIOS-POBLACIÓN DIANA**

Menores de entre 6 y 17 años que se encuentran dentro del SPI que hayan sufrido algún tipo de abuso físico y/o negligencia y que además cuenten con algunas de estas características:

- Síntomas de ansiedad o de estrés post-traumático
- Abuso de sustancias
- Dificultades para controlar el enfado
- Conductas de riesgo
- Dificultades escolares

Está dirigido tanto a menores que se encuentran conviviendo con sus familias como en aquellos casos donde el menor se encuentra fuera del hogar pero con el objetivo de reagrupación familiar.

Los padres/madres de estos menores presentarían las siguientes características:

- Uso de técnicas de disciplina centradas en el castigo y la agresión.
- Dificultades para el control del enfado
- Dificultades para la resolución de conflictos
- Escaso apoyo social
- Elevado sentimiento de culpabilidad, síntomas de ansiedad y/o depresión
- Incapacidad para mantener un trabajo y rutinas en el hogar.

## **OBJETIVOS**

- Reducir el abuso y/o la negligencia
- Conseguir la reagrupación familiar
- Mejorar las prácticas parentales (sin violencia, agresiones psicológicas y negligencia)
- Mejorar la salud mental de los padres y madres
- Mejorar la salud mental de los menores
- Aumentar la red de apoyo social

## **RESULTADOS**

El MST-CAN cuenta con un estudio (RCT) donde se investiga la efectividad del mismo, se lleva a cabo durante 16 meses tras el inicio del programa y arroja los siguientes resultados:

### ***Menores:***

- Disminución significativa de síntomas depresivos y de síntomas de estrés post-traumático.
- Aumento de las habilidades sociales.
- Según informes de los cuidadores, observaron en los menores una reducción de la sintomatología internalizante, de los síntomas de estrés post-traumático y de los síntomas disociativos.

**Padres:**

- Disminución de los síntomas psiquiátricos y del estrés asociado a los mismos. Estos resultados fueron significativamente más positivos en comparación con el grupo control.

**Prácticas parentales:**

- El MST-CAN demostró ser más efectivo que el tratamiento control para reducir la negligencia, la agresión psicológica, la agresividad de los menores y de los cuidadores.

**Apoyo social:**

- Mayor percepción de apoyo social, las familias participantes del MST-CAN reportan mayor satisfacción y sentido de pertenencia a una red social.

**PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN*****Duración de la intervención:***

La duración recomendada es de 6 a 9 meses. La intensidad varía en función de las necesidades de los jóvenes y sus familias. De tres sesiones semanales a sesiones diarias. Las sesiones pueden tener un rango de entre 50 minutos a 2 horas de duración. Pueden llevarse a cabo más de una sesión al día de diferentes temáticas.

***Recursos humanos:***

Un equipo de: 3 terapeutas, un terapeuta lleva un máximo de 4 familias; 1 trabajador social para atención de crisis, 1 psiquiatra (media jornada) y un supervisor jornada completa (el supervisor no puede llevar más de un equipo).

***Tipo de intervención:***

Individual (presencial y contacto telefónico) y Grupal.

***Procedimiento de trabajo:*****Contexto de Intervención:**

- Las intervenciones se llevan a cabo tanto en el hogar, el colegio y sitios donde frecuentan los jóvenes. Para la selección del lugar y la hora se tiene en cuenta la disponibilidad de las familias.
- La intensidad es elevada, desde intervenciones diarias a semanales en función de las características de las familias.
- Las familias tienen a su disposición un teléfono de servicio clínico que funciona las 24 horas los 7 días de la semana.

**Aplicación de la Intervención:**

Las intervenciones se realizan al igual que en el programa MST adaptándose a las características particulares de cada familia.

Se realizan las intervenciones con todos los menores que componen a la familia y con los padres/madres. En el MST-CAN se hace un hincapié en la intervención con los padres y madres en comparación con el MST.

**CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

Los terapeutas deben tener la siguiente cualificación:

- Máster en Psicología Clínica.
- Formación en Terapia Familiar.
- Formación en intervenciones de tipo cognitivo-conductual.
- Formación y habilidades para motivar y captar a familias resistentes a participar.
- Experiencia en el ámbito de la intervención con adolescentes con problemas de comportamiento y manejo de situaciones de crisis y emergencia.
- Conocimiento y experiencia en el ámbito de la protección infantil

El trabajador social para el manejo de crisis debe tener la siguiente cualificación:

- Conocimiento del sistema de ayudas y prestaciones.
- Conocimiento y experiencia en el ámbito de los servicios sociales
- Conocimientos sobre el SPI

Los supervisores deben tener la siguiente cualificación:



- Máster en Psicología Clínica.
- Formación en Terapia Familiar.
- Formación en intervenciones de tipo cognitivo-conductual para manejo del estrés, TEPT y trauma.
- Experiencia en el ámbito de la intervención con adolescentes con problemas de comportamiento y en el manejo de situaciones de crisis y emergencias con familias del SPI.
- Conocimiento y experiencia en el ámbito de la protección infantil

El/la psiquiatra deberá ser capaz de trabajar tanto con población adulta como infantil. Debe estar integrado dentro del equipo clínico de trabajo y debe realizar la formación básica MST, así como la específica para MST-CAN.

#### **Formación de Terapeutas:**

Deben tener la formación básica del **MST** de 5 días. Además formación en el **MST-CAN**:

- 4 días de formación en técnicas y estrategias específicas para esta población.
- 4 días de formación en tratamiento del trauma en niños/as y adultos.

#### **Formación de Supervisores**

- 2 días de formación básica para nuevos supervisores MST.
- Formación avanzada para Supervisores Clínicos con más de 6 meses de experiencia.

Los supervisores deben realizar la formación en MST-CAN y contar con experiencia como terapeutas del programa.

### **PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA FIDELIDAD**

A fin de mantener la fidelidad al tratamiento es necesario que los terapeutas realicen supervisiones de equipo semanales. Además un Consultor Experto en el MST-CAN revisa semanalmente cada caso con el equipo a fin de promover la fidelidad al tratamiento y resultados clínicos favorables. Cada quince días se realizan formaciones de refuerzo por un experto en MST-CAN.

### **COSTES**

<b>APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA MST-CAN</b>				<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN</b>
<i>Duración Total de la Intervención:</i>				<i>9 meses</i>
<b>Formación y Supervisión</b>				<b>100.000</b>
Formación de profesionales, documentación y supervisión general (aproximado)				100.000
<b>Costes de Personal</b>				<b>1.083.390</b>
	Neto	Bruto (IRPF 21%+SS 33%)	Brutos Anual	
5 Supervisores (EJC)	3.000	4.620	48.510	242.550
15 Terapeutas Familiares (EJC)	3.000	4.620	48.510	727.650
2 Trabajadores Sociales (EJC)	2.000	3.080	32.340	64.680
1 Psiquiatras (EJC)	3.000	4.620	48.510	48.510
<b>Gestión Empresarial</b>				<b>184.176</b>
	% del coste de personal			
Gastos de absentismo		6%		65.003
Gastos generales de la empresa		6%		65.003
Beneficio industrial		5%		54.170
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>				<b>126.757</b>
<b>Otros</b>				<b>25.000</b>
Material Fungible e Inventariable				15.000
Desplazamientos				10.000
<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN en euros</b>				<b>1.519.323</b>
<b>COSTE TOTAL POR FAMILIA*</b>				<b>25.322</b>
	(con 60 familias)			

\* Un equipo estaría formado por 3 Terapeutas, 1 Trabajador Social al 50% , 1 psiquiatra al 25% y 1 Supervisor. Cada equipo llevaría un máximo de 12 familias.

---

# FUNCTIONAL FAMILY THERAPY (FFT)

---

## **RESUMEN GENERAL**

El FFT fue desarrollado en los años 70 por el Dr. James F. Alexander. Es un programa de terapia familiar breve para jóvenes con conducta antisocial en riesgo de ser institucionalizados.

El programa adopta un modelo de intervención que integra perspectivas sistémicas y técnicas conductuales. Hace especial énfasis en el aspecto dinámico y en el conjuro de procesos recíprocos de interacción que se producen en las familias. Estos procesos interactivos son identificados utilizando técnicas conductuales rigurosas que permiten conocer e identificar el proceso de cambio.

El FFT actualmente se aplica en USA, Canadá, Dinamarca, Reino Unido, Noruega, Holanda, Nueva Zelanda y Singapur.

## **DESTINATARIOS-PROBLACIÓN DIANA**

Jóvenes de entre 11 a 18 años con conducta antisocial, trastornos conductuales, opositorista desafiante, comportamiento violento y abuso de sustancias.

También ha sido utilizado con adolescentes en riesgo de ser ingresados en acogimiento residencial.

## **OBJETIVOS**

Los objetivos generales del FFT son:

- Captar y motivar a jóvenes y sus familias disminuyendo la intensa negatividad característica en este tipo de familias (culpabilidad, desesperanza). En lugar de ignorar las intensas experiencias negativas (discriminación, aislamiento, racismo, pérdidas, abandono, abusos, depresión, etc.) El programa reconoce e incorpora estas situaciones emocionales consiguiendo el compromiso y la motivación a través del respeto, la sensibilidad y técnicas de retribución positivas.
- Reducir y eliminar las conductas problemáticas a través de la intervención familiar individualizada para el cambio de patrones relacionales. Durante esta fase se integran componentes conductuales/atribucionales junto al entrenamiento sistemático en habilidades de comunicación, parentalidad y resolución de conflictos.
- Generalizar el cambio a diversas situaciones problemáticas aumentando la capacidad de las familias para utilizar adecuadamente los recursos de la comunidad y en el compromiso con la prevención de recaídas.

## **RESULTADOS**

El FFT está apoyado por 38 años de investigación donde ha demostrado ser efectivo en casos de adolescentes difíciles de tratar y sus familias. El programa ha sido evaluado en múltiples estudios en USA y Europa.

El programa demuestra beneficios para prevenir la recidiva en jóvenes:

-En uno de los estudios llevados a cabo en USA, las familias participantes en el FFT mostraron una mejora significativa comparado con el grupo control y con grupo de tratamiento alternativo en ratios de reincidencia (26% vs. 47% y 73%), registros de justicia juvenil de hermanos de los jóvenes en intervención (20% vs. 40%-63%) y reincidencia en casos de jóvenes con delitos graves (60% vs. 89%-93%).

-En un estudio llevado a cabo en Suecia con 2 años de seguimiento, se observaron menos casos de reincidencia en las familias participantes en el FFT comparados con el grupo con tratamiento habitual (41% versus 82%)

-En el estudio del Estado de Washington (USA), las familias del FFT que trabajaban con un terapeuta competente tuvieron menos casos de reincidencia a los 18 meses (44% vs. 50-54%) comparadas con las familias en grupo control trabajando con terapeutas menos competentes.

-En una investigación llevada a cabo en Albuquerque se evaluaron los resultados en relación con el consumo de marihuana:

- Jóvenes participantes en el FFT (única intervención o combinada con otra terapia) mostraron una reducción significativa de consumo a los 4 meses de intervención (de 55% a 25% y de 57% a 38% respectivamente), mientras que otras intervenciones no lo hicieron.
- Se observó una reducción de un consumo excesivo a un consumo mínimo en jóvenes participante en el FFT (del 87% al 55%).

El Instituto de Políticas Públicas del Estado de Washington (WSIPP) en el año 2013 calcula que el costo del FFT por participante es de 4.425\$, ahorrándose por participante unos 10.168\$.

Existe una adaptación para familias en el sistema de protección infantil (FFT-CW), diseñado para menores de entre 0 a 18 años y sus familias. Existen dos versiones en función de la gravedad:

- FFT-LR: familias de bajo riesgo
- FFT-HR: familias con alto riesgo

Esta versión lleva aplicándose en la ciudad de Nueva York (USA) desde el año 2011.

Los resultados del estudio piloto realizado con 55 familias muestran que:

- El 79% de las familias de bajo riesgo y el 71% de las de alto riesgo alcanzaron todos los objetivos de intervención planteados.
- El 96% de las familias de bajo riesgo y el 92% de las familias de alto riesgo mostraron una mejora considerable.
- Sólo el 2% de las familias requirieron un recurso de acogimiento.
- Se reduce el tiempo de intervención de 13 meses de los servicios habituales a menos de 5 meses.

Estos resultados demuestran que el FFT-CW puede resultar prometedor para familias que poseen factores de riesgo asociados a la desprotección infantil.

## **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

### *Duración de la intervención:*

De 8 a 12 sesiones en casos leves y hasta 30 sesiones en casos graves con una duración total de entre 3 a 4 meses.

En general, se lleva a cabo una sesión de una hora a la semana pudiendo aumentar la dosis en casos que se consideren necesarios.

### *Recursos humanos:*

Un equipo de 8 Terapeutas con un Supervisor.

En USA cada terapeuta puede llevar un máximo de 10/12 familias.

### *Tipo de intervención:*

Intervención Familiar e Individual que pueden ser llevadas a cabo en el domicilio o en otros contextos que se consideren oportunos.

### *Procedimiento de trabajo :*

El programa se estructura en 4 fases que se encuentran interrelacionadas y que consisten en:

1. Compromiso: (Introducción-Pre Intervención): diseñado para empatizar con la familia evitando abandonos tempranos del programa.
2. Motivación: diseñado para cambiar creencias y reacciones desadaptativas, aumentar la alianza, confianza, esperanza y motivación para el cambio.
3. Evaluación: se centra en identificar y clarificar las relaciones del sistema familiar, comprender el funcionamiento y la forma en que afectan a los posibles cambios.
4. Cambio conductual: consiste en entrenamiento en comunicación, ayudas y tareas específicas, habilidades parentales, técnicas de contrato y de no-respuestas.
5. Generalización: la familia es guiada en función de sus necesidades individuales para hacer frente a sus dificultades particulares y conocer los recursos existentes.

## **CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

La recomendación del programa FFT es que los **terapeutas** tengan como mínimo una formación especializada en Psicología Clínica.

La formación consiste en:

- Dos días de formación clínica
- Supervisión telefónica de una hora semanal
- 3 supervisiones al año de dos días de duración centradas en la implementación.
- Acceso al Sistema de Servicio Clínico (CSS): base de datos de apoyo y guía para la adherencia al tratamiento.
- Formación externa de 2 días de duración (a los 6 meses de formación): el equipo va a otra agencia para formación adicional en el modelo FFT

Es recomendable que todo terapeuta del FFT cuente con:

- Disposición para trabajar con las familias en sus hogares y con flexibilidad horaria
- Disposición para cambiar su práctica clínica
- Ser receptivo a recibir críticas constructivas y a rendir cuentas por el trabajo realizado.
- Habilidad para trabajar en equipo

La habilidad para establecer una relación de confianza con las familias correlaciona con mejores resultados, así como una actitud libre de juicios, positiva, centrada en las fortalezas, empática y habilidad para estructurar la conversación de las familias y de ser dinámico. Es importante que los terapeutas se sientan cómodos con que su trabajo sea evaluado y utilizado para mejorar la atención a las familias.

Lo **supervisores** del FFT deben tener como mínimo una formación especializada en Psicología Clínica. Además, de haber completado la Fase 1 de formación, deben:

- Supervisar como terapeutas dos ciclos de familias
- Realizar de forma exitosa prácticas en el FFT: incluye tres experiencias diferentes de formación de 3 meses consecutivos.
- 2 formaciones presenciales de dos días cada una
- Supervisión mensual vía telefónica
- 1 día de formación en el lugar de trabajo

## **PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA FIDELIDAD**

El FFT cuenta con un proceso de implementación y certificación que asegura la replicación adecuada del programa así como la viabilidad a largo plazo del mismo:

### **FASE I: Formación Clínica**

El objetivo de la primera fase es crear las condiciones infraestructurales necesarias para permitir que los profesionales obtengan el máximo provecho del proceso de formación. Al final de esta fase los profesionales deben demostrar una alta adherencia y competencia en el modelo FFT. La evaluación se llevará a cabo a través de la información recogida en la base de datos (CSS), en las supervisiones semanales y durante las actividades de formación. La duración de esta fase es de aproximadamente 12 meses y no puede durar más de 18. De forma periódica los responsables de poner en marcha el programa deben dar información para identificar los progresos de la implementación y poder guiar los pasos hacia la Fase II.

### **FASE II: Formación de Supervisión**

El objetivo de la segunda fase de implementación es dar asistencia a la nueva empresa para crear una autogestión, asegurando a la vez la adherencia al modelo FFT. Durante esta fase se forma al Supervisor de la nueva agencia. Además, se realiza un seguimiento constante a través de la revisión

de la base de datos (CSS) sobre las medidas de adherencia al tratamiento de los terapeutas, los métodos utilizados y los resultados obtenidos. Esta fase tiene una duración de 12 meses.

### **FASE III: Mantenimiento**

La tercera fase consiste en establecer una relación de colaboración entre la nueva agencia y la agencia oficial del FFT a fin de asegurar la fidelidad al modelo, colaborar en el desarrollo de profesionales y en la expansión del programa. Desde el FFT se realizarán revisiones de la base de datos (CSS): adherencia, métodos y resultados, así como un día de formación continua y llamadas mensuales de una hora de duración. Esta fase se repetirá de forma anual.

### **COSTES**

<b>APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA FFT</b>				<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN</b>
<b>Formación y Supervisión</b>				<b>100.000</b>
Formación de profesionales, documentación y supervisión general (aproximado)				100.000
<b>Costes de Personal</b>				<b>582.120</b>
	Neto	Bruto (IRPF 21%+SS 33%)	Brutos Anual	
1 Supervisores (EJC)	3.000	4.620	64.680	64.680
8 Terapeutas Familiares (EJC)	3.000	4.620	64.680	517.440
<b>Gestión Empresarial</b>				<b>98.960</b>
	% del coste de personal			
Gastos de absentismo		6%		34.927
Gastos generales de la empresa		6%		34.927
Beneficio industrial		5%		29.106
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>				<b>68.108</b>
<b>Otros</b>				<b>30.000</b>
Material Fungible e Inventariable				20.000
Desplazamientos				10.000
<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN en euros</b>				<b>879.188</b>
<b>COSTE TOTAL POR FAMILIA*</b>				<b>7.327</b>
				(con 120 familias)

\* Un equipo estaría formado por 8 Terapeutas y 1 Supervisor y cada equipo puede llevar un máximo de 60 familias.

## **POSITIVE PARENTING PROGRAM (THE TRIPLE P)**

### **RESUMEN GENERAL**

El programa Triple P está diseñado para apoyar a la familia y para conseguir la prevención y el tratamiento de problemas emocionales y conductuales en niños/as y adolescentes. Tiene como objetivo la prevención de problemas en la familia, en el colegio y en la comunidad y trata de facilitar la creación de un ambiente familiar que permita a los niños/as y adolescentes desarrollar todo su potencial.

Desarrollado por el Psicólogo Clínico Mathew Sanders de la Universidad de Queensland- Australia y respaldado por más de 30 años de investigación, el programa ha sido implantado en USA, Reino Unido, Holanda, Bélgica, Suecia, Irán, Hong Kong, Japón, Turquía, Nueva Zelanda y Australia.

El Triple P se basa en la Teoría del Aprendizaje Social, la Teoría Cognitivo-conductual, la Teoría del Desarrollo y en investigaciones de factores de riesgo asociados con el desarrollo de dificultades sociales y conductuales en menores. Tiene la finalidad de dotar a los padres con las habilidades y la confianza necesaria para sentirse capaces de manejar las dificultades de la familia sin un apoyo externo.

El programa consta de 5 niveles para padres y madres. Los niveles pueden utilizarse de forma independiente. Se presentan en este resumen del Programa los niveles 4 y 5.

**El nivel 4** ha sido evaluado de forma independiente en diversos estudios con resultados muy favorables. Consiste en un programa de tratamiento para los casos en los que los menores cuentan con características o con un diagnóstico de trastornos conductuales y donde los padres tienen dificultades para ejercer su función de manejo de la conducta de estos niños/as.

**El nivel 5** es un complemento del nivel 4. Se utiliza para reforzar la intervención en casos de familias con factores de riesgo adicionales e incluye módulos de comunicación de pareja, control del estrés y sesiones adicionales para dificultades en la relación con los menores.

### **DESTINATARIOS-PROBLACIÓN DIANA**

**El NIVEL 4** constituye un conjunto de intervenciones dirigido a padres y madres con dificultades para el control conductual de sus hijos/as.

Menores entre 0 a 16 años con dificultades de comportamiento y/o emocionales graves:

- Problemas múltiples de comportamiento
- Conducta agresiva
- Trastorno de conducta oposicionista-desafiante
- Dificultades de aprendizaje

#### **GRUPO TRIPLE P:**

*Para padres y madres con dificultades leves en el manejo conductual:*

1. Grupo de Padres con niños/as de entre 0 a 12 años
2. Grupo de Padres con adolescentes de entre 12 a 16 años
3. Grupo de Padres con niños/as de hasta 12 años con discapacidades

#### **TRIPLE P ESTANDAR:**

*Para padres y madres con dificultades moderadas y graves en el manejo conductual:*

1. Intervención Individual para Padres con niños/as de entre 0 a 12 años
2. Intervención Individual para Padres con adolescentes de entre 12 a 16 años
3. Intervención Individual para Padres con niños/as de hasta 12 años con discapacidades

El **NIVEL 5** está dirigido para padres y madres que además presentan otras dificultades:

#### **GRUPO TRIPLE P-ESTILO DE VIDA:**

Padres y madres con niños/as de 5 a 10 años con problemas de sobrepeso u obesidad.

#### **TRIPLE P- TRANSICIONES FAMILIARES:**

Intervención para padres y madres que están pasando por un proceso de separación o divorcio que están participando en el Nivel 4 del programa.

#### **TRIPLE P- REFUERZO:**

Intervención Individual para padres y madres con dificultades (depresión, ansiedad, estrés, conflictos de pareja) que han participado en intervenciones del Nivel 4 con bajos resultados.

#### **TRIPLE P- ALTERNATIVAS:**

Intervención Individual para padres y madres con dificultades para el control de la ira y dificultades similares que expongan a los menores ante situaciones de abuso y/o negligencia que estén participando en alguna intervención del Nivel 4.

## **OBJETIVOS**

El **objetivo principal** del Triple P (Niveles 4 y 5) es evitar que los problemas conductuales y emocionales de los menores empeoren y se trata de conseguir a través del desarrollo de conocimientos, habilidades y la confianza de los padres y madres.

Los **objetivos específicos** incluyen:

- Aumentar la competencia parental promoviendo el desarrollo de habilidades para el manejo de dificultades comunes en los menores.
- Reducir el uso de métodos de disciplina punitivos y coercitivos.
- Aumentar la utilización de estrategias de disciplina adecuadas en el control de la conducta de los menores.
- Aumentar la confianza de los padres y madres en su capacidad para la crianza de sus hijos/as.
- Disminuir los problemas de comportamiento de los menores.
- Mejorar la comunicación entre los cuidadores sobre cuestiones de crianza.
- Reducir el estrés asociado a la crianza de los menores.

## **RESULTADOS**

Se han realizado 2 meta-análisis y más de 10 investigaciones sobre la efectividad del nivel 4 y 5 del Triple P.

Los resultados más relevantes indican que en comparación con el grupo control los participantes en el programa Triple P muestran:

Los **menores**:

- Reducción de la frecuencia e intensidad de conductas disyuntivas
- Aumento de conductas pro-sociales
- Mejor repertorio emocional

Los **padres/madres**:

- Disminución de las conductas parentales disfuncionales
- Aumento de la percepción de autoeficacia y de competencia parental
- Mejor capacidad para la toma de decisiones
- Reducción de la sintomatología depresiva y de ansiedad
- Menos frecuencia de los conflictos de pareja

El programa ha demostrado ser efectivo en muchas regiones del mundo culturalmente diferentes. Según los informes del WSSIP por cada dólar invertido en el programa hay un beneficio de 8,74\$.

## **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

	<i>Duración total</i>	<i>Tipo de intervención</i>	<i>Frecuencia</i>
<b>NIVEL 4</b>			
Grupo Triple P Niños/as y Adolescentes	2 meses	Grupal 8 a 12 participantes	Semanal 5 sesiones- 2 horas 3 llamadas de 20 min.
Grupo Triple P Niños/as con discapacidades	2 meses	Grupal 6 a 8 participantes	Semanal 6 sesiones- 2.5 horas 3 llamadas de 20 min.
Triple P Estándar Niños/as y Adolescentes	3 meses	Individual	Semanal 10 sesiones- 1 hora
Triple P Estándar Niños/as con discapacidades	3 meses	Individual	Semanal 10 sesiones-1.5 horas

<b>NIVEL 5</b>			
Triple P- Estilos de vida	6 meses	Grupal 8 a 10 participantes	Quincenal 10 sesiones- 1.5 horas 4 llamadas de 20 min.
TripleP-Transiciones Familiares	2 meses	Grupal o Individual	Semanal 5 sesiones de 2 horas
Triple P- Refuerzo	1 a 3 meses	Individual	Variable 3 a 10 sesiones de 60- 90 min.
Triple P- Alternativas	1 a 2 meses	Individual	Variable 2 a 5 sesiones de 60 a 90 min.

#### **Recursos humanos:**

En función de la forma en que se decida intervenir podrían ser 1 terapeuta o 2 líderes de grupo.

#### **Procedimiento de trabajo:**

- ✓ Las intervenciones se desarrollan adaptándose a las edades de los menores y utilizando una variedad de recursos materiales: DVD, aplicación on-line, libros y deberes para casa.
- ✓ Se utiliza un marco explícito de **auto-regulación**: se trabajan los principios de auto-suficiencia, auto-eficacia, auto-gestión y atribución personal positiva.
- ✓ Utiliza los principios de **intervención mínima suficiente**
- ✓ Incorpora elementos para promover la generalización y la transferencia del conocimiento.

### **CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

La intervención del Triple P puede ser llevada a cabo por diferentes tipos de profesionales (especialmente con conocimientos de desarrollo infantil).

Para cada una de las intervenciones tanto del Nivel 4 como del Nivel 5 es necesario hacer una formación específica, para lo cual es necesario:

- 3 días de formación básica
- 4-6 semanas de entrenamiento
- Participar en 4 grupos de trabajo de ½ día cada uno para la acreditación

Los grupos de formación básica pueden ser de un máximo de 20 personas y los grupos de trabajo para la acreditación de un máximo de 5.

### **PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA FIDELIDAD**

Desde el programa se ofrecen "*Días de Supervisión Clínica*" a fin de que los profesionales discutan casos, resuelvan dificultades y reciban un Feedback de su trabajo.

Todos los niveles del programa están estructurados con robustos recursos (Manuales, protocolos, etc.) a fin de guiar a los profesionales para una aplicación consistente y coherente.

Se han diseñado unos registros para cada sesión los cuales sirven para el control de la fidelidad al programa así como una medida de auto-evaluación.

De forma habitual no se utilizan medidas externas de fidelidad tanto por el excesivo coste como porque pueden resultar muy intrusivos. Sin embargo sí se anima a las agencias a utilizar recursos locales independientes para la evaluación de los resultados a gran escala. Desde el Programa Triple P no se realizan dichas evaluaciones pero sí pueden brindar asistencia para identificar grupos de investigación apropiados



## COSTES

APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA TRIPLE P				COSTE TOTAL INTERVENCIÓN
<b>Formación y Supervisión</b>				<b>180.000</b>
Formación Nivel 4- ESTANDAR (3 cursos)				100.000
Formación Nivel 5- (4 cursos)				80.000
<b>Costes de Personal</b>				<b>862.400</b>
	Neto	Bruto (IRPF 21%+SS 33%)	Brutos Anual	
20 Equipos de Educadores TRIPLE P (EJC)*	2.000	3.080	43.120	862.400
<b>Gestión Empresarial</b>				<b>146.608</b>
	% del coste de personal			
Gastos de absentismo		6%		51.744
Gastos generales de la empresa		6%		51.744
Beneficio industrial		5%		43.120
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>				<b>100.901</b>
<b>Otros</b>				<b>50.000</b>
Materiales inventariable y fungible				20.000
Materiales para sesiones				20.000
Gastos no previstos				10.000
<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN en euros</b>				<b>1.339.909</b>
<b>COSTE TOTAL POR FAMILIA</b> (con 200 familias)				<b>6.700</b>

\* Cada equipo de líderes debe estar conformado por mínimo 4 profesionales

## **TRAUMA-FOCUSED COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (TF-CBT)**

### RESUMEN GENERAL

El TF-CBT es un programa breve basado en la evidencia dirigido principalmente a tratar síntomas significativos de estrés postraumático en menores y sus padres. El programa presenta unos componentes básicos (en los que se abordan temáticas específicas) que pueden ser aplicados de forma flexible en función de las necesidades concretas de cada paciente.

El TF-CBT está basado en los principios del modelo cognitivo-conductual y del tratamiento del trauma, incorpora a su vez elementos de la Teoría del Apego, del Modelo Humanista y de la Terapia Sistémica. Fue desarrollado por Judy Cohen, Esther Deblinger y Anthony Mannarino inicialmente para tratar traumas asociados al abuso sexual. Posteriormente, ha sido adaptado para utilizarlo con un amplio rango de experiencias traumática.

### DESTINATARIOS-PROBLACIÓN DIANA

Dirigido a tratar a niños/as y jóvenes de 3 a 18 años, con síntomas significativos de estrés postraumático, y a sus padres.

No debe ser la primera línea de tratamiento en los casos en que los menores presenten:

- Alto nivel de conducta desafiante, desobediencia, agresión.
- Severos síntomas de depresión, intentos de suicidio o abuso de sustancias.

Sería necesario abordar dichas problemáticas para luego participar en este programa.

## **OBIETIVOS**

Los **objetivos principales** del programa son:

- Que los niños/as y sus cuidadores adquieran conocimientos sobre el impacto del trauma en los/as niños/as y las reacciones comunes de la infancia a un hecho traumático.
- Ayudar a los/as niños/as y padres a identificar y hacer frente a las emociones que genera el hecho traumático
- Desarrollo de habilidades de manejo del estrés, personalizadas para niños/as y padres.
- Que los/as niños/as y padres sepan a reconocer las conexiones entre pensamientos, sentimientos y comportamientos.
- Que los/as niños/as aprendan a compartir sus experiencias traumáticas, ya sea verbalmente, en forma de una narración escrita, o de alguna otra forma apropiada para el desarrollo.
- Que los/as niños/as y los padres hablen entre sí acerca de las experiencias traumáticas
- Modificación de pensamientos relacionados con el trauma inexactas o erróneos de los padres y los/as niños/as.
- Que los padres desarrollen habilidades para optimizar el ajuste emocional y conductual de sus hijos/as.

## **RESULTADOS**

Se han realizado una gran cantidad de estudios que prueban que el TF-CBT ayuda a niños/as, adolescentes y a sus padres a superar muchas de las dificultades asociadas con el abuso sexual, el maltrato, otro tipo de victimizaciones y el trauma.

En estos estudios se han encontrado que en comparación con un grupo control sin tratamiento y con grupos con tratamiento habitual, el grupo que participa en el TF-CBT obtiene una reducción significativa de los síntomas relacionados al trauma: estrés, ansiedad, problemas de conducta y comportamiento antisocial.

En estudios de un año de seguimiento se observa que aquellos que participaron en el programa en comparación con el grupo que recibió el tratamiento habitual, mostraron a los 6 y 12 meses:

- Una reducción significativa de síntomas de TEPT en los menores.
- Menor nivel de estrés severo y de depresión en los cuidadores.

## **PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN**

### *Duración de la intervención:*

En un tratamiento a corto plazo, con un mínimo de 12 sesiones, llevadas a cabo una vez a la semana de 40 a 60 minutos de duración.

### *Recursos humanos:*

1 Terapeuta formado en el programa

### *Tipo de intervención:*

Las intervenciones se desarrollan de forma individual (por un lado los niños y por otro los padres) y de forma conjunta para trabajar contenidos puntuales.

### *Procedimiento de trabajo:*

Los **componentes** que conforman el programa son los siguientes:

1. Psicoeducación
2. Afrontamiento del estrés
3. Expresión y regulación emocional
4. Afrontamiento Cognitivo
5. Narración del Trauma
6. Procesamiento Cognitivo
7. Entrenamiento en el Manejo Conductual
8. Sesiones de padres e hijos

En cada sesión se trabaja el contenido de los componentes arriba citados. En general es necesario seguir el orden, dado que son necesarios los conocimientos de los primeros módulos para un mejor trabajo con los siguientes. Tras cada sesión se envían tareas para casa, consistiendo en general en registros conductuales o en la práctica de la técnica aprendida. A los padres se les enseña las mismas técnicas que a los/as niños/as, posibilitando así que los padres ayuden a los hijos/as a practicar en casa. Se mandan tareas de todos los módulos, a excepción del de la narrativa del trauma, que por ser una temática delicada únicamente se trabaja en sesión presencial.

### **CUALIFICACIÓN PROFESIONAL Y FORMACIÓN ESPECÍFICA NECESARIA**

Para llevar a cabo el programa es necesario que los profesionales sean psicólogos/as con formación clínica infantil y una formación específica en el modelo cognitivo-conductual.

Para llevar a cabo el TF-CBT de forma apropiada y rigurosa, es necesario:

- Curso de Introducción: 8-10 horas de formación on-line
- Leer el Manual del TF-CBT
- Formación básica presencial: 2 a 3 días
- Supervisión dos veces al mes por 6 a 12 meses (on-line- vía telefónica): grupos de 5 a 12 terapeutas reciben supervisiones de cada caso.
- Formación Avanzada presencial: 1 a 3 días

### **PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA FIDELIDAD**

A fin de mantener la fidelidad al programa antes de implementarlo se evalúa la capacidad de la organización y una vez que se inicie los profesionales deben llevar un auto-registro de lo trabajado en cada sesión. La formación continua, la supervisión y el seguimiento constante es fundamental a fin de mantener la fidelidad al tratamiento.

### **COSTES**

<b>APROXIMACIÓN PRESUPUESTARIA PROGRAMA TF-CBT</b>				<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN</b>
<b>Formación y Supervisión</b>				<b>53.900</b>
	Formación (60 horas)			15.300
	Supervisiones (240 horas)			4.800
	Costes de Traducción			24.900
	Alojamientos y Traslado Formador			8.900
<b>Costes de Personal</b>				<b>258.720</b>
		Neto	Bruto (IRPF 21%+SS 33%)	Brutos Anual
	4 Terapeutas (EJC)	3.000	4.620	64.680
<b>Gestión Empresarial</b>				<b>43.982</b>
		% del coste de personal		
	Gastos de absentismo		6%	15.523
	Gastos generales de la empresa		6%	15.523
	Beneficio industrial		5%	12.936
<b>10% de IVA de Costes de personal y Gestión empresarial</b>				<b>30.270</b>
<b>Otros</b>				<b>10.000</b>
	Materiales inventariable y fungible			5.000
	Gastos no previstos			5.000
<b>COSTE TOTAL INTERVENCIÓN en euros</b>				<b>396.873</b>
<b>COSTE TOTAL POR FAMILIA</b>				<b>6.106</b>
		(con	65	familias)

## RESUMEN DE LOS PROGRAMAS

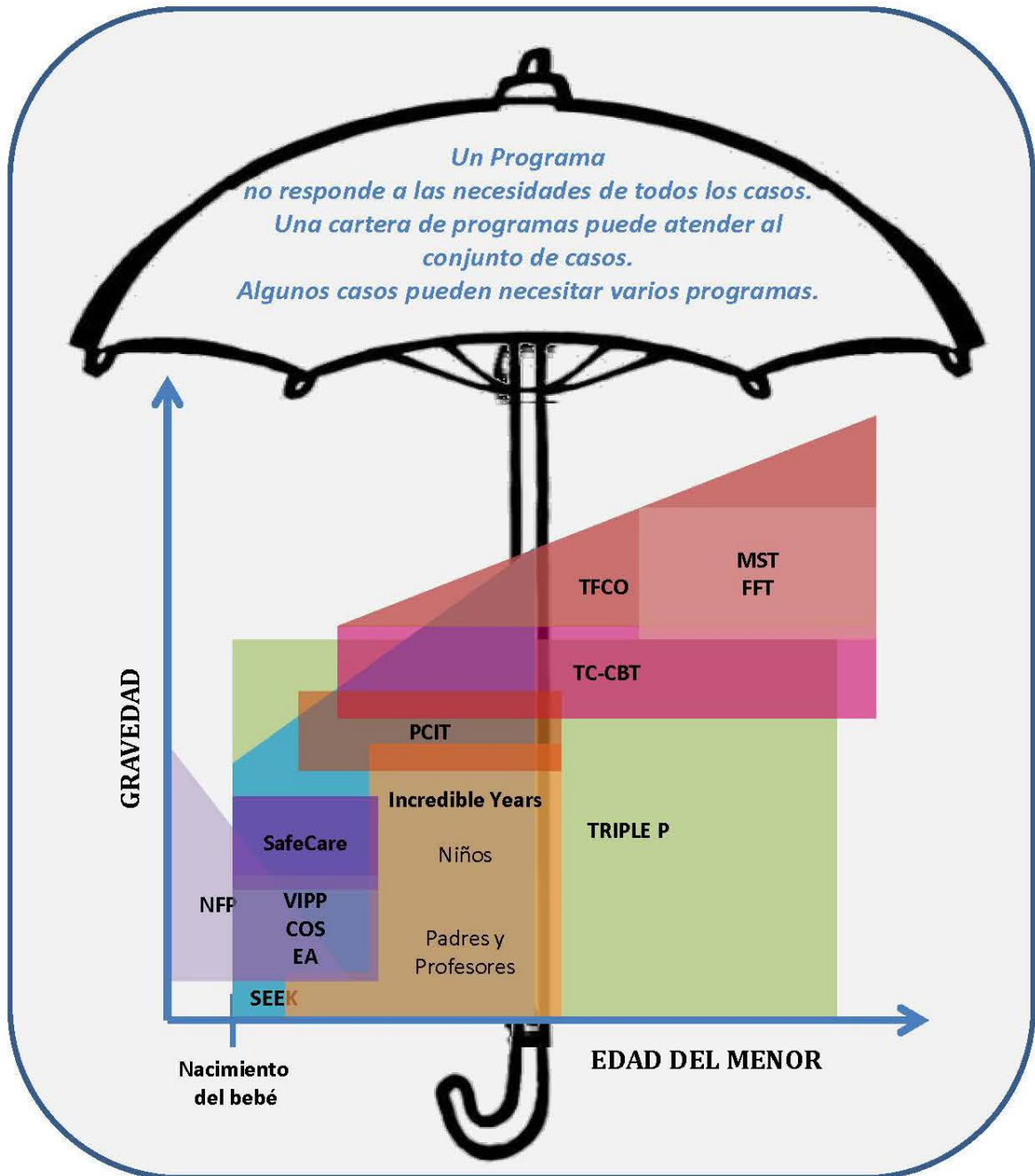
Programa	Descripción	Población Diana	Duración
1 <b>Nurse Family Partnership (NFP)</b>	Programa de salud comunitaria para madres embarazadas vulnerables que esperan tener su primer hijo/a.	Madres en el 6º mes de embarazo	33 meses
2 <b>Safe Environment for Every Kid (SEEK)</b>	Programa de prevención primaria que prepara a profesionales de atención pediátrica para identificar y evaluar factores de riesgo asociados al maltrato infantil.	Familias con menores de 0 a 5 años	20 minutos
3 <b>Video Feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)</b>	Intervención preventiva en el domicilio para fomentar una interacción positiva entre cuidadores y sus hijos/as, y prevenir o reducir problemas de comportamiento.	Familias con menores de 1 a 3 años en riesgo de tener problemas de comportamiento	8 meses
4 <b>Circle of Security (COS)</b>	Intervención terapéutica y educativa grupal o individual para padres con el objetivo de cambiar patrones de interacción de alto riesgo a una interacción más apropiada.	Padres y madres con niños/as entre 1 y 4 años	6 meses
5 <b>Emotional Availability (EA)</b>	Programa de intervención grupal centrado en reforzar en la disponibilidad emocional en la relación de cuidadores e hijos/as	Padres y madres con niños/as entre 0 y 3 años	2 meses
6 <b>SafeCare (SC)</b>	Programa de entrenamiento en el domicilio para padres y madres con hijos/as que se encuentran en riesgo de experimentar negligencia o maltrato	Familias con menores de 0 a 5 años con factores de riesgo	6 meses
7 <b>Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)</b>	Intervención individual o grupal centrada en la mejora de la calidad de la relación y el cambio de los patrones de interacción entre padres e hijos.	Familias con menores entre 2 y 7 años con antecedentes de abuso físico	4-6 meses
8 <b>Incredible Years (IY)</b>	Programa de tres series dirigido a padres y madres, a profesores y a niños/as. Intervención grupal para promover la competencia emocional y social, y para prevenir, reducir y tratar problemas emocionales y conductuales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Padres y Madres con hijos/as hasta 12 años</li> <li>- Niños y Niñas de 4 a 8 con problemas de conducta</li> <li>- Profesores con alumnos/as de 3 a 8 años</li> </ul>	6 meses 6 meses 1 año
9 <b>Treatment Foster Care Oregon (TFCO)</b>	Programa de intervención de alternativa al acogimiento residencial que busca crear oportunidades para que los menores puedan vivir en un ambiente familiar en vez de en contextos institucionalizados a la vez que prepara a la familia de origen con técnicas efectivas de parentalidad.	Menores de 3 a 18 años con alto nivel de conducta disruptiva y/o antisocial	6 a 9 meses
10 <b>Multisystemic Therapy (MST)</b>	Tratamiento familiar intensivo para jóvenes con conductas delictivas y posibles abuso de sustancias.	Jóvenes de 12 a 17 años con problemas graves de comportamiento	3 a 5 meses
11 <b>Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect (MST-CAN)</b>	Tratamiento familiar intensivo para menores que hayan sufrido situaciones de abuso físico y/o negligencia. Padres y madres que tengan problemas de salud mental, dificultades económicas y que no cuenten con una red de apoyo.	Menores de 6 a 17 años con síntomas de estrés, ansiedad y problemas de consumo.	6 a 9 meses
12 <b>Functional Family Therapy (FFT)</b>	Modelo de terapia familiar breve para jóvenes con conducta antisocial en riesgo de ser institucionalizados.	Jóvenes de entre 11 a 18 años con conducta antisocial y abuso de sustancias.	3 a 4 meses
13 <b>Positive Parenting Program (Triple P)- Nivel 4 y 5</b>	Conjunto de intervenciones individuales y grupales diseñado para la prevención y el tratamiento de problemas emocionales y conductuales en menores. Está dirigido además a padres y madres que presentan otras dificultades (depresión, ansiedad, estrés, conflictos de pareja, etc.).	Padres y madres con hijos/as de 0 a 16 años con dificultades de comportamientos y/o emocionales graves.	2 a 6 meses
14 <b>Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)</b>	Terapia breve dirigida a tratar síntomas significativos de estrés postraumático en menores y sus padres.	Menores de 3 a 18 años con síntomas de estrés postraumático y sus padres.	3 a 6 meses

2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

## RELACIÓN DE LOS PROGRAMAS CON LA CLASIFICACIÓN DE CASOS

CLASIFICACIÓN DE CASOS								
Menores conviviendo con una familia							Menores en Acogimiento Residencial	
Prenatal	0-3 años	0-4 años	2-6 años	4-11 años	6-17 años	12-18 años	4-8 años	12-17 años
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8	Grupo 9
NFP	SEEK			IY	MST-CAN	MST/FFT	IY- Profesores	MST-CAN
	VIPP-SD / COS /EA	SC	PCIT					MST / FFT
Grupo 10	0-16 años			TRIPLE-P				
Grupo 11	3-18 años				TB-CBT			



## RECOMENDACIONES GENERALES

---

### **1. Desarrollo y ampliación del actual Programa de Intervención Precoz del Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián en todo el Territorio de Gipuzkoa.**

Quizá el objetivo más importante, de entre los que se señalan en este Informe, consiste en conseguir iniciar las intervenciones con las familias que lo precisen en los momentos más tempranos que sea posible.

En la actualidad y desde hace algo más de cuatro años, el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián dispone de un recurso específicamente dedicado a la detección e intervención precoz de familias y menores en situación de riesgo de desprotección o de desprotección leve. Otros Municipios de Gipuzkoa desarrollan acciones en base a programas que tienen objetivos similares.

La eficacia de los Centros de Servicios Sociales y del programa de Intervención Precoz desarrollada en el Municipio de Gipuzkoa ya ha sido señalada en apartados previos de este Informe. La experiencia acumulada en este Programa (y la del equipo que lo lleva a cabo), junto con la experiencia desarrollada con objetivos similares en otros Municipios de Gipuzkoa, puede ser de gran valor para desarrollar una estrategia más ambiciosa que, por una parte, se amplíe a todo tipo de Unidades Profesionales relacionadas con los niños y niñas de edades tempranas y, por otro, se aplique en todo el Territorio de Gipuzkoa.

Los objetivos de esta estrategia pueden concretarse en cuatro puntos:

- Aumentar la detección de casos en edades muy tempranas y en momentos en que se presentan únicamente factores de riesgo. La mayoría de los casos detectados son niños y niñas mayores de los tres años y que suelen ser derivados desde el ámbito escolar. Debe ser fomentado en todo el Territorio una actuación “proactiva” de los profesionales en la captación de situaciones de desprotección o de riesgo de desprotección en el ámbito escolar, pero resulta importante mejorar este programa con dos objetivos muy relevantes:
  - La captación de situaciones en las que la presencia de factores de riesgo parentales, familiares o sociales hacen pertinente y necesaria la implantación de programas de prevención secundaria muy tempranos.
  - La detección de casos de riesgo de desprotección o de desprotección con edades inferiores a los tres años y de manera especial en el periodo prenatal y perinatal (primeros meses de vida del niño/a).
- El objetivo señalado en el apartado anterior sólo se puede alcanzar si se consigue desarrollar una adecuada relación con los profesionales del ámbito sanitario (medicina de familia, atención primaria de pediatría, obstetricia y ginecología, etc.) para la detección “normalizada” de situaciones de riesgo de desprotección y de potenciales usuarios de programas de prevención temprana.
- La detección temprana de familias que presentan factores de riesgo o de niños/as en situación de riesgo de desprotección precisa ser completada con la implantación de programas de intervención temprana de tipo preventivo que garanticen que estas familias reciben la atención necesaria para reducir y eliminar los factores de riesgo que estén presentes y para conseguir el desarrollo adecuado de los niños y niñas.

En base a los objetivos señalados, se hacen las siguientes recomendaciones:

1.1. Creación de una Unidad de Intervención Precoz con cobertura en todo el Territorio de Gipuzkoa. Esta Unidad de IP tendría las siguientes funciones:

- Gestión de la formación de todos los profesionales que están relacionados con niños/as, y familias, especialmente en el ámbito educativo y sanitario, con especial referencia en este último ámbito a la pediatría y obstetricia.
- Elaboración (y adaptación de los ya existentes) de programas específicos para la promoción de la detección de situaciones de riesgo de desprotección o de desprotección leve o moderada.
- Gestión directa de la recepción de todas las notificaciones que se hagan en base a este programa de Intervención Precoz.

La creación de esta Unidad de Intervención Precoz y el desarrollo de sus funciones requiere que haya un acuerdo, específico para esta cuestión, de todos los Municipios de Gipuzkoa y la Diputación Foral de manera que en dicha Unidad se integren, desarrollen y amplíen las funciones, programas, y actividades que se han venido llevando a cabo en los diferentes Municipios.

1.2. La Unidad de Intervención Precoz tendría como principal actividad la ampliación de lo que en la actualidad se entiende por Programa de Intervención Precoz a todos los Municipios de Gipuzkoa. El Programa actual que se lleva a cabo desde el Municipio de Donostia/San Sebastián (Unidades Profesionales de los Colegios) puede ser de utilidad para servir como modelo a ser implantado en todos los municipios de Gipuzkoa. El procedimiento de trabajo que se ha llevado a cabo hasta la fecha actual se considera que puede ser reproducido en el resto de los Municipios.

El trabajo que llevan a cabo los profesionales del Programa de Intervención Precoz en la actualidad incluye el asesoramiento a los profesores/as de los Centros escolares en el manejo de situaciones habituales en las que niños/as de edades tempranas presentan indicadores de desprotección por parte de su familia y, semanera más específica, manifiestan en el aula problemas de comportamiento.

Para completar esta función y para tratar de alcanzar la máxima eficiencia, se recomienda de manera expresa la *“implantación generalizada del programa “Incredible Years” en su versión para profesores/as en todos los centros escolares de Gipuzkoa”*. La implantación de este programa debe permitir dar cobertura a una de las necesidades más relevantes del ámbito educativo en su relación con el sistema de protección infantil y el sistema de salud mental infantil. En concreto, puede ayudar a que los profesores/as dispongan de competencias y habilidades para manejar adecuadamente y resolver los problemas derivados de la presencia de comportamientos desadaptativos en el aula por parte de niños/as de edades tempranas.

La implantación de este programa (*“Incredible Years”*), en su versión para profesores/as específicamente diseñado para estos objetivos permitiría conseguir tres objetivos: (1) mejorar la eficacia de las intervenciones, (2) garantizar un elevado grado de coherencia y similitud entre todos los profesionales del sistema educativo en cuanto a las estrategias utilizadas para manejar este tipo de situaciones y (3) mejorar la coherencia y la coordinación del sistema educativo y el sistema de protección infantil.

1.3. La implantación del programa de Intervención Precoz en el ámbito educativo puede garantizar una mejor cobertura en la detección temprana de situaciones de riesgo de desprotección. No obstante, desde el ámbito educativo sólo se puede acceder a las familias con niños/as en edad escolar (a partir de los 3 años). Las situaciones de riesgo de desprotección están

presentes y pueden ser observables y susceptibles de detección temprana en momentos previos, tanto a partir del nacimiento del niño/a como en el periodo prenatal.

Conseguir el objetivo de mejorar la capacidad de detección e intervención temprana requiere mejorar la capacidad del sistema de protección infantil de tener acceso a los menores y sus familias en contextos normalizados y relacionados con el ámbito de la salud. Por ello, se recomienda la “ampliación del programa actual de Intervención Precoz al ámbito sanitario en toda Gipuzkoa”. Las acciones que se lleven a cabo con el ámbito educativo deberían de adaptarse y ampliarse a todos los profesionales de la Atención Primaria en el Sistema Vasco de Salud de Gipuzkoa y especialmente en los servicios de Pediatría y de Obstetricia y Ginecología.

Entre las acciones concretas que se recomienda desarrollar se da prioridad a la implantación del Programa SEEK que se describe en este Informe o a cualquier programa similar que los profesionales de la pediatría consideren adecuado. La aplicación de este programa SEEK o de otros similar debe incluir dos componentes concretos:

- Formación de profesionales del ámbito sanitario para la detección de situaciones de riesgo de desprotección.
- Incorporación y aplicación de un Inventario de Factores de Riesgo e Indicadores Predictivos que permita establecer un procedimiento de selección de familias y menores y su correspondiente derivación.

1.4. Una de las funciones del programa de Intervención Precoz se centra en el asesoramiento a los padres y madres y en la derivación de casos a programas de intervención preventiva. La Unidad de Intervención Precoz podrá ser de especial utilidad para derivar los casos de riesgo de desprotección o de desprotección leve o moderada a los programas de Intervención Temprana que serán básicamente de tipo preventivo (ver en concreto los programas de promoción del Apego (VIPP, COS y EA) y los programas SafeCare, PCIT e IY.

## **2. Unificación para toda Gipuzkoa de la gestión de todos los programas de Intervención Familiar (descritos en la “cartera” de programas de la 5ª recomendación) y, en la medida de lo posible, de la derivación de los casos a cada uno de los programas. Esta “unificación” incluye a los Servicios Sociales Municipales y a los Servicios Especializados.**

La experiencia adquirida en la aplicación a lo largo de los años 2014 y 2015 con los programas “Safe Care” e “Incredible Years sugiere que puede ser más eficiente el que se establezcan los procedimientos necesarios para que el conjunto de programas que se vayan a implantar se gestionen desde una única entidad en la que se integren los Municipios de Gipuzkoa y el Servicio de Infancia de la Diputación Foral.

La experiencia llevada a cabo estos últimos años con estos programas sugiere que es posible conseguir dicha unificación. En concreto, se trata de establecer los mecanismos necesarios para conseguir los siguientes objetivos:

- Que todas las familias y niños/as y adolescentes que presentan características y necesidades semejantes reciban recursos similares independientemente de su pertenencia a uno de los dos subsistemas (comunitarios o especializados) o de su residencia en diferentes municipios.
- Que la formación de los profesionales que van a ejecutar los programas, su supervisión cotidiana y la gestión de la aplicación de las acciones de cada programa se haga de manera unificada en todo el Territorio.
- Que la supervisión de la intervención y el seguimiento de su evolución se lleve a cabo con criterios unificados para todo el Territorio.



### 3. Mantenimiento del estado actual de los recursos de Acogimiento Familiar y Acogimiento Residencial.

Tal y como se ha señalado en las conclusiones, el objetivo de este Informe se centra de manera muy específica en la mejora de los recursos y programas de Intervención Familiar. A pesar de ello, en la medida en que se trata de disponer de una visión de conjunto del “Sistema de protección infantil”, se hace necesario tomar en consideración los dos grandes recursos que asumen la responsabilidad de la intervención con los menores y sus familias en las que se debe proceder a la separación.

En este Informe no se hace ninguna recomendación específica que implique ninguna modificación de los recursos actualmente dedicados al Acogimiento Familiar o Residencial. Al contrario, se considera que el funcionamiento de los recursos propios y contratados se ajusta a los criterios de calidad de este tipo de recursos y que, en términos absolutos y comparativos con otros sistemas de protección infantil, se cumplen perfectamente los objetivos.

Sin embargo, en la medida que este Informe tiene como objetivo hacer propuestas concretas y específicas de mejora en el logro de los objetivos propios del “Sistema de protección infantil” y que estas propuestas de mejora se rigen por los principios de “Intervención Temprana” y “Aplicación de Programas Basados en la Evidencia”, se hace imprescindible tener en consideración que la mayoría de las recomendaciones señaladas en ese Informe tienen como objetivo principal el reducir a corto, medio y largo plazo el número de niños/as y adolescentes a quienes se asigne el recurso de Acogimiento Familiar o Residencial. El éxito y la consecución de los resultados esperables de todos los programas de Intervención Familiar, ya sean los llevados a cabo en momentos muy tempranos del desarrollo del niño/a (p.e., “Nurse-Family Partnership”, “SafeCare”) o los que se llevan a cabo en edades más avanzadas (p.e., “Incredible Years” o PCIT) deben tener un efecto en la reducción del número y la proporción de niños/as y adolescentes que deben ser separados de sus familias de origen y, por tanto, de la cantidad de plazas que se precisa disponer en el recurso de Acogimiento Residencial o del número de familias acogedoras necesarias.

En todo caso, resulta imprescindible señalar la pertinencia de mantener las acciones que permitan alcanzar los objetivos de (1) disponer del número necesario de familias acogedoras profesionalizadas y (2) de evitar el acogimiento residencial para todos los niños y niñas menores de 6 años y de procurar evitarlo en todos los casos en los que niños tienen 8 años o menos.

Además de las puntualizaciones anteriores, se presentan tres recomendaciones concretas que afectan de manera más directa a este recurso de los Servicios Especializados.

- 3.1. Promoción de la reunificación familiar. En la actualidad el programa de intervención Trebatu tiene asignada la función de intervenir con las familias y los menores en los que considera que existe un pronóstico favorable de conseguir los cambios en la capacidad de los padres para hacerse cargo adecuadamente de su/s hijo/s que posibilitarían la “reunificación”. La recomendación específica es que esta función se lleve a cabo a través de la implantación de uno o de los dos programas (“Multisystemic Therapy” (MST) y “Functional Family Therapy” FFT)) que de manera específica están diseñados para tratar a familias con niños/as y adolescentes de entre 11 y 17 años que presentan problemas de comportamiento externalizados, conductas delictivas y conductas de riesgo. La propuesta concreta hace necesario que se lleven a cabo previamente todos los procesos de formación y acreditación de los equipos de profesionales que deben aplicar estos programas. Una vez que estos equipos estén preparados para iniciar la intervención se deben seleccionar todos aquellos casos en los que (1) exista un mínimo pronóstico favorable para promover la reunificación, y (2) los progenitores presentes una motivación suficiente (en los que sea necesario aplicando las estrategias de la “Entrevista Emocional”) para participar en el

programa de tratamiento y estén favorablemente dispuestos a asumir el retorno del menor al hogar familiar. Sería conveniente establecer un programa concreto de “reunificación” familiar que tenga el objetivo de conseguir el retorno cada año de, por ejemplo, un 5% de todos los menores que en la actualidad están en Acogimiento Residencial o Familiar.

3.2. Programa de prevención de la separación del menor de su familia. Se recomienda que el programa anterior se complemente con la implantación de uno o dos de los programas señalados en el apartado anterior (MST y/o FFT) que irían expresamente dirigidos a evitar el máximo número posible de casos en los que se lleva a cabo la separación del menor de sus padres en forma de Acogimiento Residencial. La recomendación concreta consistiría en el establecimiento de un protocolo según el cual en todos los casos de niños/as y adolescentes mayores de 11 años en los que se valora la presencia de una situación de desprotección etiquetada como “Incapacidad Parental de Control” se lleve a cabo una evaluación explícita para tratar de conocer las posibilidades de obtener resultados positivos que eviten dicha separación con la aplicación intensiva de uno de dichos programas de tratamiento. La experiencia y los éxitos alcanzados por estos programas en situaciones similares de prevención del acogimiento con adolescentes que han cometido actos delictivos permite considerar que esta propuesta puede conseguir resultados favorables.

3.3. Intervención terapéutica con los menores en Acogimiento Residencial. Un porcentaje importante de los niños/as y adolescentes que se encuentran en recursos de Acogimiento Residencial presentan trastornos de tipo emocional y/o comportamental que son diagnosticables como “trastorno oposicionista/desafiante” o “trastorno de conducta”. Y, además, un porcentaje importante de estos niños/as presentan alteraciones psicológicas propias de quienes han experimentado situaciones traumáticas, ya sean por haber sido víctimas de maltrato físico, de abuso sexual o de graves negligencias de tipo emocional o por haber sido testigos de violencia en la pareja. Se recomienda que todos estos niños/as y adolescentes que presentan este tipo de trastornos psicológicos o de sintomatología comportamental o emocional relacionada con dichos trastornos reciban tratamientos psicológicos basados en la evidencia que han sido expresamente diseñados para este tipo de situaciones. En concreto, se recomienda:

3.3.1. La aplicación del Programa “Incredible Years” para todos los casos de niños/as que tengan entre 4 y 12 años y que presenten problemas de comportamientos externalizados o internalizados. El objetivo de la aplicación de este programa debe ser expresamente la corrección de dichos problemas emocionales y de comportamiento. Para ello, se recomienda la aplicación sistemática de dos versiones del Programa “Incredible Years”:

1. El programa para niños y niñas.
2. El programa para padres adaptado a los educadores/as de los hogares en los que residen estos menores. Esta versión se aplicaría al/los profesional/es que tienen la relación más cercana con cada uno de los niños/as que participen en los “grupos de niños/as”.

3.3.2. La aplicación de un programa terapéutico específico para todos los niños/as y adolescentes que han sufrido situaciones traumáticas y que presentan síntomas emocionales y comportamentales que son consecuencia de dichas experiencias. En concreto, se recomienda la aplicación sistemática a todos estos niños/as del Programa “Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents” que se presenta en detalle en el apartado correspondiente de este Informe.

#### 4. Implantación de la “cartera” de programas señalados en este Informe.

Esta es la recomendación general más relevante de este Informe y que recoge dos de los principios señalados en el apartado correspondiente y que se centran en la “Intervención Precoz” y en la aplicación sistemática de “Programas Basados en la Evidencia”. La implantación de una “cartera” completa de programas basados en la evidencia requiere poner en funcionamiento una estrategia general que deberá tener las siguientes condiciones:

5.1. Debe hacerse de forma progresiva, pero a la vez, de forma constante y sabiendo desde el inicio del proceso cuál es el conjunto de programas que se van a poner en funcionamiento en los plazos que se establezcan y las características de los casos a los que cada programa va dirigido.

5.2. Tal y como se desarrollará con más detalle en la “Recomendación Octava” se deberá llevar a cabo un proceso previo o paralelo de cambio de la cultura organizacional que permita orientar de manera decidida “hacia los resultados” y “hacia el éxito” las actuaciones de todas las personas que pertenecen al “Sistema de protección infantil”.

5.3. La implantación de algunos programas se lleva a cabo para intervenir con menores y familias que pertenecen a los “subtipos” de casos que ya están siendo objeto de intervención en el diseño actual de recursos. En estos casos, el coste actual de la intervención debería ser suficiente para financiar las nuevas intervenciones “basadas en la evidencia”. Sin embargo, la implantación de algunos programas, específicamente los programas de intervención más temprana, se dirige a situaciones que en la actualidad no están siendo objeto de tratamiento pero que se entiende que si son tratados en esos momentos tempranos no deberían de necesitar intervenciones tardías (es decir, no deberían de pertenecer a los grupos de casos que en la actualidad están siendo objeto de intervención tardía). En estos casos, la intervención preventiva o muy temprana precisaría de nueva financiación. Sin embargo, esta recomendación se hace con la hipótesis de que dicha financiación de programas preventivos “tempranos” debe suponer una inversión económica que será recuperada con importantes “retornos” en un lapso relativamente breve de tiempo. No obstante, en este Informe (ver apartado correspondiente) se presenta una simulación en la que se proyecta hacia el futuro próximo este proceso, tanto desde el punto de vista del número de situaciones de desprotección de gravedad elevada que se evitarían siguiendo una estrategia preventiva eficaz, como desde el punto de vista de la sostenibilidad económica del proceso de reconversión

La propuesta de implantación de una “cartera” de programas se concreta en los siguientes programas, todos ellos ya descritos en el apartado correspondiente:

##### A. Implantación del programa Nurse Family Partnership

Este programa exige una coordinación de los Servicios Sociales Comunitarios y de los Servicios Especializados con el Sistema de Salud de Gipuzkoa. Algunas consideraciones y precisiones para su implantación:

- a) El programa se dirige a todas aquellas mujeres que esperan tener un hijo/a y que presentan factores de riesgo para no poder ser suficientemente capaces de proporcionar a sus hijos/as los cuidados necesarios. A pesar de que el programa original se dirige sólo a madres adolescentes, en su implantación en Gipuzkoa puede decidirse ampliar el margen de edad y/o incorporar los factores de riesgo que se considere oportuno.
- b) El programa debe ponerse en funcionamiento desde los Servicios de Salud y más concretamente desde la Atención Primaria. Es importante que, independientemente de

qué parte de la Administración financie el programa, la captación de mujeres embarazadas, la oferta de intervención, el desarrollo de la intervención, etc. se lleven a cabo desde ámbitos normalizados y especialmente desde el ámbito sanitario.

- c) En los casos en los que las familias requieran de recursos adicionales (sean de los Servicios Sociales o de Salud Mental, por ejemplo) la coordinación con todos los recursos sociosanitarios debe ser especialmente ágil y eficaz.
- d) De la misma manera, debe tenerse en consideración que en los casos en los que el programa NFP no permita (o no sea suficiente para) alcanzar las mejoras necesarias en el comportamiento materno o paterno y se observen signos de desprotección infantil, se habrá conseguido alcanzar el objetivo prioritario de una detección especialmente temprana que da un elevado margen de maniobra a la aplicación de otro tipo de medidas o de recursos más intensivos o especializados.
- e) La participación de una familia en el Programa NFP puede ser perfectamente compatible con su participación simultánea o consecutiva en alguno/os de los otros programas de intervención precoz que se presentan en este Informe, especialmente los programas que tienen como objetivo la promoción del Apego Seguro y la mejora de la sensibilidad y responsividad parental

## **B. Implantación de Programa SafeCare**

Tal y como se ha descrito en el apartado correspondiente, este Programa va dirigido a familias, especialmente madres, con niños/as de entre 0 y 5 años en los que se presentan factores riesgo de negligencia física o emocional o situaciones de negligencia física o emocional de gravedad leve o moderada. Forma parte de los programas cuya “población diana” a la que va dirigido no está siendo captada o detectada en la actualidad por los recursos existentes de “Intervención Precoz”.

Las condiciones en las que se debe de poner en marcha este Programa de Intervención Temprana surgen de la experiencia acumulada a lo largo de los últimos dos años de intentar su implantación piloto en Gipuzkoa. Son las siguientes:

1. La captación de las familias que se pueden beneficiar de este programa debe hacerse desde contextos normalizados como el ámbito sociosanitario y el educativo.
  - a) En el primer caso, se considera que se alcanzaría la máxima eficacia en la captación de estas familias y en el ofrecimiento de participación si se hiciera desde las consultas de pediatría en los recursos sanitarios de Atención Primaria.
  - b) En el segundo caso, se alcanzaría la máxima eficacia con la inserción del programa en las acciones que se llevan a cabo en la actualidad con las Unidades Profesionales de los Centros Educativos de Donostia/San Sebastián y que se ha recomendado que se amplíen a todo el Territorio de Gipuzkoa.
2. La implantación del Programa SafeCare puede ser más eficaz si se desarrolla de manera conjunta con la implantación en el ámbito pediátrico del Programa “SEEK” que ya se ha descrito en el apartado correspondiente. Resumiendo la propuesta, se trataría de que, a partir de la aplicación del protocolo de detección de factores de riesgo a todas las madres y padres que acuden a la consulta de pediatría (entre el nacimiento y los 5 años) se ofrezca de manera sistemática la participación en el programa a todas las familias en las que se presenten los factores de riesgo que se consideren pertinentes.

## **C. Implantación de programa o programas de Promoción del Apego Seguro y de Mejora de la Sensibilidad y Responsividad Parental (VIPP, COS, y/o EA).**

Tal y como se ha señalado en el apartado correspondiente (ver “Principios Básicos”) todas las evidencias científicas, coherentes con la experiencia profesional, indican que la manera en que los

padres son capaces de (1) ser sensibles a las señales de necesidad de tipo físico y emocional de sus hijos/as y (2) de responder a dichas señales de necesidad de manera contingente, consistente y adecuada, en momentos sensibles o críticos del desarrollo infantil, especialmente en los primeros dos o tres años de vida del niño, son extremadamente relevantes por sus efectos en el posterior desarrollo emocional y comportamental de todos los seres humanos. En la mayoría de las situaciones de desprotección infantil que se detectan en momentos posteriores del desarrollo del niño/a existe una elevada posibilidad de que en momentos muy tempranos (especialmente en el primer años de vida) de dicho desarrollo, los padres no hayan sido capaces de ser adecuadamente “sensibles” y “responsivos” y que, como consecuencia de ello, se haya establecido un patrón de interacción distorsionado que suele estar asociado con lo que se entiende como un “Apego NO Seguro” y/o con problemas de vinculación afectiva de los padres al niño/a.

Existen en la actualidad programas de intervención específicamente diseñados para conseguir que los padres y madres adquieran las competencias y habilidades necesarias para evitar que se produzca el proceso de interacción inadecuada que provoca un tipo de Apego NO Seguro del niño/a y los posteriores problemas de tipo emocional y comportamental asociados. Probablemente, los tres programas señalados en esta recomendación y descritos en el apartado correspondiente son los que han demostrado máxima eficacia en aplicaciones controladas a lo largo de los últimos años.

La recomendación de implantación de estos programas se hace a partir de las siguientes consideraciones:

1. Resulta conveniente y pertinente disponer de equipos de profesionales formados en los tres programas arriba señalados y disponer de una “subcartera” concreta con los tres programas, de manera que, en cada situación personal o familiar (en base a las necesidades de los padres, su disponibilidad para la intervención grupal o individual, edades de los niños/as, etc.), se aplique uno u otro.
2. Estos programas pueden ser perfectamente aplicados de forma complementaria a la aplicación del Programa NFP o del Programa SafeCare en los casos en que los profesionales de estos programas lo consideren necesario. La duración breve de estos programas, el escaso número de sesiones y su limitado coste en términos económicos, los hace fácilmente aplicables de manera complementaria con otros programas preventivos menos específicamente dirigidos a mejorar la calidad de la interacción con el hijo/a.
3. De la misma manera que se ha señalado con el Programa SafeCare, es imprescindible que estos programas se ofrezcan a las madres y padres de niños/as de menos de 3 años desde un contexto y un ámbito de atención “normalizado”, especialmente desde el ámbito sociosanitario.

#### **D. Implantación del Programa PCIT**

Un número no muy elevado de situaciones de desprotección se caracterizan por la presencia de episodios de maltrato físico de diferentes grados de severidad. En la mayoría de estos casos, los episodios de maltrato físico o de utilización muy inadecuada de la disciplina física se presentan ya desde edades muy tempranas y se deben a serias dificultades de los padres para la utilización de estrategias disciplinarias adecuadas. Los esquemas preexistentes con respecto al uso del castigo físico, las distorsiones cognitivas en la interpretación del comportamiento inadecuado de los niños/as, la ausencia de estrategias disciplinarias adaptativas en el repertorio comportamental de los padres, la elevada irritabilidad y la falta de autocontrol de la conducta agresiva explican en buena medida estas situaciones en las que los padres pueden cometer frecuentes actos de maltrato físico de diferentes niveles de gravedad.

El programa “*Parent Child Interaction Therapy*” fue diseñado expresamente para mejorar, en situaciones en que los niños/as presentaban problemas comportamentales, las habilidades de los padres para manejar la conducta de sus hijos/as y para enseñarles estrategias disciplinarias adaptativas. Este programa ha sido aplicado con muy buenos resultados en situaciones en que estas dificultades hacen que aparezcan episodios de maltrato físico (y cuando hay claros indicios de riesgo elevado de que se produzca), especialmente en edades tempranas cuando el maltrato físico puede provocar consecuencias más negativas en el niño/a y, a la vez, es más susceptible de corregirse la interacción distorsionada entre padres/madres e hijos/as.

#### **E. Continuar con la implantación del Programa “Incredible Years”**

El Programa “Incredible Years” se viene aplicando en casos del Servicio de Infancia del Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián y de la Diputación Foral de Gipuzkoa en los que se presentan diferentes situaciones de desprotección infantil (excluyendo casos de abuso sexual y maltrato físico de gravedad muy elevada) que se caracterizan por la presencia de problemas de comportamiento en los niños/as y por la ausencia de las necesarias habilidades parentales para manejar el comportamiento de los hijos/as. Hasta ahora se ha venido aplicando de manera “piloto” en casos en que los niños/as tienen entre 4 y 8 años.

La aplicación piloto de este programa está sujeta en la actualidad a la correspondiente evaluación de resultados siguiendo las exigencias del diseño experimental. Los primeros resultados obtenidos en base a las intervenciones llevadas a cabo en la fase de formación de los profesionales y en las que únicamente hay puntuaciones pre y post-tratamiento (sin comparación con un grupo que haya recibido el programa habitual) sugieren que se obtienen los resultados esperados.

Tal y como se ha descrito en el apartado correspondiente, el programa dispone de versiones diferenciadas para niños/as en función de su edad pero que cubren el rango de edad que va entre los 3 y los 12 años. El programa dispone de una versión para su aplicación con los padres y madres de estos niños/as. El programa de niño/as y el programa de padres se pueden aplicar por separado (uno u otro) o de manera conjunta, es decir, aplicando a la vez el programa con los niños/as y el programa con los padres de dichos niños/as.

Se recomienda que, si los datos que se obtengan en la evaluación de resultados son positivos y muestran que el programa es eficaz y alcanza los objetivos que se persiguen, se proceda a la aplicación del programa a todas las situaciones de desprotección infantil similares en las que los niños/as tengan entre 4 y 11 años. Se recomienda que, si los resultados son favorables, se aplique el programa en el formato actual, es decir, utilizando de manera simultánea los grupos de niños/as y los grupos de padres/madres.

#### **F. Implantación del Programa Multisystemic Therapy (MST) o del Programa Functional Family Therapy (FFT)**

Uno de los grupos de casos que tiene una mayor relevancia en el sistema de protección infantil es el representado por los niños/as y adolescentes de entre 11 y 17 años en los que aparecen graves problemas de comportamiento unidos a las graves dificultades de los padres para controlar y manejar dichas conductas. Se trata de casos en los que previamente, a lo largo de etapas anteriores del desarrollo de los menores se han podido presentar otras situaciones de desprotección infantil no detectadas o con las que no se han alcanzado los resultados deseables, pero en los que lo esencial es la incapacidad parental de control de la conducta de estos niños/as o adolescentes y, en algunas ocasiones, la negligencia en la supervisión de la conducta del adolescente.

Se trata de tipologías de desprotección (1) que aparecen en el sistema de protección infantil en momentos muy tardíos, cuando los problemas de comportamiento se hacen muy evidentes en la familia y en el ámbito escolar y comunitario, (2) que ocupan un porcentaje importante de las plazas dedicadas a la intervención familiar, (3) con las que no se obtienen en la actualidad y con los recursos aplicados (educadores/as familiares y terapia) los resultados necesarios y (4) en las que existe un riesgo importante de que los menores (a) deban ser separados de sus padres y/o (b) presenten claros signos de riesgo para desarrollar comportamientos propios de un trastorno antisocial de la personalidad.

Los programas MST y FFT, tal y como se ha señalado en el apartado correspondiente, se han venido aplicando a lo largo de un muy prolongado periodo de tiempo a poblaciones en las que se dan estas circunstancias y de manera muy específica, a todos aquellos menores de las edades señaladas en los que ya se presentan conductas delictivas y con un riesgo muy elevado de que se deba proceder a su internamiento.

La eficacia demostrada por ambos programas en la reducción de este tipo de problemas de comportamiento externalizados y conductas delictivas y en la evitación del internamiento hace pertinente que se recomiende su implantación para este tipo de casos.

#### **G. Implantación del Programa Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect (MST-CAN)**

Un conjunto muy relevante desde el punto de vista numérico y de la gravedad de las situaciones de desprotección es el de aquellas familias (1) en las que se presentan situaciones de maltrato físico, y/o maltrato psicológico, y/o negligencia física-psicológica y (2) en las que, además, los padres suelen ser considerados como multiproblemáticos. Este término suele hacer referencia a la presencia en dichos padres de problemas de salud mental, consumo de alcohol o de sustancias, limitaciones en la red de apoyo social, problemas diversos en las relaciones de pareja y relaciones familiares. Se entiende que en este grupo de casos dichos problemas mentales, familiares y sociales están muy asociados a las situaciones de desprotección y que deben ser tratados para poder resolver el problema de desprotección de los menores.

Se recomienda implantar el Programa Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect (MST-CAN) que, como resulta evidente, es una adaptación del programa MST para familias que se encuentran dentro del Servicio de Protección Infantil (SPI) debido a situaciones de desprotección relacionadas con el abuso físico y/o la negligencia.

Como se ha señalado en otra parte de este Informe, este programa trabaja con todos los miembros de la familia, las intervenciones se centran en tratamientos basados en la evidencia e incluyen análisis del uso de la fuerza, comunicación familiar, resolución de conflictos, terapia cognitivo-conductual para el control de la ira y para el trastorno de estrés post-traumático (TEPT), así como terapia centrada en el análisis funcional del abuso y/o la negligencia, y terapia basada en el refuerzo para adultos con problemas de abuso de sustancias.

El programa MST-CAN puede trabajar con familias en las que viven menores de entre 6 y 17 años y está diseñado para abordar la presencia de los trastornos mentales y/o estrés post traumático en los menores y de trastornos mentales (únicamente se excluye la presencia de brote psicótico), síntomas de ansiedad y/o depresión, y/o consumo de alcohol y otras sustancias en los adultos.

El Programa MST-CAN tiene una elevada intensidad de sesiones de trabajo con la familia (entre 3 y 5 a la semana, que pueden ser de duración muy variable; incluso se pueden llevar a cabo más de una sesión al día), una duración superior a la versión general MST que puede alcanzar los 9 meses como máximo, y una ratio de familias por profesional muy baja (4 familias por terapeuta). Además,

se requiere la presencia de un equipo multiprofesional compuesto por terapeutas, trabajadores sociales, psiquiatras que asume de manera integral todas las funciones que se deban llevar a cabo con los menores, los padres, el colegio, la comunidad, etc. y que están disponibles (como equipo) todos los días de la semana y las 24 horas del día.

Todo lo anterior hace que el programa MST-CAN sea algo más caro por cada familia y que exija la presencia de profesionales (psicólogos clínicos, trabajadores sociales y psiquiatras) con un elevado grado de capacitación y experiencia profesional.

El Programa MST-CAN puede ser de gran utilidad para aquellas familias en las que la presencia de las situaciones de maltrato físico o de negligencia no pueden ser resueltas únicamente con la aplicación de estrategias de enseñanza de habilidades parentales o de resolución de conflictos.

#### **H. Implantación del Programa Treatment Foster Care Oregon**

Este programa está indicado para aquellas familias en las que, existiendo una situación de desprotección de gravedad elevada o muy elevada, se dan dos características importantes: (1) la presencia de graves problemas de comportamiento en los niños/as o adolescentes y (2) la presencia en los padres de graves dificultades para manejar dichos problemas de comportamiento. Este programa, a diferencia de otros programas que abordan situaciones similares, se dirige a aquellos casos de especial gravedad en los que se hace evidente que los niños/as o adolescentes necesitan estar temporalmente fuera del ambiente de su familia de origen para poder modificar sus patrones de comportamiento y de relación con su entorno más cercano.

Sería, por tanto, un programa que aborda situaciones similares a las que abordan programas incluidos en esta “cartera” de programas basados en la evidencia como “Incredible Years”, “Multisystemic Therapy” o “Functional Family Therapy”, pero en las que la indicación fundamental y la orientación del Plan de Caso se centran en la separación temporal de menor de su familia de origen o biológica como estrategia para conseguir los objetivos de reducción de los problemas de comportamiento del niño/a o adolescente. Esta separación temporal estaría indicada por la cronicidad y estabilidad de las interacciones inadecuadas entre los padres y el hijo/a y por la consiguiente dificultad para modificar dichas interacciones distorsionadas con la presencia del niño/a o adolescente en el hogar.

Como se ha señalado en el apartado correspondiente de descripción de los programas seleccionados, el TFCO dispone de tres versiones que se aplican en función de la edad del menor (3-6 años, 7-11 años y 12-17 años) y supone la separación temporal del menor en una familia de acogida profesionalizada y específicamente formada para trabajar con este tipo de niños/as o adolescentes durante un periodo de entre 6 y 9 meses. Durante este periodo de tiempo, el tratamiento con la familia biológica se centra en la preparación de un ambiente relacional que garantice la viabilidad del retorno del menor.

Sería, por tanto, un programa que se aplicaría sólo a aquellos casos en los que no se considera suficiente la aplicación de los programas “Incredible Years”, “Multisystemic Therapy” o “Functional Family Therapy”.

#### **I. Implantación del Programa Triple P**

Todos los programas descritos hasta ahora y que se recomienda que se incorporen a la “cartera” de programas basados en la evidencia (1) están creados para poblaciones “diana” muy específicas y (2) tienen un componente “terapéutico” importante, en el sentido de que el objetivo de la



intervención es modificar patrones cognitivos y conductuales que caracterizan la manera en que los padres se relacionan con sus hijos/as y cubren sus necesidades emocionales, cognitivas y sociales.

En un número importante de familias, que no forman parte de los grupos que se beneficiarían de dichos programas, puede estar más indicada una intervención “educativa”, más parecida a la intervención que en la actualidad llevan a cabo los/las educadores/as familiares, y que estaría basada en la enseñanza de habilidades parentales y de manejo de la conducta cotidiana de los niños/as.

El Programa Triple P, tal y como se ha señalado en el apartado correspondiente, dispone de dos versiones (versión IV y V) que son perfectamente aplicables a las familias que necesitan mejorar sus competencias parentales y que se adaptan fácilmente a una intervención educativa en el domicilio. El Programa Triple P aporta esencialmente una estructuración del contenido de cada una de las sesiones de “educación familiar”, una delimitación precisa de los objetivos de cada sesión de “educación familiar” y una delimitación del número de sesiones educativas y de la duración total de las intervenciones.

Se recomienda la implantación de este Programa y su aplicación sistemática a todas aquellas familias en las que la finalidad es estrictamente la “capacitación parental”.

## **5. Mantener el “foco” fundamental de todas las intervenciones familiares en la modificación de las competencias parentales.**

El modelo actual de intervención familiar y que viene utilizándose durante los últimos años se basa en el supuesto de que las limitaciones de los padres y madres del “Sistema de protección infantil” para satisfacer de manera adecuada las necesidades de los menores (es decir, sus dificultades en la competencia parental) está causado o es explicable por la presencia de un conjunto de condiciones o características personales, familiares, sociales, etc. que se interrelacionan de manera específica en cada caso. Se suele entender que la historia de crianza los padres, sus relación de pareja, la relación con la familia extensa, su situación emocional o sus condiciones sociales, laborales y económicas están afectando o están siendo aspectos clave para explicar las dificultades que presentan en el ejercicio de las competencias parentales. La aplicación del denominado modelo ecológico-sistémico a la explicación de las diferentes situaciones de desprotección ha sido de una gran utilidad para entender el contexto en el que se desarrollan dichas situaciones. Sin embargo, la aplicación de este modelo en las propuestas de tratamiento implica la necesidad de tener que establecer como objetivo de intervención la modificación de la mayoría de “características” de los diferentes niveles del sistema como condición previa a la modificación de las habilidades y competencias parentales.

La imposibilidad o gran dificultad para modificar muchas de estas variables del “eco-sistema” está probablemente en la base de la extensa duración de las intervenciones y, quizá, en la escasa tasa de resultados positivos alcanzados en la modificación de las competencia parentales. Es probable, además, que una buena parte de las hipótesis o modelos teóricos que se establecen desde esta perspectiva en cada situación de desprotección infantil (considerar, por ejemplo, que la relación de una madre con su familia extensa, condiciona su capacidad para ejercer de manera adecuada las competencias parentales) puedan no ser compatibles con la realidad de los hechos y que, por tanto, las intervenciones estén abordando innecesariamente la modificación de variables que no tienen relación causal con los problemas específicos de ejercicio de las competencia parentales.

Por ello, una de las recomendaciones más importantes de este Informe es la de modificar el “modelo de intervención familiar”, focalizando la mayor parte de los recursos del tratamiento o de la prevención en la promoción de las competencias parentales o en la enseñanza de habilidades cognitivas y conductuales que permitan dotar a los padres de las competencias y habilidades

adecuadas para el manejo más eficaz de la conducta de sus hijos/as y para satisfacer sus necesidades emocionales, cognitivas y sociales.

#### **6. Mantener la estructura actual de los equipos de Psicólogos Comunitarios, SPIF y EZIAs e incorporar, al trabajo de estos responsables de caso, un nuevo Sistema de Evaluación de Casos y de Elaboración de Planes de Caso adecuados a la perspectiva de intervenciones focalizadas en la modificación de las competencias parentales, breves y eficaces.**

En coherencia con lo expresado en la recomendación anterior y a partir de la propuesta de una cartera de programas basados en la evidencia, se recomienda que, en los casos en los que se considere necesario llevar a cabo una intervención familiar, los contenidos de los Informes de Evaluación y los correspondientes Planes de Caso se adecuen a lo expuesto de manera general en la recomendación anterior y que las indicaciones de dichos Informes de Evaluación contemplen las siguientes indicaciones:

- Que las evaluaciones de las familias y, por tanto, los Informes de Evaluación den prioridad a todos aquellos puntos débiles o déficit y a todos aquellos aspectos positivos de las competencias de los padres para el manejo de la disciplina, la satisfacción de las necesidades emocionales de los niños/as, etc. Se recomienda que se evalúen de manera lo más precisa posible y concreta (especificando las situaciones concretas de la interacción) todas las competencias parentales.
- Que se mantenga la evaluación de todos los aspectos relacionales, (familiares, sociales, laborales, económicos, etc.) siempre que sean de utilidad para que los profesionales que vayan a ejecutar los programas conozcan el contexto en el que los padres ejercen sus funciones parentales, pero evitando que, si no es estrictamente imprescindible, estos aspectos se conviertan en objetivos de la intervención.
- Que se dé especial prioridad a las evaluaciones de la situación concreta (emocional, cognitiva, comportamental, relacional, etc.) en la que se encuentran los niños/as y adolescentes objeto de intervención. De manera muy específica, se recomienda evaluar sistemáticamente (1) el nivel de desarrollo cognitivo y emocional y (2) el tipo de apego o vinculación afectiva que presentan todos los niños/as que vayan a ser objeto de intervención.

Que el objetivo principal de los Informes de Evaluación se centre en el establecimiento de un pronóstico preciso de la intervención familiar teniendo en cuenta qué programa/as basado/s en la evidencia, de los presentes en la “cartera” de programas, es el indicado (o los indicados) para cada familia y/o cada menor.

#### **8. Dar prioridad al desarrollo de prácticas basadas en la evidencia que evalúen y tengan como objetivo conseguir una suficiente conciencia de problema y motivación para el cambio.**

Una de las principales dificultades con las que, desde “siempre” se ha enfrentado el “Sistema de Protección Infantil” para promover el mantenimiento de los menores en sus familias de origen y para desarrollar una intervención efectiva con los padres y madres es la habitual y muy frecuente ausencia de una adecuada conciencia del problema de dicha desprotección y de una adecuada motivación para el cambio. No es un problema muy diferente al que se enfrentan habitualmente los profesionales de otros ámbitos de la intervención clínica o psicosocial como el alcoholismo, tabaquismo, o consumo de sustancias.

En la publicación que se ha presentado en el apartado correspondiente (ver “Principios Básicos que deben regir la propuesta de mejora....”) se hace mención a este problema de manera específica y se recomienda que los servicios de protección infantil proporcionen servicios basados en la evidencia pero “adoptando de forma explícita y generalizada un enfoque centrado en conseguir la

colaboración y en aumentar la motivación a través de la “inclusión genuina de los padres en la planificación de la intervención”, “haciendo los máximos esfuerzos explícitos por superar las barreras para la participación en las intervenciones” y promoviendo la “inclusión de sesiones centradas en mejorar la motivación como parte de la intervención”.

La recomendación concreta de este Informe se centra en dos puntos concretos:

- 8.1 La incorporación sistemática y generalizada en todos los recursos del “Sistema de Protección Infantil” (desde la detección, la evaluación, la oferta de participación en los programas y la propia participación en dichos programas) de las técnicas y las estrategias de intervención que permitan conseguir en el mayor número de casos la adecuada conciencia de problema y motivación para el cambio. En concreto, se recomienda la adaptación de algunos de los principios y de las técnicas y estrategias de trabajo que se explicitan en lo que se entiende por “Enfoque Colaborativo” y de la “Entrevista Motivacional”
- 8.2. Considerar la opción de que la participación de las familias en alguno o algunos de los programas que se han descrito en la “cartera” de programas basados en la evidencia, se inicie únicamente en aquellos casos en los que se puede garantizar que existen las necesarias conciencia de problema y motivación de cambio imprescindibles para alcanzar los resultados que se pretenden conseguir.

## **9. Promoción de un cambio en la orientación y cultura de la organización: orientación al éxito, rendimiento de cuentas, orientación a resultados.**

Ya se ha señalado en el tercero de los Principios que rigen la redacción de este Informe que, para que se pueda llevar a cabo con ciertas garantías de éxito un proceso de reconversión del Sistema de Protección Infantil centrado en la innovación y la aplicación de Programas Basados en la Evidencia, es imprescindible conseguir un cambio en la orientación y la “cultura organizativa” de dicho Sistema de Protección Infantil. Y esto se refiere a todos los integrantes del Sistema, desde los responsables políticos, los responsables técnicos y todos los profesionales de atención directa de las entidades públicas, y todas las organizaciones que llevan a cabo actividades contratadas o concertadas de intervención (ya sea de evaluación, de prevención o de tratamiento) por encargo de dichas entidades públicas.

Todos los expertos en la materia y quienes han desarrollado estos procesos señalan la necesidad de conseguir que las organizaciones y los profesionales que en ellas trabajan consigan alcanzar una adecuada “orientación a resultados” y una adecuada actitud básica de “rendimiento de cuentas” de todos sus desempeños profesionales.

En la elaboración de este Informe se ha llevado a cabo una revisión de los programas diseñados para alcanzar estos objetivos de cambios en la “cultura organizativa” especialmente de aquellos que se hayan aplicado junto con programas basados en la evidencia del ámbito de los Servicios Sociales y de la Protección Infantil.

Se ha seleccionado el Programa ARC que se presenta a continuación:

### **AVAILABILITY RESPONSIVENESS AND CONTINUITY (ARC)**

#### **9.1 Marco Teórico**

Es una intervención organizacional que consta de 12 componentes principales que sirven como estrategias que pueden ser utilizadas para desarrollar y cambiar contextos organizacionales.

Investigaciones en el ámbito de la protección infantil y de la justicia juvenil indican que las características del entorno de trabajo, como la cultura y el clima de la organización, afectan al cambio de los empleados, a las actitudes hacia el trabajo, a la calidad del servicio ofrecido y a los resultados del mismo. Estas investigaciones concluyen que existe la necesidad de centrar los esfuerzos en crear climas positivos de trabajo, sin embargo hay poca investigación sobre el tema en el ámbito de la protección infantil, debido a que las estrategias de intervención organizacionales utilizadas para mejorar el clima y el rendimiento laboral en otros tipos de organizaciones raramente se han aplicado en el sistema de protección infantil.

El **clima** puede ser definido en dos niveles. (1) A nivel individual: *clima psicológico*, que consiste en la representación individual del impacto psicológico que tiene el ambiente de trabajo en su propio bienestar. (2) El *clima organizacional* sería las representaciones individuales en conjunto, formando una unidad en caso de coincidir. El clima mantiene una propiedad individual en cuanto a que representa las apreciaciones individuales del impacto del trabajo.

La **cultura** se define únicamente a nivel organizacional o de unidad de trabajo y engloba las expectativas de comportamientos y de normas que caracterizan la manera en que se realiza el trabajo.

La cultura y el clima de los equipos interventivos son importantes para brindar el servicio con efectividad dado que definen las características del contexto en el que el mismo será prestado. En diferentes estudios se ha encontrado que son más efectivas las intervenciones organizacionales que identifican y actúan sobre **tres dimensiones: (1) social, (2) técnica y (3) estratégica**. Además encuentran que aquellas que actúan sobre la dimensión social (cultura y clima) son más efectivas que aquellas que sólo intervienen sobre la dimensión técnica o estratégica.

La intervención ARC se basa en la *Teoría General de Sistemas*, la cual describe que las organizaciones conectan de forma estratégica las entradas (inputs) que reciben del exterior con procesos técnicos para crear respuestas (outputs) en forma de productos o servicios. La efectividad de los procesos técnicos depende del contexto social en el cual se encuentran incorporadas las tecnologías y en el que se ponen en marcha las estrategias.

El rol fundamental del contexto social en las actividades técnicas y estratégicas se encuentra apoyado por la *Teoría Cognitiva Social*, la cual describe el efecto del contexto social en los procesos cognitivos afectando tanto al comportamiento como a las actitudes.

El **contexto social** creado en una organización incluye las relaciones interpersonales, normas sociales, expectativas conductuales, percepciones individuales, actitudes y otros factores psicosociales que rigen la manera en que los miembros de la organización enfocan el trabajo.

El tipo de responsabilidad, la gravedad de las dificultades tanto conductuales como emocionales de las familias a las que atienden y las exigencias para la toma de decisiones hace que el trabajo en el sistema de protección infantil sea estresante, impredecible y complejo. Estas características explican que el clima de la organización se encuentre definido por indicadores de sobrecarga de trabajo, conflictos de roles, agotamiento emocional y despersonalización, afectando a las actitudes de los trabajadores, a la calidad del servicio prestado y a los resultados obtenidos.

Estas características permiten a su vez explicar porque en este tipo de sistemas se desarrolla una cultura defensiva de oposición a la innovación y resistencias hacia nuevas tecnologías que podrían potencialmente mejorar la calidad y el resultado de los servicios. Estas culturas promueven la reactividad antes que la receptividad, creando estrategias para evitar asumir responsabilidades por miedo a sanciones burocráticas y legales en casos donde las intervenciones fracasan.

## 9.2 Principios y Componentes

La intervención ARC está guiada por **5 principios** que describen un sistema de servicios efectivo:

1. **Centrado en la Misión**
2. **Orientado a Resultados:** evaluación de la actuación individual, grupal y organizacional a través de la mejora en el bienestar de los menores.
3. **Orientado al Progreso:** búsqueda continua de mejoras a fin de brindar un servicio mas efectivo.
4. **Centrado en las Relaciones:** el foco en la red de relaciones sociales (ej. Familia, colegio, comunidad) importantes para el bienestar de los menores.
5. **Basado en la Participación:** incluye a los prestadores de servicios y partes interesadas en el desarrollo de políticas, diseño de estrategias y adopción de tecnologías para mejorar el bienestar infantil.

Estos principios se aplican en la implementación de los **12 componentes** de intervención, los cuales se distribuyen en **3 fases:** colaboración, participación e innovación.

### **Fase 1: Colaboración**

1. **Apoyar al Liderazgo Organizacional** en el uso de los modelos y principios del ARC comunicando una visión clara del cambio, estableciendo altos niveles de rendimiento y creando un clima sano para mejorar la efectividad. Desde la dirección de la organización se describe el proceso de la intervención ARC, forma una estructura participativa para la implementación y establece premios e incentivos para la consecución de los niveles de rendimientos.
2. **Cultivar las relaciones personales** con los administradores, proveedores de servicios, líderes de opinión y otros participantes, para crear una base sólida de comunicación, de intercambio de información y para la identificación de problemas.
3. **Acceder o desarrollar redes de interacción** entre los administradores, proveedores de servicios y otros participantes. Brindar oportunidades para el intercambio de ideas, el acceso a expertos y la colaboración.

### **Fase 2: Participación**

4. **Construir un Equipo de Trabajo** entre las unidades del trabajo a fin de facilitar la participación, el intercambio de información y el apoyo. Se hace énfasis en ayudar a los equipos a utilizar sus conocimientos de forma colectiva para mejorar el servicio, aumentar el apoyo social y reducir la percepción de riesgos asociados con el cambio.
5. **Dar información y formación** sobre el modelo de intervención, sobre las políticas de la administración y sobre las estrategias de la gestión de la información para apoyar los esfuerzos del cambio. Incluye demostrar las ventajas de la innovación.
6. **Establecer un sistema de retroalimentación** para poder informar sobre la actuación de los equipos y su gestión. Es fundamental utilizar indicadores válidos de resultados para poder conseguir la adopción de nuevas prácticas.
7. **Implementar la toma de decisiones participativa** entre los equipos para crear un apoyo y dar la oportunidad de recibir aportaciones para resolver problemas asociados a la forma en que se ofrecen los servicios.
8. **Resolver conflictos** tanto a nivel interpersonal como intra e interorganizacional para poder abordar diferencias de opinión y rivalidades que limitan la capacidad de trabajar en equipos. Los problemas son abordados a través del intercambio de opiniones, clarificación de los problemas, priorizando, promoviendo un esquema de acuerdos y la mediación.

### **Fase 3: Innovación**

9. **Desarrollar un contexto de metas** definiendo objetivos a corto y largo plazo, utilizando componentes de retroalimentación, de toma de decisiones participativas entre otros.
10. **Mejora continua de la calidad**, utilizar técnicas para el cambio de políticas y prácticas que apoyan el trabajo de aquellos que ofrecen el servicio.
11. **Rediseño de las características del trabajo**, para eliminar las dificultades de los servicios, revisando las responsabilidades de cada puesto de trabajo (ej. Evaluación, orientación, seguimiento) y ampliando las habilidades (ej. Uso de instrumentos estandarizados).
12. **Asegurar la autorregulación y la estabilización del cambio** ofreciendo información y formación para facilitar la utilización de los demás componentes de manera independiente a fin de mantener la innovación tras el periodo de intervención.

### 9.3 Resultados

El análisis de los efectos de la intervención ARC con trabajadores del sistema de protección infantil y justicia juvenil se centra en:

1. Análisis de la rotación del personal de todos los trabajadores participantes en la intervención, encontrando que aquellos equipos participantes en la intervención ARC tenían una ratio mucho menor de rotación en relación con el grupo control. Encontrado que en aquellos equipos donde se llevo a cabo la intervención durante un año había un 39% de renuncias en comparación con el 69% de renuncias del grupo control.
2. Aquellos trabajadores que participaron durante toda la intervención ARC reportaban niveles más bajos de despersonalización, desgaste emocional, conflictos de funciones y sobrecarga de trabajo en comparación con el grupo control.
3. Los trabajadores que participaron en el grupo de seguimiento reportaron niveles más bajos de conflictividad de funciones y de sobrecarga de trabajo.

Los resultados de la intervención ARC no cambia la cultura organizacional. La cultura de este tipo de organizaciones tan amplias y burocráticas, se encuentra profundamente arraigada y es notoriamente difícil conseguir un cambio. Este resultado se encuentra sostenido por muchas teorías que plantean que la cultura organizacional es mucho más difícil de cambiar que el clima organizacional.

La intervención ARC ha sido probada junto con la aplicación del Programa Multisystemic Therapy (MST). Los resultados muestran que:

- La intervención ARC afecta la percepción de los terapeutas del contexto social donde se ofrecen los servicios, mostrando que aquellos profesionales que participaban en la intervención ARC obtenían un mayor progreso en el tratamiento.
- Los jóvenes que participaron del programa MST por parte de profesionales de empresas con la intervención ARC (MST+ARC), mostraron una mejora durante el tratamiento, traduciéndose en resultados tanto clínicos como estadísticos significativos a los 6 meses.
- Los jóvenes participantes en MST+ARC tuvieron menos entradas a recursos residenciales en el periodo de seguimiento de 18 meses. Con una tasa del 16% en comparación con la tasa del 34% de aquellos que participaron en intervenciones sin ARC.

### 9.4 Procedimiento de Intervención

- **Duración de la intervención:** Un año.
- **Recursos Humanos:** 5 agentes pudiendo llevar cada uno de ellos 2 a 3 equipos en EEUU.
- **Tipo de intervención:** Intervención grupal, con sesiones de 2 horas de duración con una frecuencia semanal.
- **Procedimiento:**
  - o **Sesiones grupales:** se llevan a cabo en bloques de 5 a 6 semanas, con descanso de 1 semana entre cada bloque.

- **Talleres de trabajo:** 4 en un año de 1 o 2 días con los directores y líderes de los equipos participantes en la intervención con el propósito de crear un sentido de trabajo conjunto.
- **Reuniones trimestrales:** con los directores para revisar el progreso de la intervención, discutir las recomendaciones proporcionadas por los equipos de intervención en cuanto a cambios administrativos y de políticas de empresa, y para responder posibles dudas y preocupaciones de los directores acerca de la intervención.
- **Reuniones con líderes de opinión:** así como con personas interesadas de la comunidad (ej.: jueces, directores de colegios, otros profesionales del sector, etc.) a fin de comentar los esfuerzos de la intervención ARC como para compartir información y datos sobre las dificultades a la hora de ofrecer el servicio.

#### 9.5 Cualificación profesional y formación específica necesaria

Para formarse como agente de cambio en ARC es necesario poseer un título de máster o doctor en trabajo social, psicología o ámbitos relacionados y contar con al menos 15 años de experiencia que debe incluir la capacitación de personal.

La formación en ARC tiene una duración de 6 meses, con 20 horas de formación semanal. La formación incluye conocimiento del modelo teórico en el que se basa la intervención, los componentes específicos con los que cuenta, las características de una organización centrada en el éxito, el mantenimiento y consistencia en la implementación de la intervención y el uso del manual para llevar a cabo la intervención.

### **10. Desarrollo de una metodología para la Evaluación del Proceso y los Resultados de cada uno de los Programas y para la Evaluación del Impacto del conjunto de recursos de Intervención Familiar.**

La puesta en marcha de una estrategia de Intervención Familiar en el Sistema de Protección Infantil que incluye como principios básicos la “Intervención Precoz”, la implantación sistemática de “Programas Basados en la Evidencia” y un cambio de la cultura organizacional que se base en la “Orientación a los Resultados” de los profesionales y del conjunto de las organizaciones significa que se asume dar máxima prioridad (1) al “rendimiento de cuentas” del funcionamiento de los recursos públicos y (2) a la aplicación del método científico en la evaluación de los resultados de cada programa y del impacto del conjunto de los recursos.

- 10.1. Evaluación de los resultados de cada programa. La eficacia de cada programa debe ser sometida a una sistemática evaluación de los resultados que permita saber en cada momento si se alcanzan y/o se mejoran los objetivos que se pretendían conseguir. Esta evaluación de los resultados precisa que se lleven a cabo diferentes procedimientos complementarios:
- 10.2. Evaluación sistemática de la cobertura de cada programa. Implica el registro pormenorizado de características básicas de familias y menores que son asignados a cada programa, de manera que se pueda conocer en cada momento si se cumple con los criterios de inclusión y de exclusión establecidos para cada programa.
- 10.3. Evaluación sistemática de la participación de las familias y menores en las acciones que se llevan a cabo en cada programa. Incluye la evaluación de la “dosis” que cada familia o cada menor recibe y una evaluación de los abandonos que se producen en cada programa y el momento en que se producen.
- 10.4. Evaluación sistemática del Proceso de cada programa. Incluye esencialmente un registro pormenorizado y detallado de todas las acciones y actividades que se llevan a cabo en la implantación real de los programas, de manera que se pueda evaluar permanentemente (1) si todos los profesionales y los equipos aplican las acciones del programa de la misma manera y

(2) cuál es el grado de fidelidad de dichas aplicaciones con respecto al diseño del programa original.

10.5. Evaluación sistemática del grado de consecución de los objetivos de cada programa que incluye una evaluación del:

10.5.1. Grado en que se alcanzan los objetivos “finales” de cada programa (evitar separaciones de la familia de origen, reunificación, desaparición de la desprotección, etc.).

10.5.2. Grado en que se alcanzan los objetivos “intermedios” de cada programa que permitiría conocer si se cumplen o no los “modelos lógicos” que explican el cumplimiento o no de los objetivos finales (mejora en las competencias parentales, reducción de los problemas de comportamiento en los niños/as, mejora de la sintomatología, etc.).

La evaluación conjunta de la cobertura, el proceso y los resultados de los programas que se implanten debe permitir conocer si los programas son lo eficaces que se había considerado que iban a ser, con qué familias es más o menos eficaz cada uno de los programas y qué familias se benefician de la aplicación de cada programa y de la aplicación conjunta de varios programas de manera simultánea o sucesiva.

En definitiva, se trata de poner los medios necesarios para que el “Sistema de Protección Infantil” (en este caso, los programas de intervención familiar) esté sujeto a una evaluación permanente que permita conseguir (1) la mejora continua en el cumplimiento de los objetivos para los que está diseñado y financiado y, por tanto, (2) un adecuado rendimiento de cuentas de los medios públicos asignados.

## **11. Evaluación del Impacto de la implantación del conjunto de Programas Basados en la Evidencia y de la aplicación de los Principios más arriba señalados.**

Cada Programa que se propone implantar tiene unos objetivos específicos a alcanzar con las familias y los menores para quienes está diseñado, pero “en conjunto” la implantación de la “cartera” de programas tiene que permitir alcanzar un impacto importante en el “Sistema de Protección Infantil”, que sería observable a través de la modificación de ciertos indicadores relevantes que reflejan que las personas usuarias de este sistema público reciben una atención eficaz. Algunos ejemplos:

11.1 La implantación de programas preventivos de intervención precoz (“*Nurse Family Partnership*”, *SafeCare* y programas de promoción del Apego Seguro) debe tener un efecto en la reducción (1) del número de casos que llegan al sistema de protección con situaciones de desprotección de gravedad más elevada y con edades más avanzadas y (2) del número de casos que requieren intervenciones familiares en programas más costosos y de peor pronóstico.

11.2. La implantación de programas de intervención familiar en edades medias para familias y menores que ya presentan situaciones de desprotección como el “*Parent-Child Interaction Therapy*” o el “*Incredible Years*” debe tener un efecto en la reducción del número de familias con niños/as de edades más avanzadas (1) que presentan graves problemas de comportamiento externalizados o delictivos y que requieren la intervención con programas como el “*Multisystemic Therapy*” o el “*Functional Family Therapy*” o (2) que pueden requerir una medida de separación del menor de su familia de origen.

11.3. En conjunto y a largo plazo, la implantación del conjunto de programas basados en la evidencia debe conseguir alcanzar objetivos como:

- Reducción de la entrada de casos en los Servicios Especializados de la Diputación Foral de Gipuzkoa por una disminución del porcentaje de casos que alcanzan grados de severidad elevada.



•Paulatina reducción del número de menores y familias con las que no se puede conseguir el objetivo de la capacitación familiar, lo que debe suponer una reducción del número y porcentaje de familias (1) cuya finalidad de intervención es la “complementación”, (2) que requieren la separación de su familia de origen y/o (3) la utilización del Acogimiento Residencial como medida de protección.

•Equiparación en términos absolutos y porcentuales del número de casos que “entran” en el sistema de protección y que se dan de baja en dicho sistema de recursos, de manera que se reduzca de manera paulatina el crecimiento constante del número de “plazas” que se precisan hasta alcanzar una “estabilización” de la demanda de recursos.

•Reducción de la edad media de los menores que están dentro del “Sistema de Protección Infantil” y de manera especial aumento del número total y porcentaje de familias que entran al “Sistema” con niños/as menores de 3 años.

•Estabilización o, en su caso, reducción global del coste económico del conjunto de los recursos del “Sistema de Protección Infantil”.

Estos efectos serían observables a medio o largo plazo y deberían de ser objeto de una evaluación sistemática que permita conocer si la estrategia diseñada ha conseguido o está consiguiendo los efectos buscados.

## **12. Mantenimiento del formato actual del Programa de Intervención Familiar en los casos en los que la finalidad es la “Complementación Familiar”.**

Un número importante de casos que se encuentran en el programa de intervención familiar Trebatu (19% del total de plazas) pertenecen a este grupo. Se trata de casos en los que (1) los padres manifiestan una clara ausencia de habilidades para manejar aspectos relevantes de la satisfacción de las necesidades de sus hijos/as, (2) el pronóstico de “capacitación parental” es negativo (problemas de toxicomanías no resueltos, trastornos psíquicos crónicos, limitaciones intelectuales, etc.) o se ha demostrado que no hay ningún tipo de avances en la adquisición de dichas competencias y (3) la relación afectiva que existe entre los padres y los menores es positiva y no hace recomendable la separación de dichos menores de sus padres.

Estos casos requieren una intervención en la que los educadores/as familiares desarrollen una labor de una elevada intensidad en cuanto al número de visitas domiciliarias semanales que se vocalizan en garantizar la satisfacción y cobertura de las necesidades de los menores que los padres no pueden cumplir. La duración de estas intervenciones es prolongada en el tiempo y normalmente indefinida.

Dadas las necesidades y características de estas familias, se considera recomendable que el programa actual de “Complementación Familiar” se mantenga en activo con dichas familias, pero que se someta a una evaluación de los logros que se consiguen con los menores que participan. En un número relevante de casos este programa de “Complementación Familiar” debería ser llevado a cabo a la vez que se aplica a los menores que lo necesitan alguno de los programas que se señalan en esta “cartera” y que tienen como objetivo corregir la presencia de problemas de conducta o mejorar su situación emocional.

## UNA SIMULACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA NUEVA CARTERA DE PROGRAMAS

PROGRAMAS ACTUALES					PRIMER AÑO				
Programa	Profesionales EJC	Nº de Familias	Coste por Familia	Total ANUAL Intervención €	Programa	Profesionales EJC	Nº de Familias	Coste por Familia	Total ANUAL Intervención €
					SEEK				58.750
					IY-Profesores	1			119.369
					NFP	10	200	3.778	755.693
					VIPP	5	100	2.203	220.323
					COS	3	66	4.429	292.308
					EA	2	120	1.122	134.669
						21	486	11.533	1.581.113
SAF	4	77	187	14.377	SC	6	96	4.198	402.973
75% Sustatuz	31	279	4.766	1.329.664	IY	10	96	8.372	803.693
75% Trebatu	97	323	12.718	4.107.829	PCIT	4	80	5.251	420.073
Bideratu (intervención)	16	102	6.764	689.949	Triple P	20	200	6.700	1.339.909
30% de Garatu		105	1.305	137.063	TF-CBT	4	65	6.106	396.873
10% de AR		30	73.810	2.214.309	FFT	9	120	7.327	879.188
					MST	15	120	11.447	1.373.647
					MST-CAN	23	60	25.322	1.519.323
					Complementación	14	40	16.000	640.000
	148	916				105	877	90.721	7.775.678
					TFCO	4	10	57.360	573.603
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>916</b>		<b>8.493.191</b>	<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>1373</b>		<b>9.930.395</b>

2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

# CONSIDERACIONES GENERALES DEL PROCESO DE RECONVERSIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL EN GIPUZKOA

---

## **1. Limitación del Informe a lo referido al Municipio de Donostia/San Sebastián en cuanto a las competencias de intervención con situaciones de desprotección leve o moderada.**

La primera consideración que debe tenerse en cuenta es que este Informe está elaborado con información que se obtiene de los Servicios de Protección Infantil del Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián y de la Diputación Foral de Gipuzkoa y responde a una necesidad o demanda detectada por los responsables de ambas instituciones.

Por una parte, no hay información sobre el funcionamiento ni los recursos utilizados por el resto de municipios de Gipuzkoa que constituyen casi el 75% de la población del Territorio. Por otra parte, parece evidente que cualquier propuesta de mejora o de reconversión de los recursos del “Sistema de protección infantil” de Gipuzkoa debe incluir a todos los municipios y los servicios sociales del Territorio. De manera muy especial, todo lo referido a lo que se trata de promover en cuanto a Intervención Temprana y a la aplicación de programas basados en la evidencia en la intervención con familias con situaciones de desprotección infantil de gravedad leve o moderada debe de incorporar al conjunto de municipios de Gipuzkoa.

De la misma manera que se entiende que la “política” de “Intervención Temprana” en el ámbito municipal de Donostia/San Sebastián, es decir, su capacidad de detección temprana, su eficacia en el logro de resultados, etc., afecta de manera directa a la casuística con la que se debe de trabajar desde los Servicios Especializados de la Diputación Foral (edad de los menores que llegan a recursos especializados, gravedad y cronicidad del problema de desprotección, etc.), la “política” de intervención del resto de los municipios del Territorio debe “integrarse” en una “política” general de intervención de todo el “Sistema de Protección Infantil de Gipuzkoa”. No obstante, se entiende que sólo una parte de “Sistema de Protección Infantil” de Gipuzkoa está formada por todos los municipios y la Diputación Foral.

## **2. Necesidad de establecer una estrecha coordinación socio-sanitaria.**

Siguiendo con el planteamiento anterior, el “Sistema de Protección Infantil” de Gipuzkoa debe incluir, además, a los recursos públicos (y los profesionales que desempeñan sus funciones en dichos recursos) del ámbito sanitario. La necesidad de conexión y de coordinación permanente con los profesionales de la pediatría, la salud mental (adultos e infantil) y la Atención Primaria en general está fuera de duda y ha sido tratada desde hace muchos años por todos responsables y profesionales de la protección infantil. Se han llevado a cabo múltiples iniciativas para conseguir una mejor colaboración y trabajo conjunto. Se han alcanzado muchos logros en esta estrategia.

No obstante, es evidente que todas las iniciativas desarrolladas no han conseguido alcanzar uno de los objetivos básicos: la detección de casos en los que en momentos muy tempranos de desarrollo de los niños y niñas se presentan (y son observables) situaciones de desprotección de gravedad leve o situaciones en las que son evidentes en los padres, los menores, la familias, etc. algunos importantes factores de riesgo.

El desarrollo de una estrategia para conseguir una eficaz coordinación socio-sanitaria en el ámbito de la protección infantil es una tarea prioritaria. Debe alcanzar dos logros fundamentales:

- ✓ La detección muy temprana (pre y perinatal) de situaciones de riesgo de desprotección y de desprotección infantil.

- ✓ El abordaje de dichas situaciones (ofrecimiento de apoyo a las familias, implantación de programas preventivos, etc.) DESDE un ámbito de los servicios públicos (el sanitario) que es percibido como “normalizado” por las personas que se pueden beneficiar de dichas intervenciones.

En este Informe se presentan varios programas y varias recomendaciones concretas que parten de la premisa de que se haya podido alcanzar el objetivo de establecer programas efectivos de “coordinación socio-sanitaria” en la protección infantil.

### **3. En el actual procedimiento de contratación de recursos externos de intervención familiar no es viable esta reconversión.**

La experiencia de implantación de los programas basados en la evidencia que en la actualidad están en fase experimental en Gipuzkoa (SafeCare e Incredible Years) parece sugerir que con el vigente sistema de contratación externa de los programas de intervención familiar que se lleva a cabo desde el Ayuntamiento de Donstia/San Sebastián y la Diputación Foral de Gipuzkoa no es viable un proceso de reconversión que implique la puesta en marcha de manera sistemática de una “cartera” de programas basados en la evidencia.

En caso de que se considerara pertinente y necesaria la modificación de los procedimientos de contratación de los programas de intervención familiar, se deberían de tener en cuenta algunas cuestiones:

- ✓ Pertinencia, conveniencia o viabilidad de la unificación de la intervención familiar para todos los casos de todos los municipios del Territorio, independientemente de la gravedad asignada a los casos. Esto significa que se apliquen **los mismos programas** a los casos en los que existan **las mismas necesidades** de intervención.
- ✓ Necesidad de un **alto nivel de especialización** de los profesionales de la intervención familiar en la aplicación de cada uno de los programas que sean implantados. Cada profesional especializado en la aplicación de un programa (1) debe pasar por un proceso de **formación y acreditación** de media o larga duración y por un proceso posterior de **supervisión externa** y (2) deja de ser un profesional “polivalente” y sólo está capacitado para **trabajar con un determinado tipo** de familias o de menores.
- ✓ Debe contemplarse la opción de realizar contrataciones de empresas o entidades externas que sean capaces de responder a la demanda de implantar **un determinado tipo de programa** que va dirigido a **cada tipo concreto de casos** que debería estar adecuadamente cuantificado.

### **4. Dar la máxima prioridad a la evaluación de los resultados del funcionamiento del “Sistema de Protección Infantil”.**

En la actualidad el conjunto de recursos de intervención en protección infantil (tanto de los municipios de Gipuzkoa como de la Diputación Foral) se organiza y se articula a través un conjunto de procedimientos perfectamente protocolizados que permite garantizar un grado muy elevado de eficacia en la distribución de las competencias y en la gestión de casos que deben “moverse” entre cada una de las partes del “sistema”. De la misma manera, se puede afirmar que el conjunto de recursos (capital invertido, profesionales implicados, etc.) que están disponibles para atender a la demanda existente es, en términos absolutos y comparativos (con otros Territorios a CCAA), suficiente.

Se ha llegado a disponer de esta cantidad de recursos y de los procedimientos organizativos y de coordinación interinstitucional gracias a que durante más de 25 años (1) todas las administraciones públicas de Gipuzkoa han otorgado un elevado grado de prioridad a las políticas de protección social

y, especialmente, de protección infantil y (2) a que los profesionales y técnicos responsables han sido capaces de desarrollar dichos procedimientos con un grado elevado de eficacia.

No obstante, resulta imprescindible reconocer que, a pesar de todo lo anterior, el conjunto de recursos y el conjunto de profesionales del “sistema” no ha logrado conseguir la necesaria “orientación a los resultados”, “orientación al éxito” de las organizaciones implicadas que permita dar **la máxima prioridad** (1) a la valoración sistemática de los “logros” que se alcanzan con los usuarios del sistema, (2) a la capacidad de los recursos de “rendir cuentas” de manera permanente de la eficacia de las intervenciones y, en definitiva (3) al desarrollo de estrategias de innovación permanente en los modelos de intervención que estén casi exclusivamente dirigidas a garantizar que los resultados que se alcanzan con los usuarios (familias y niños/as y adolescentes en situación de desprotección infantil) son los mejores que en el momento actual y con los conocimientos actuales se pueden alcanzar.

##### **5. Decisión básica sobre la pertinencia y viabilidad de un proceso de reconversión global.**

Teniendo en cuenta lo anterior y todo el contenido previo del Informe y las recomendaciones presentadas, debe tomarse una decisión básica sobre la viabilidad y pertinencia en las condiciones actuales de iniciar este proceso de reconversión del sistema.

Esta toma de decisión debería de tener en consideración algunas cuestiones:

- ✓ Acuerdo interinstitucional de los municipios de Gipuzkoa y la Diputación Foral para llevar a cabo este proceso de reconversión.
- ✓ Establecimiento de prioridades y de qué desarrollo se quiere dar a la “cartera” de programas
- ✓ Considerar que se necesita disponer de una perspectiva temporal mínima de diez años para conseguir que se hayan alcanzado una buena parte de los logros.
- ✓ Necesidad de establecimiento de un proyecto temporalizado con una previsión de la secuenciación de cada uno de los pasos a dar y el calendario de cada paso o cada “hito”.
- ✓ Las personas que lleven y asuman la responsabilidad de la puesta en funcionamiento y el desarrollo de este proceso de reconversión del “Sistema de Protección Infantil” no pueden estar a la vez teniendo que asumir la responsabilidad del mantenimiento de la atención directa a los usuarios de los diferentes recursos del sistema.

# ANEXOS

## ANEXO 1: INFORMACIÓN DE LA REVISIÓN DE EXPEDIENTES QUE NO SE INCLUYE EN LA PARTE CENTRAL DEL INFORME

### REVISIÓN DE EXPEDIENTES: PSICÓLOGOS COMUNITARIOS

Número de Expedientes Revisados: 40

#### Datos de los Menores

Se cuenta con el número de los expedientes, el nombre, la edad (fecha de nacimiento) y el sexo de los menores.

Edad	Chicos	Chicas	Total	%
Nasciturus	0	1	1	0%
0 - 3	0	3	3	8%
4 - 6	5	2	7	18%
7 - 9	3	1	4	10%
10 - 12	3	1	4	10%
13 - 17	9	12	21	53%
TOTAL	20	20	40	100%
%	50%	50%	100%	
MEDIA	11,2	11,2	11,2	

#### Datos del núcleo Familiar

Existe información de los adultos que conviven con el/la menor: nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, estudios, empleo y parentesco con los menores.

#### Trayectoria del Caso

Notificación	Nº	%
Centro Escolar	5	13%
Guardia Municipal	4	10%
Centro de Salud	1	3%
Polideportivo	0	0%
Casas de Cultura	0	0%
Familia	9	23%
CSS	13	33%
Fiscalía	5	13%
IP	1	3%
Otros	2	5%
TOTAL	40	100%

Información de la notificación	Nº	%
Datos básicos del/la menor	39	98%
Posible tipología de desprotección según BALORA	1	3%
Indicadores del menor	29	73%
Existencia de trastornos en el menor	1	3%
Existencia de trastornos en miembros de la UC	2	5%
Sin Información en la Notificación	1	3%

Fuentes de Obtención del Información	Nº	%
Profesionales del centro escolar (tutores, orientadores/as, pedagogos/as...)	19	48%
Profesionales del ámbito sanitario (médico de cabecera, EPI, psiquiatras...)	3	8%
Otros/as profesionales de la administración o tercer sector (trabajadoras sociales, educadores/as sociales, psicólogos/as)	17	43%
Ninguna Fuente	15	38%

### Información Obtenida por el PC

#### Metodología empleada y tiempos

No hay registro de entrevistas realizadas con el/la menor. En uno de los expedientes no hay registro de que el PC recoja alguna información.

	Media									
Nº Entrevistas con miembros de la UC	5									
Nº Llamadas con miembros de la UC	2									
Nº Visitas domiciliarias	0									
Nº Reuniones de coordinación con otros/as profesionales	1									
Nº Coordinación telefónica/vía email con otros/as profesionales	2									

Nº	Entrevistas con miembros de la UC		Llamadas con miembros de la UC		Visitas domiciliarias		Reuniones de coordinación con otros/as		Coordinación telefónica/email con otros/as	
0	5	13%	11	28%	39	98%	19	48%	17	43%
1 a 2	11	28%	15	38%	1	3%	10	25%	8	20%
3 a 5	13	33%	11	28%	0	0%	10	25%	10	25%
6 a 8	3	8%	2	5%	0	0%	1	3%	2	5%
9 a 11	4	10%	1	3%	0	0%	0	0%	2	5%
>12	4	10%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%
	40	100%	40	100%	40	100%	40	100%	40	100%

Evaluación de la fiabilidad de la información obtenida	Nº	%
Diagnósticos / partes médicos	4	10%
Partes del juzgado	9	23%
Tests psicológicos	0	0%
Información contrastada con diferentes fuentes	26	65%
Información obtenida por el/la mismo/a profesional	24	60%
No hay información	8	20%

Información sobre el desarrollo/estadio evolutivo de los/as menores	Nº	%
Diagnósticos médicos	3	8%
Tests psicológicos ¿cuáles?	0	0%
Información contrastada con diferentes fuentes	0	0%
Información obtenida por el/la mismo/a profesional	0	0%
No se ha obtenido información al respecto	37	93%

Identificación del Problema.	Nº	%
Identificación del Problema	32	80%
Orientación	22	55%
Objetivos	21	53%

	Nº	%
<b>Plan de Intervención</b>	17	43%
<b>RECURSOS</b>		
Educador/a	5	
Terapeuta	6	
PBE	1	
SAF	0	
SAD	0	
Ayudas económicas	3	
Plazas guardería	0	
Colonias (abiertas o cerradas)	0	
Norbera	5	
Cursos para el / la menor	0	
EPI	1	
Mujer	1	
Otros: especificar	2	
<i>Apoyo Escolar</i>		
<i>Berriztu</i>		
Con recurso	17	43%
Con 1 recurso	11	
Con 2 recursos	5	
Con 3 recursos	1	
Sin recurso	23	58%

**Intervención Educativa**

Nº visitas	1- 10	10 -20	20 -30	30 -40	50 - 60	>60	Sin Info
		1				3	1
Objetivo de cada visita	No hay información						
Tiempo de duración de la intervención con el educador	0-6 meses		6 meses a 1 año		1 a 2 años		+de 2 años
	1		1		2		1
Precisión sobre resultados	Si	No					
Existe informe	4	1					
Se recoge consecución objetivos	4	1					
Se recoge pronóstico	1	4					

**Intervención Terapéutica**

Nº de sesiones	1- 10	10 -20	20 -30	30 -40	50 - 60	>60	Sin Info
		1		2			3
Objetivo de cada sesión	No hay información						
Tiempo de duración de la intervención	0 a 6 meses		6 meses a 1 año	1 a 2 años	más de 2 años	No hay Info	
				3		3	
Precisión sobre resultados	Si	No					
Existe informe	3	3					
Se recoge consecución objetivos de acuerdo al plan de intervención	3	3					
Se recoge pronóstico	2	4					



### Intervención del RC durante la intervención

Nº de citas	1 a 10	11 a 20	21 a 30	>30	Sin Info
	28	4	2	0	6
Objetivo de cada cita	Si	No			
	3	37			
Nº de visitas domiciliarias	1				
Objetivo de cada visita	No hay información				
Tiempo de duración de la intervención	0 a 6 meses	6 meses a 1 año	1 a 2 años	más de 2 años	
	13	9	13	5	
Precisión sobre resultados	Si	No			
Existe informe	35	5			
Se recoge consecución objetivos de acuerdo al plan de intervención	17	23			
Se recoge pronóstico	14	26			

### Cierre de casos

40

#### Casos Cerrados

##### Motivo de Cierre

Mayoría de Edad	6	15%
Falta de colaboración	6	15%
Regreso al país de origen	11	28%
Cumplimiento de objetivos	11	28%
Derivación a DFG	1	3%
No desprotección	5	13%

### REVISIÓN DE EXPEDIENTES: SPIF

Número de Expedientes Revisados: 15

#### Datos de los Menores

Se cuenta con el número de los expedientes, el nombre, la edad (fecha de nacimiento) y el sexo de los menores.

EDAD	CHICOS	CHICAS	TOTAL	%
Nasciturus	1	0	1	7%
0 - 3	2	1	3	20%
4 a 6	0	1	1	7%
7 a 9	2	1	3	20%
10 a 12	0	0	0	0%
13 a 17	5	2	7	47%
TOTAL	10	5	15	100%
%	67%	33%	100%	
MEDIA	10,7	9,2	9,9	

#### Datos del núcleo Familiar

Existe información de los adultos que conviven con el/la menor: nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, estudios, empleo y parentesco con los menores.

#### Trayectoria del Caso

Notificación	Nº	%
Centro Escolar	8	53%
Guardia Municipal	1	7%
Centro de Salud	1	7%

Polideportivo	0	0%
Casas de Cultura	0	0%
Familia	1	7%
CSS	4	27%
Fiscalía	0	0%
IP	0	0%
<b>Otros</b>	0	0%
	15	100%

<b>Información de la notificación</b>	Nº	%
Datos básicos del/la menor	15	100%
Posible tipología de desprotección	1	7%
Indicadores del menor	11	73%
Existencia de trastornos en el menor	3	20%
Existencia de trastornos en miembros de la UC	5	33%

<b>Fuentes de Obtención de la Información</b>	Nº	%
Intervención Precoz	3	20%
Psicólogos Comunitarios	4	27%
Profesionales del centro escolar (tutores, orientadores/as, pedagogos/as...)	10	67%
Profesionales del ámbito sanitario (médico de cabecera, EPI, psiquiatras...)	2	13%
Otros/as profesionales de la administración o tercer sector	13	87%

### **Tiempo transcurrido entre la notificación del caso y recepción de la SPIF**

0-1 semana	1 semana-1mes	1-3 meses	3-6 meses	6-9 meses	12-18 meses	Mas 2 años
6	3	2	1	0	3	0
40%	20%	13%	7%	0%	20%	0%

<b>Trayectoria previa del caso</b>	Nº	%
No hay historial de intervención desde los SS	1	7%
Historial de intervención de la trabajadora social	11	73%
Historial de intervención de IP	3	20%
Historial de intervención de PC con recurso terapéutico/educacional	2	13%
Historial de intervención de PC sin recurso terapéutico/educacional	6	40%

### **Información Obtenida por la SPIF**

#### **Metodología empleada y tiempos**

No hay registro de entrevistas realizadas con el/la menor.

	Media
Nº Entrevistas con miembros de la UC	2
Nº Llamadas con miembros de la UC	8
Nº de Acompañamientos	0
Nº Visitas domiciliarias	0
Nº Reuniones de coordinación con otros/as profesionales	1

<b>Evaluación de la fiabilidad de la información obtenida</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Diagnósticos / partes médicos	4	27%
Partes del juzgado	5	33%
Tests psicológicos	1	7%
Información contrastada con diferentes fuentes	14	93%
Información obtenida por el/la mismo/a profesional	9	60%
No hay información	1	7%

**Información sobre el desarrollo/estadio evolutivo de los/as menores**

	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Diagnósticos médicos	2	13%
Tests psicológicos	1	7%
Información contrastada con diferentes fuentes	6	40%
Información obtenida por el/la mismo/a profesional	2	13%
No se ha obtenido información al respecto	9	60%

<b>Identificación del Problema</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Identificación del Problema	12	80%
Orientación	9	60%
Objetivos	5	33%

<b>Pronóstico</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Rehabilitación familiar	7	47%
Daños observados en el menor	8	53%
Nivel de gravedad	9	60%
Sin pronóstico	6	40%
<b>Plan de Intervención</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Plan de Intervención	2	13%

<b>Recursos</b>	
Educador/a	3
Terapeuta	2
PBE	1
Sin Recurso	11

Con recurso	4	27%
Con 1 recurso	2	
Con 2 recursos	2	
Sin recurso	11	73%

**Intervención Educativa**

Nº visitas	1 a 10	10 a 20	20 a 30	30 a 40	50 a 60	>60	Sin Info
			2			1	1
Objetivo de cada visita	No hay información						
Tiempo de duración de la intervención con el educador	0 a 6 meses			1 a 2 años		+ de 2 años	
	2			1			
Precisión sobre resultados	Si	No					
Existe informe	2	1					
Se recoge consecución objetivos	0	3					
Se recoge pronóstico	0	3					

### Intervención Terapéutica

Nº de sesiones	1 a 10	10 a 20	20 a 30	30 a 40	50 a 60	>60	Sin Info
	2						
Objetivo de cada sesión	No hay información						
Tiempo de duración de la intervención	0 a 6 meses		6 meses a 1 año	1 a 2 años	más de 2 años	No hay Info	
	2						
Precisión sobre resultados	<b>Si</b>	<b>No</b>					
Existe informe	1	1					
Se recoge consecución objetivos	1	1					
Se recoge pronóstico	0	2					

### Intervención previa del PC

Nº de citas	1 a 5	6 a 10	11 a 15	>15	Sin Info
	3	2			
Objetivo de cada cita	No hay información				
Nº de visitas domiciliarias	1				
Objetivo de cada visita	No hay información				
Tiempo de duración de la intervención	0 a 6 meses		6 meses a 1 año	1 a 2 años	más de 2 años
	3	1	1		
Precisión sobre resultados	Si	No			
Existe informe	3	2			
Se recoge consecución objetivos	3	2			
Se recoge pronóstico	3	2			

### Intervención del RC durante la intervención

Nº de citas	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15	Sin Info
	3	10	1	0	1
Objetivo de cada cita	Si	No			
	0	15			
Nº de visitas domiciliarias	1				
Objetivo de cada visita	No hay información				
Tiempo de duración de la intervención de la SPIF	0 a 6 meses	6 meses a 1 año	1 a 2 años	más de 2 años	
	6	4	5	0	
Tiempo Total de duración de la intervención	0 a 6 meses	6 meses a 1 año	1 a 2 años	más de 2 años	
	3	5	6	1	
Precisión sobre resultados	<b>Si</b>	<b>No</b>			
Existe informe	13	2			
Se recoge consecución objetivos	4	11			
Se recoge pronóstico	5	10			

### Tiempos transcurridos desde la recepción de la SPIF hasta la elaboración de informe de derivación (tanto a la PC como al EZIA)

No se cuenta con esta información

### Cierre de casos

<b>Casos Cerrados</b>	<b>13</b>
<b>Motivo de Cierre</b>	
Mayoría de Edad	0 0%
Falta de colaboración	3 23%
Regreso a país de origen	2 15%
Cumplimiento de objetivos	0 0%
Derivación a DFG	6 46%
Derivación a PC	1 8%
No desprotección	1 8%
Casos Abiertos	2

### REVISIÓN DE EXPEDIENTES: EZIAS

Número de Expedientes Revisados: 30

#### Datos de los Menores

Se cuenta con el número de los expedientes, el nombre, la edad (fecha de nacimiento) y el sexo de los menores.

EDAD	CHICOS	CHICAS	TOTAL	%
0 - 3	1	0	1	3%
4 a 6	2	1	3	10%
7 a 9	1	3	4	13%
10 a 12	3	3	6	20%
13 a 17	8	8	16	53%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>	
<b>MEDIA</b>	<b>11,3</b>	<b>12,0</b>	<b>11,7</b>	

#### Datos del núcleo Familiar

Existe información de los adultos que conviven con el/la menor: nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, estudios, empleo y parentesco con los menores en 9 de los 30 expedientes revisados.

#### Trayectoria del Caso

Notificación	Nº	%
Centro Escolar	3	10%
Guardia Municipal	0	0%
Ertzaintza	2	7%
Centro de Salud	0	0%
Polideportivo	0	0%
Casas de Cultura	0	0%
Familia	0	0%
CSS	10	33%
Fiscalía	6	20%
IP	0	0%
Otros	1	3%
Sin Información	8	27%
	30	100%

Información de la notificación	Nº	%
--------------------------------	----	---

Datos básicos del/la menor	15	50%
Posible tipología de desprotección según BALORA	4	13%
Indicadores del menor	16	53%
Existencia de trastornos en el menor	0	0%
Existencia de trastornos en miembros de la UC	0	0%
Sin Información	8	27%

Fuentes de Obtención de la Información	Nº	%
Intervención Precoz	0	0%
Psicólogos Comunitarios	0	0%
Técnicos del SPIF	7	23%
Trabajador/a Social de Base	13	43%
Profesionales del centro escolar (tutores, orientadores/as, pedagogos/as...)	13	43%
Profesionales del ámbito sanitario (médico de cabecera, EPI, psiquiatras...)	1	3%
Otros/as profesionales de la administración o tercer sector (trabajadoras sociales, educadores/as sociales, psicólogos/as)	0	0%

#### Tiempo transcurrido entre la notificación del caso y recepción del EZIA

0-1 semana	1 sem-1 mes	1-3 meses	3-6 meses	6-9 meses	9-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	más 2 años	No hay info
0	3	0	0	2	1	3	0	13	8
0%	10%	0%	0%	7%	3%	10%	0%	43%	27%

Trayectoria previa del caso	Nº	%
No hay historial de intervención desde los SS	3	10%
Historial de intervención de la trabajadora social	17	57%
Historial de intervención de IP	0	0%
Historial de intervención de PC/SPIF con recurso	11	37%
Historial de intervención de PC/SPIF sin recurso	0	0%
No hay información	9	30%

#### Información Obtenida por el EZIA

##### Metodología empleada y tiempos

No hay registro de entrevistas realizadas con el/la menor. Hay registro de las actividades realizadas pero no del número de las mismas.

	Nº	%
Entrevistas con miembros de la UC	19	63%
Llamadas con miembros de la UC	15	50%
Acompañamientos	1	3%
Visitas domiciliarias	2	7%
Reuniones de coordinación con otros/as	28	93%
Coordinación telefónica/vía email con otros/as profesionales	30	100%

Evaluación de la fiabilidad de la información obtenida	Nº	%
Diagnósticos / partes médicos	4	13%
Partes del juzgado	10	33%
Test psicológicos	2	7%
Información contrastada con diferentes fuentes	28	93%
Información obtenida por el/la mismo/a profesional	27	90%
No hay información	1	3%

Información sobre el desarrollo/estadio evolutivo de los/as menores		
	Nº	%
Diagnósticos médicos	0	0%
Test psicológicos	0	0%
Información contrastada con diferentes fuentes	18	60%
Información obtenida por el/la mismo/a profesional	24	80%
No se ha obtenido información al respecto	3	10%
Identificación del Problema		
	Nº	%
Identificación del Problema	29	97%
Orientación	30	100%
Objetivos	30	100%

Pronóstico	Nº	%
Rehabilitación familiar	20	67%
Complementación	2	7%
Fomento de autonomía del menor	3	10%
Incierto	2	7%
Nivel de gravedad	1	3%
Sin pronóstico	2	7%

### Plan de Intervención

	Nº	%
Plan de Intervención	30	100%

### Recursos

Drom Egin	2		
Osatu	3		
Gizalan	6		
Trebatu	18		
Terapia	3		
IZAN	2		
Seguimiento EZIA	0		
Colonias (abiertas o cerradas)	2		
Norbera	0		
Cursos para el / la menor	0		
EPI	3		
Mujer	2		
<b>Con recurso</b>	<b>28</b>	<b>93%</b>	
Con 1 recurso	18		
Con 2 recursos	7		
Con 3 recursos	3		
<b>Sin recurso</b>	<b>2</b>	<b>7%</b>	

### Intervención Educativa

Nº visitas	No hay información				
Objetivo de cada visita	No hay información				
Tiempo de duración de la intervención con el educador	0 a 6 meses	7 a 12 meses	13 a 24 meses	más de 24 meses	No hay Info
	1	4	7	14	3
Precisión sobre resultados	Si	No			

Existe informe	29	0
Se recoge consecución objetivos de acuerdo al plan de intervención	29	0
Se recoge pronóstico	22	7

### Intervención Terapéutica

Nº visitas	No hay información				
Objetivo de cada visita	No hay información				
Tiempo de duración de la intervención con el educador	0 a 6 meses	7 a 12 meses	13 a 24 meses	más de 24 meses	No hay Info
	2	3	2	0	1
Precisión sobre resultados	Si	No			
Existe informe	6	2			
Se recoge consecución de objetivos	3	5			
Se recoge pronóstico	3	5			

### Intervención previa del Ayuntamiento -PC/SPIF

Nº de citas	No hay información				
Objetivo de cada cita	No hay información				
Nº de visitas domiciliarias	No hay información				
Objetivo de cada visita	No hay información				
Tiempo de duración de la intervención	0 a 6 meses	7 a 12 meses	13 a 24 meses	más de 24 meses	No hay Info
	0	4	1	12	2
Precisión sobre resultados	Si	No			
Existe informe	10	9			
Se recoge consecución objetivos	10	9			
Se recoge pronóstico	5	14			

### Intervención del RC durante la intervención

Nº de citas	No hay información				
Objetivo de cada cita	No hay información				
Nº de visitas domiciliarias	No hay información				
Objetivo de cada visita	No hay información				
Tiempo de duración de la intervención de la EZIA	0 a 6 meses	7 a 12 meses	13 a 24 meses	25 a 36 meses	más de 36 meses
	1	3	10	7	9
Tiempo Total de duración de la intervención	0 a 6 meses	7 a 12 meses	13 a 24 meses	25 a 36 meses	más de 36 meses
	1	3	10	7	9
Precisión sobre resultados	Si	No			
Existe informe	30	0			
Se recoge consecución objetivos	30	0			
Se recoge pronóstico	24	6			



**Tiempos transcurridos desde la recepción del EZIA hasta la elaboración de informe de derivación**

No se cuenta con esta información

**Cierre de casos**

<b>Casos Cerrados</b>	<b>29</b>
<b><u>Motivo de Cierre</u></b>	
<i>Mayoría de Edad</i>	0
<i>Abandono</i>	3
<i>Falta de colaboración</i>	0
<i>Regreso a país de origen</i>	7
<i>Cumplimiento de objetivos</i>	10
<i>Derivación a Ayuntamiento</i>	3
<i>Derivación a SAF</i>	3
<i>Derivación a SAR</i>	3
<b>Casos Abiertos</b>	<b>1</b>

## ANEXO 2: DATOS EXTRAÍDOS DE LA MEMORIA DE SUSTATUZ QUE NO SE INCLUYE EN LA PARTE CENTRAL DEL INFORME

### NÚMERO DE CASOS ATENDIDOS Y DE RECURSOS UTILIZADOS POR LOS PSICÓLOGOS COMUNITARIOS EN EL AÑO 2014

**Tabla 2.1**

Jornada %		CASOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	MEDIA POR CSS
0,2	20%	CSS 1	23	25	26	26	25	29	30	28	24	23	23	23	25
	20%	PC 11												23	
		PC 7	23	25	26	26	25	29	30	28	0	0	0	0	18
2,3	230%	CSS 2	150	155	155	154	159	157	154	147	152	161	165	165	156
	100%	PC 4	72	73	70	71	70	70	64	58	63	68	72	72	69
	100%	PC 3	66	67	69	67	71	71	73	72	72	75	75	76	71
		PC 8	12	15	16	16	18	16	17	17	0	0	0	0	11
	30%	PC 11												18	
2	200%	CSS 3	130	130	129	132	130	130	129	129	127	127	125	123	128
	100%	PC 6	64	65	66	67	66	66	66	66	61	60	61	59	64
	100%	PC 5	66	65	63	65	64	64	63	63	66	67	64	64	65
1,2	120%	CSS 4	88	89	90	93	88	91	92	86	87	94	99	104	92
	100%	PC 2	69	70	71	74	69	71	74	69	68	74	80	85	73
	20%	PC 1	19	19	19	19	19	20	18	17	19	20	19	19	19
1,2	120%	CSS 5	87	89	94	98	99	100	103	102	103	106	103	100	99
	10%	PC 12	9	9	9	9	8	8	8	8	8	8	4	2	8
	65%	PC 9	45	47	49	49	51	41	54	53	55	55	55	54	51
	45%	PC 8	33	33	36	40	40	51	41	41	40	43	44	44	41
1,8	180%	CSS 7	103	104	107	107	106	112	103	99	97	95	96	100	102
	80%	PC 7	40	39	41	38	37	39	33	61	58	56	56	60	47
	50%	PC 10	63	65	66	69	69	73	32	38	0	0	0	0	40
	50%	PC 10												39	
0,8	80%	CSS 8	61	62	65	65	67	70	70	61	61	64	64	66	65
	80%	PC 1	61	62	65	65	67	70	70	61	61	64	64	66	65
9,5		TOTAL AL MES	642	654	666	675	674	689	681	652	651	670	675	681	668
		RECURSOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	MEDIA POR CSS
		CSS 1	7	7	7	7	8	10	10	10	11	11	11	11	9
		PC 11												11	
		PC 7	7	7	7	7	8	10	10	10	0	0	0	0	6
		CSS 2	88	91	93	97	101	101	96	100	94	87	91	91	94
		PC 4	46	47	47	49	49	48	47	48	46	42	43	42	46
		PC 3	42	43	44	45	48	48	46	46	42	39	39	40	44
		PC 8	0	1	2	3	4	5	3	6	0	0	0	2	
		PC 11												8	
		CSS 3	52	55	51	57	60	59	60	61	58	51	56	58	57
		PC 6	34	34	32	35	38	39	40	41	39	32	34	34	36
		PC 5	18	21	19	22	22	20	20	20	19	19	22	24	21
		CSS 4	51	51	53	55	59	57	58	57	53	52	49	49	54
		PC 2	45	46	48	49	52	49	50	49	47	46	43	43	47
		PC 1	6	5	5	6	7	8	8	8	6	6	6	6	6
		CSS 5	58	56	57	56	57	57	59	57	56	54	55	56	57
		PC 12	7	7	7	7	7	7	7	7	7	4	4	4	6
		PC 9	30	31	31	31	32	32	33	32	32	29	30	30	31
		PC 8	21	18	19	18	18	18	19	18	17	21	21	22	19
		CSS 7	42	42	42	42	42	43	42	41	41	44	51	51	44
		PC 7	19	19	17	17	18	17	17	16	23	27	31	31	21
		PC 10	23	23	25	25	24	26	11	11	0	0	0	0	14
		PC 10												17	
		CSS 8	27	27	27	30	27	28	27	27	27	26	31	31	28
		PC 1	27	27	27	30	27	28	27	27	27	26	31	31	28
		TOTAL AL MES	325	329	330	344	354	355	352	353	340	325	344	347	342

2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

**NÚMERO DE CASOS ATENDIDOS Y DE RECURSOS UTILIZADOS POR LOS TÉCNICOS DEL SPIF EN  
EL AÑO 2014**

**Tabla 2.2**

CASOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	MEDIA POR CSS
<b>CSS 1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Psicóloga 1	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2
Psicóloga 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
<b>CSS 2</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>21</b>
Psicóloga 2	15	16	19	19	21	22	23	23	22	19	16	19	20
Psicóloga 3													
Psicóloga 1					1	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicóloga 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>CSS 3</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>17</b>
Psicóloga 3	12	13	13	14	18	18	19	19	20	20	19	18	17
Psicóloga 2									1	0	1	1	1
Psicóloga 1											0	1	1
<b>CSS 4</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>13</b>
Psicóloga 1	11	14	15	15	16	12	13	19	10	11	12	7	13
Psicóloga 3	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1
<b>CSS 5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
Psicóloga 3	5	5	5	5	8	8	8	8	9	9	8	8	7
Psicóloga 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
Psicóloga 5		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>CSS 7</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>12</b>
Psicóloga 1	7	7	9	11	10	10	10	11	10	14	13	9	10
Psicóloga 6	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Psicóloga 7				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Psicóloga 2									1	0	0	0	0
Psicóloga 3									1	0	1	0	1
<b>CSS 8</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Psicóloga 1													
Psicóloga 3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3
<b>TOTAL AL MES</b>	<b>58</b>	<b>66</b>	<b>72</b>	<b>76</b>	<b>85</b>	<b>82</b>	<b>84</b>	<b>90</b>	<b>85</b>	<b>83</b>	<b>81</b>	<b>73</b>	<b>78</b>
<b>MEDIA AL MES</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
RECURSOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	MEDIA POR CSS
<b>CSS 1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
Psicóloga 1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Psicóloga 2	2	3	2	3	0	6	6	6	6	1	0	0	3
<b>CSS 2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>5</b>
Psicóloga 2	3	2	3	2	5	0	0	0	0	8	8	10	3
Psicóloga 3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Psicóloga 1					1	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicóloga 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>CSS 3</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>7</b>
Psicóloga 3	7	3	5	5	6	7	6	7	6	10	10	10	7
Psicóloga 2									1	1	1	1	1
Psicóloga 1											0	1	1
<b>CSS 4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
Psicóloga 1	5	5	4	2	0	2	1	2	2	4	5	4	3
Psicóloga 3	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	
<b>CSS 5</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
Psicóloga 3	1	5	5	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3
Psicóloga 2	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1
Psicóloga 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>CSS 7</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
Psicóloga 1	3	4	4	4	5	3	5	4	5	0	6	2	4
Psicóloga 6	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Psicóloga 7				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Psicóloga 2									1	0	0	0	0
Psicóloga 3									1	0	1	0	1
<b>CSS 8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
Psicóloga 1										5	0	4	
Psicóloga 3	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
<b>TOTAL AL MES</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	<b>37</b>	<b>39</b>	<b>30</b>
<b>MEDIA POR CSS</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

**TOTAL DE CASOS ATENDIDOS ENTRE PC Y SPIF**

**Tabla 2.3**

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	MEDIA
<b>Casos</b>	<b>700</b>	<b>720</b>	<b>738</b>	<b>751</b>	<b>759</b>	<b>771</b>	<b>765</b>	<b>742</b>	<b>736</b>	<b>753</b>	<b>756</b>	<b>754</b>	<b>745</b>
Casos PC	642	654	666	675	674	689	681	652	651	670	675	681	<b>668</b>
Casos SPIF	58	66	72	76	85	82	84	90	85	83	81	73	<b>78</b>
<b>Recursos</b>	<b>350</b>	<b>356</b>	<b>359</b>	<b>371</b>	<b>381</b>	<b>383</b>	<b>379</b>	<b>381</b>	<b>368</b>	<b>363</b>	<b>381</b>	<b>386</b>	<b>372</b>
Recursos PC	325	329	330	344	354	355	352	353	340	325	344	347	<b>342</b>
Recursos SPIF	25	27	29	27	27	28	27	28	28	38	37	39	<b>30</b>

**Tabla 2.4**

	Total	PC	SPIF
Casos Activos	745	668	78
Casos con Recurso	372	342	30
Con 1 recurso	237		
Con 2 recursos	135		
Casos sin Recurso	373	326	48

	Total	PC	SPIF
Casos Activos	745	668	78
Casos con Recurso	49,9%	51,2%	38,5%
Con 1 recurso	63,6%		
Con 2 recursos	36,4%		
Casos sin Recurso	50,1%	48,8%	61,5%

**Tabla 2.6**

CSS	Terapeuta	Jornada %	Horas/Sem Intervención Directa	Horas/Sem Trabajo Admin.	Horas Semanales Totales
1 - 4 - 8	Terapeuta 1	35	8,5	4,3	12,8
1 - 4 - 8	Terapeuta 2	75	15,7	11,7	27,4
2	Terapeuta 3	80	19,1	10,1	29,2
2	Terapeuta 4	35	9,5	3,3	12,8
3	Terapeuta 5	38	8,2	5,7	13,9
3	Terapeuta 6	42	10,2	5,1	15,3
5	Terapeuta 7	75	18,6	8,8	27,4
7	Terapeuta 8	70	12,8	12,8	25,6
<b>TOTALES</b>		<b>450</b>	<b>102,6</b>	<b>61,8</b>	<b>164,4</b>

**Tabla 2.5: Número de horas de intervención de educadores año 2014**

EDUCADOR/A	JORN. %	INTERV. DIRECTA	INTERV. ADMON	TOTALES
Educador/a 1	33	9,6	2,4	12
Educador/a 2	67	19,6	4,9	24,5
Educador/a 3	74	21,6	5,4	27
Educador/a 4	74	21,6	5,4	27
Educador/a 5	100	29,2	7,3	36,5
Educador/a 6	74	21,6	5,4	27
Educador/a 7	40	11,7	2,9	14,6
Educador/a 8	78	22,8	5,7	28,5
Educador/a 9	100	29,2	7,3	36,5
Educador/a 10	80	23,4	5,8	29,2
Educador/a 11	80	23,4	5,8	29,2
Educador/a 12	100	29,2	7,3	36,5
Educador/a 13	50	14	3,7	18,5
Educador/a 14	83	24,3	6,1	30,4
Educador/a 15	100	29,2	7,3	36,5
Educador/a 16	76	22,2	5,6	27,8
Educador/a 17	100	29,2	7,3	36,5
Educador/a 18	74	21,6	5,4	27
Educador/a 19	50	14,6	3,7	18,3
Educador/a 20	80	23,4	5,8	29,2
Educador/a 21	100	29,2	7,3	36,5
Educador/a 22	80	23,4	5,8	29,2
Educador/a 23	65	19	4,7	23,7
Educador/a 24	80	23,4	5,8	29,2
Educador/a 25	80	23,4	5,8	29,2
Educador/a 26	50	14,6	3,7	18,3
Educador/a 27	100	29,2	7,3	36,5
Educador/a 28	80	23,4	5,8	29,2
Educador/a 29	74	21,6	5,4	27
Educador/a 30	100	29,2	7,3	36,5
Educador/a 31	100	29,2	7,3	36,5
Educador/a 32	28	8,2	2	10,2
<b>TOTALES</b>	<b>2450</b>	<b>715,2</b>	<b>178,7</b>	<b>894,7</b>

2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

## ANEXO 3: PLAN DE CASO DE LOS PSICÓLOGOS COMUNITARIOS

2016-12-01T09:37:48Z

PLAN DE CASO, INFORME Y REVISIÓN									
DATOS PLAN DE CASO (CUMPLIMENTA RESPONSABLE DE CASO)									
FECHA INICIO PLAN DE CASO (SEÑALAR FECHA CUMPLIMENTACION PLAN)		NOTIFICA <sup>1</sup> FECHA		Nº EXP. E INICIALES		RESPONSABLE CASO		CSS	
Nº PERSONAS UNIDAD CONVIVENCIAL <sup>2</sup>		PERCIBE AYUDAS <sup>3</sup>		TIPOL. FAM. <sup>4</sup>					
FOCO <sup>5</sup>	PARENTESCO <sup>6</sup>	FECHA NAC	SEXO (H/M)	LUGAR NACIMIENTO <sup>7</sup>	ESTUDIOS <sup>8</sup>	SITUACIÓN LABORAL <sup>9</sup>	DISCAPACIDAD/TOX/ENE. CRÓNICA <sup>10</sup>		
HIJO/A 1									
HIJO/A 2									
HIJO/A 3									
HIJO/A 4									
ADULTO 1									
ADULTO 2									
ADULTO 3									
RESUMEN/NOTAS CLAVE SOBRE HISTORIA SOCIAL PREVIA: (OPCIONAL)									
OBSERVACIONES:									

<sup>1</sup>SEÑALAR QUÉ ENTIDAD-SISTEMA-ROL (OPCIONES: SISTEMA ESCOLAR,FAMILIA,TRABAJADORA SOCIAL,CENTRO SALUD,CENTRO SALUD MENTAL, EPI,HAUR TXOKO,GAZTE LEKU,DFG,SAVVM,UDALTAINGOA, ERTZAINZA, OTROS)

<sup>2</sup>EN RELACIÓN AL/A MENOR SEGÚN REFERENCIA DE DATOS DE LA FICHA SOCIAL MUNICIPAL. AÑADIR PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA AUNQUE NO VIVAN EN MISMA UNIDAD CONVIVENCIAL

<sup>3</sup>SEÑALAR TIPO DE AYUDA ( OPCIONES: RGI, PNC, AES, SAD, RGI+AES,RGI+SAD,RGI+AES+SAD,OTRAS)

<sup>4</sup> NUCLEAR CON TODOS/AS LOS/AS HIJOS/AS BIOLÓGICOS/AS – NUCLEAR CON AL MENOS UNA HIJO/A ADOPTIVO/A – RECONSTITUIDA – MONOPARENTAL CON TODOS/AS HIJOS/AS BIOLÓGICOS/AS – MONOPARENTAL CON AL MENOS UNA HIJO/A ADOPTIVO/A –EXTENSA –CUSTODIA COMPARTIDA – SEPARADOS/AS PADRE O MADRE CUSTODIA/O

<sup>5</sup> SI EL/A MENOR Y/O ADULTO ES RECEPTOR/A DE LA INTERVENCIÓN POR SU SITUACIÓN EN ALGÚN NIVEL DE DESPROTECCIÓN O VULNERABILIDAD SEÑALAR "SI". SI LA MADRE (O ALGUNA OTRA PERSONA PERTENECIENTE AL NÚCLEO FAMILIAR) ES ATENDIDA EN ESTE MOMENTO DESDE AVVM Y/O CSM O PSIQ. PRIVADO SEÑALARLO EN ESTA CASILLA DE FOCO CON "AVVM" O "CSM"...

<sup>6</sup> SEÑALAR PARENTESCO CON MENOR FOCAL. EN CASO DE NO SER FAMILIAR SEÑALAR TIPO DE RELACIÓN CON EL NÚCLEO FAMILIAR.SI MENOR ES ADOPTADO/A SEÑALARLO EN ESTA COLUMNA.

<sup>7</sup> OPCIONES: GIPUZKOA, PAIS VASCO,RESTO ESTADO,EUROPA,SUDAMÉRICA-CENTROAMÉRICA,NORTEAMÉRICA,AFRICA,ASIA,OCEANÍA.

<sup>8</sup> MENORES SEÑALAR CURSO Y CENTRO ESCOLAR O CIP, SI ESTÁ EN FORMACIÓN. EN CASO DE ADULTOS SEÑALAR OPCIONES: SIN ESTUDIOS, PRIMARIOS, SECUNDARIOS,FP,UNIVERSITARIOS.

<sup>9</sup> PARO LABORAL

<sup>10</sup> OPCIONES: DISCAPACIDAD

NIVEL DE GRAVEDAD							
NO DESPROTECCIÓN	VULNERABILIDAD	DESPROTECCIÓN LEVE	DESPROTECCIÓN MODERADA	DESPROTECCIÓN GRAVE	DESAMPARO		

CUANDO PC = RECURSO PRINCIPAL	
NO HAY INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA MUNICIPAL SOCIOEDUCATIVO Y PSICOSOCIAL	
FECHA:	
ESTANDAR DE OBJETIVOS	ACCIONES Y PERIODICIDAD

ORG97AE5C05-307-6BCA-86E7-4CC6-75A1

1.- DISPONER DE INFORMACIÓN PERIODICA SOBRE LA SITUACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA POSIBLE DESPROTECCIÓN (PUEDEN SER FUENTES DE INFORMACIÓN DIRECTAS E INDIRECTAS)									
2.- ESTABLECER/ MANTENER LA VINCULACIÓN DE LA FAMILIA CON EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES									
3.- MOTIVAR A LA FAMILIA PARA LA ACEPTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA Y/O PSICOSOCIAL									
4.- REFORZAR Y MANTENER LOS OBJETIVOS LOGRADOS TRAS UN PERIODO DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUC. / PSICOSO. U OTRO TIPO.									
5.- OFRECER APOYO EMOCIONAL Y ORIENTACIONES (GESTIONES PARA ACCEDER A RECURSOS, PAUTAS,...)									
6.- ASIGNACION RECURSO SAFE CARE- INCREDIBLE YEARS- SAF-OTROS (ESPECIFICAR EN OBSERVACIONES)									
OBSERVACIONES:									
<b>OTROS PROFESIONALES EN INTERVENCIÓN RECURSOS</b>									
<b>TRABAJADOR/A SOCIAL</b>									
<b>S.A.D.</b>									
<b>GAZTE LEKU / HAUR TXOKO</b>									
<b>S.A.F.</b>									
<b>E.P.I.</b>									
<b>SAFE CARE</b>									
<b>INCREDIBLE YEARS</b>									
<b>OTROS</b>									

Revisión -Evaluación

FECHA:

Observaciones importantes durante la intervención: Incidencias relevantes en este periodo de seguimiento

SINTESIS DE LA SITUACIÓN.

**NIVEL DE GRAVEDAD**

NO DESPROTECCION	VULNERABILIDAD	DESPROTECCIÓN LEVE	DESPROTECCIÓN MODERADA	DESPROTECCIÓN GRAVE	DESAMPARO
------------------	----------------	--------------------	------------------------	---------------------	-----------

PROPUESTA:

CONTINUAR	CERRAR	TRASPASO
Continuar con otro plan de seguimiento	Cerrar por logro de objetivos	Traspaso a SPIF por aumento de
Plan de intervención introducción de recurso	Cerrar por inexistencia de indicadores graves	
	Cerrar por cambio de municipio.	
	Cerrar por traspaso a recursos externos	
	Cerrar por logro parcial de objetivos estabilizado	
	Cerrar por imposibilidad de intervenir o abandono por parte	
	Cerrar por asunción por DFG	

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

**INICIO DE LA INTERVENCIÓN**

**ASIGNACIÓN DE RECURSOS (CUMPLIMENTA RESPONSABLE DE CASO)**

ASIGNACIÓN DE RECURSOS (CUMPLIMENTA RESPONSABLE DE CASO)			
<b>NIVEL DE GRAVEDAD:</b>			
<b>FORMATO INTERVENCIÓN</b>		<b>TIEMPOS- FRECUENCIA- INTENSIDAD</b>	
<b>INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA:</b>	<b>nombre del /la profesional</b>	Frecuencia sesiones (2 semana, 1 semana, 1 quincenal, ...)	Horas por sesión
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON NUCLEO FAMILIAR (padre/madre+ hijo/s)			
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON EL PADRE Y/O LA MADRE			
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON MENOR (INDIVIDUAL)			
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA GRUPAL ADULTOS			
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA GRUPAL CON MENORES			
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL:</b>	<b>nombre del/la profesional</b>	Frecuencia sesiones (1 semana, 1 quincenal,...)	Horas por sesión
TERAPIA INDIVIDUAL ADULTOS			
TERAPIA INDIVIDUAL INFANTIL			
TERAPIA INDIVIDUAL ADOLESCENTE (ENTRE 12 Y 18 AÑOS)			
TERAPIA FAMILIAR			
TERAPIA PAREJA			
TERAPIA GRUPAL MENORES			
TERAPIA GRUPAL PADRES/MADRES			
<b>OBSERVACIONES :</b>			

**OTROS PROFESIONALES/AGENTES**

<b>TRABAJADOR/A SOCIAL</b>	
<b>E.P.I.</b>	
<b>GAZTE LEKU / HAUR TXOKO</b>	
<b>S.A.F.</b>	

**DEFINICIÓN DE OBJETIVOS GENERALES (CUMPLIMENTA RESPONSABLE DE CASO)**

<b>OBJETIVOS GENERALES –ROLES PARENTALES</b>	<b>PADRE= P MADRE= M ...=...</b>	<b>OBJETIVOS GENERALES CON MENOR-INDIVIDUAL</b>	<b>HIJO/A 1= H1 HIJO/A 2= H2 ...=...</b>
MARCAR EN LA <b>COLUMNA D</b> CON LA INICIAL P, M, ... TODOS LOS OBJETIVOS POTENCIALES DONDE EXISTEN DÉFICITS DE PARTIDA. ESTO NO SUPONE QUE SE VA A TRABAJAR SOBRE TODOS ELLOS EN ESTE PERIODO. HABRÁ QUE REPORTAR	<b>D O.P.</b>	MARCAR EN LA <b>COLUMNA D</b> CON LA INICIAL H1, H2,... TODOS LOS OBJETIVOS POTENCIALES DONDE EXISTEN DÉFICITS DE PARTIDA. ESTO NO SUPONE QUE SE VA A TRABAJAR SOBRE TODOS ELLOS EN ESTE PERIODO. HABRÁ QUE REPORTAR	<b>D O.P.</b>
<b>P1.- Cubrir las necesidades básicas de los/las hijos/as referidas a ALIMENTACIÓN.</b>	<b>D O.P.</b>	<b>In1.- Adquirir hábitos de auto-cuidado respecto a la ALIMENTACIÓN.</b>	<b>D O.P.</b>
<b>P2.- Cubrir las necesidades de cuidado de la SALUD FÍSICA/SANITARIA de los/las hijos/as</b>	<b>D O.P.</b>	<b>In2.- Adquirir hábitos de auto-cuidado de la SALUD</b>	<b>D O.P.</b>
<b>P3.- Tener una ORGANIZACIÓN CONVIVENCIAL adecuada a la edad y características de los</b>	<b>D O.P.</b>	<b>In3.- Adquirir hábitos de auto-cuidado de la VESTIMENTA</b>	<b>D O.P.</b>
<b>P4.- Cubrir las necesidades básicas de los/las hijos/as referidas a VESTIMENTA</b>	<b>D O.P.</b>	<b>In4.- Adquirir hábitos de auto-cuidado en su HIGIENE PERSONAL</b>	<b>D O.P.</b>
<b>P5.- Cubrir las necesidades básicas de los/las hijos/as referidas a la HIGIENE PERSONAL</b>	<b>D O.P.</b>	<b>In5.- Adquirir hábitos de CUIDADO DEL HOGAR</b>	<b>D O.P.</b>
<b>P6.- Garantizar que la VIVIENDA cuente con las condiciones adecuadas de higiene, salubridad estado de conservación y seguridad</b>	<b>D O.P.</b>	<b>In6.- Adquirir hábitos de ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIÓN PERSONAL</b>	<b>D O.P.</b>
<b>P7.- Garantizar los RECURSOS ECONÓMICOS básicos para cubrir sus necesidades</b>	<b>D O.P.</b>	<b>In7.- Adaptarse a SISTEMA ESCOLAR E ITINERARIOS FORMATIVO LABORALES acordes a la edad y capacidades</b>	<b>D O.P.</b>

2016-12-01T09:37:48Z

0169746500530714BC2184E7-6CA5467B6752



P8.- Garantizar una SUPERVISIÓN del desenvolvimiento cotidiano de los/las hijos/as , adecuada a su edad y características		In8.- Cumplir las NORMAS Y LÍMITES intrafamiliares	
P9.-Cubrir la función de motivación, seguimiento y apoyo ESCOLAR/FORMATIVO de los/las hijos/as		In9.- Lograr un BIENESTAR/EQUILIBRIO EMOCIONAL. Tener una buena AUTOESTIMA Y SEGURIDAD PERSONAL.	
P10. Responder a las necesidades AFECTIVAS y de INTERACTUACIÓN de los/las hijos/as.		In10.- Lograr una adecuada INTEGRACIÓN PSICOMOTRIZ	
P11.- Proporcionar la ESTIMULACIÓN adecuada a la edad y necesidades específicas de los/las hijos/as		In11.- Lograr una buena VINCULACIÓN con miembros del núcleo familiar.	
P12.- Dar respuesta a las necesidades NORMATIVAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES morales positivos que avuden estructurar el comportamiento de los/las hijos/as		In12.- Adquirir COMPETENCIAS DE RELACIÓN SOCIAL e interpersonal que le permitan construir o mantener una red social positiva.	
P13. Facilitar la SOCIALIZACIÓN de los/las hijos/as.			
P14.-Promover que el/la hijo/a alcance las cuotas de AUTONOMÍA PERSONAL Y RESPONSABILIDADES adecuadas a su nivel evolutivo y capacidades.			
P15.- Garantizar el BIENESTAR EMOCIONAL de los/las hijos/as.			
P16.- Ejercer el CONTROL DE CONDUCTA por medio de habilidades educativas de parentalidad positiva.			
P17.- Ofrecer a los/las hijos/as MODELOS PARENTALES PROSOCIALES e inducción a conductas			
<b>OBJETIVOS PRIORITARIOS INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA</b>	<b>OBJETIVOS PRIORITARIOS INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA</b>	<b>OBJETIVOS PRIORITARIOS OTROS AGENTES (ESPECIFICAR)</b>	
SEÑALAR LOS ASIGNADOS A EDUCADOR/A DE LOS MARCADOS EN LAS COLUMNAS DE O.P.	SEÑALAR LOS ASIGNADOS A TERAPEUTA DE LOS MARCADOS EN LAS COLUMNAS DE O.P.	SEÑALAR LOS ASIGNADOS A OTRO AGENTE DE LOS MARCADOS EN LAS COLUMNAS DE O.P.OO	

**INFORMACIÓN SOBRE OBJETIVOS POTENCIALES ( Columna " D " ) CUMPLIMENTAR EDUCADOR/A Y/O TERAPEUTA**

**PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN (CUMPLIMENTA EDUCADOR Y/O TERAPEUTA)**

**OBSERVACIONES ( DE LA PLANIFICACIÓN)**  
 EN ESTA PRIMERA FASE INICIAL, ESTA TABLA DE PLANIFICACIÓN DE ACCIONES SOLO RELLENARLA SI HAY ACCIONES PREVISTAS CONCRETAS DIRIGIDAS POR EJEMPLO A LA ESCOLARIZACIÓN DE UN/A MENOR, O SIMILAR. QUE NO PUEDEN ESPERAR DOS MESES PARA INICIARSE.  
 POR LO DEMÁS AL INICIO DE LA INTERVENCIÓN LAS ACCIONES VAN ENCAMINADAS A:

**PLANIFICACIÓN DE ACCIONES**

FORMATO INTERVENCIÓN	TIEMPOS FRECUENCIA INTENSIDAD	OBJETIVOS (COPIAR LOS MARCADOS EN LA LISTA ANTERIOR)	ACCIONES ACCIONES TIPO A REALIZAR ( VER MANUAL REFERENCIA COLUMNAS 2 Y 4 DEL MENU ACCIONES)	EVALUACIÓN DE ACCIONES (A RELLENAR DESPUES DE EL PERIODO DE INTERVENCIÓN)				
				No realizado	iniciado	Parcialmente	Casi completo	Realizado
				1	2	3	4	5
<b>EJEMPLO:</b> INTERVENCIÓN SOCIEDICATIVA	UNA SESION DE DOS HORAS SEMANALES							

CON NÚCLEO  
FAMILIAR


2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

TERAPIA INDIVIDUAL ADULTO (MADRE)								
<b>PROXIMA FECHA DE REVISIÓN-EVALUACIÓN DEL PLAN:</b> ( La establece Responsable de Caso en coordinación con Recursos )								

HASTA AQUÍ SE RELLENA EL PLAN DE CASO INICIALMENTE

-----

ESTE SIGUIENTE APARTADO DE REVISIÓN SE RELLENA A LOS DOS MESES DE INICIAR LA INTERVENCIÓN

Revisión – Evaluación	
FECHA DE REVISIÓN –EVALUACIÓN DEL	
OBSERVACIONES RELEVANTES DURANTE LA INTERVENCIÓN: <b>INCIDENTIAS IMPORTANTES EN ESTE PERIODO Y SU IMPACTO EN LA INTERVENCIÓN. BREVEMENTE.</b>	
R.C.	
ED.	
TE.	

VALUACIÓN PARTICIPACIÓN/IMPLICACIÓN EN LA INTERVENCIÓN ( CUMPLIMENTA EDUCADOR Y/O TERAPEUTA )								
PARTICIPACIÓN- SESIONES REALIZADAS								
EDUCADOR/A	Diferenciar si es necesario, P,M, H1, H2...	P	M	H1	H2	H3	H4	OBSERVACIONES
	MENOS DEL 25% DE LAS PREVISTAS							
	ENTRE EL 25% Y EL 50% DE LAS PREVISTAS							
	ENTRE EL 50 Y EL 75% DE LAS PREVISTAS							
	ENTRE EL 75% Y EL 100% DE LAS PREVISTAS							
TERAPEUTA	Diferenciar si es necesario, P,M, H1, H2...	P	M	H1	H2	H3	H4	OBSERVACIONES
	MENOS DEL 25% DE LAS PREVISTAS							
	ENTRE EL 25% Y EL 50% DE LAS PREVISTAS							
	ENTRE EL 50 Y EL 75% DE LAS PREVISTAS							
	ENTRE EL 75% Y EL 100% DE LAS PREVISTAS							
<b>CUMPLIMENTA EDUCADOR/TERAPEUTA</b>								
<b>OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN</b>								
<b>COPIARLO DE LA TABLA DE ARRIBA</b>								
<b>ACTIVIDADES CONCRETAS DESARROLLADAS Y LOGROS ALCANZADOS PARA LA CONSECUCCIÓN DE ESTE OBJETIVO</b>								

**ESPECIFICAR ACTIVIDADES REALIZADAS ENCAMINADAS A LA CONSECUION DEL OBJETIVO ( SI ES QUE SE HAN REALIZADO ) Y LOGROS DERIVADOS DE ESAS ACTIVIDADES**

**VALORACIÓN DE INDICADORES POR PARTE DE EDUCADOR/TERAPEUTA Y VºBº RESPONSABLE DE CASO**

SITUACIÓN DE ENTRADA EN BASE A INDICADORES

Fecha registro indicador

**COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )**

OBSERVACIONES RELATIVAS A LOS INDICADORES

**COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )**

**CUMPLIMENTA EDUCADOR/TERAPEUTA**

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

**COPIARLO DE LA TABLA DE ARRIBA**

ACTIVIDADES CONCRETAS DESARROLLADAS Y LOGROS ALCANZADOS PARA LA CONSECUIÓN DE ESTE OBJETIVO

**ESPECIFICAR ACTIVIDADES REALIZADAS ENCAMINADAS A LA CONSECUION DEL OBJETIVO ( SI ES QUE SE HAN REALIZADO ) Y LOGROS DERIVADOS DE ESAS ACTIVIDADES**

**VALORACIÓN DE INDICADORES POR PARTE DE EDUCADOR/TERAPEUTA Y VºBº RESPONSABLE DE CASO**

SITUACIÓN DE ENTRADA EN BASE A INDICADORES

Fecha registro indicador

**COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )**

OBSERVACIONES RELATIVAS A LOS INDICADORES

**COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )**

**CUMPLIMENTA EDUCADOR/TERAPEUTA**

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

**COPIARLO DE LA TABLA DE ARRIBA**

ACTIVIDADES CONCRETAS DESARROLLADAS Y LOGROS ALCANZADOS PARA LA CONSECUIÓN DE ESTE OBJETIVO

**ESPECIFICAR ACTIVIDADES REALIZADAS ENCAMINADAS A LA CONSECUION DEL OBJETIVO ( SI ES QUE SE HAN REALIZADO ) Y LOGROS DERIVADOS DE ESAS ACTIVIDADES**

**VALORACIÓN DE INDICADORES POR PARTE DE EDUCADOR/TERAPEUTA Y VºBº RESPONSABLE DE CASO**

SITUACIÓN DE ENTRADA EN BASE A INDICADORES

Fecha registro indicador

**COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )**

OBSERVACIONES RELATIVAS A LOS INDICADORES

**COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )**

<b>CUMPLIMENTA EDUCADOR/TERAPEUTA</b>							
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN							
<i>COPIARLO DE LA TABLA DE ARRIBA</i>							
ACTIVIDADES CONCRETAS DESARROLLADAS Y LOGROS ALCANZADOS PARA LA CONSECUCIÓN DE ESTE OBJETIVO							
<i>ESPECIFICAR ACTIVIDADES REALIZADAS ENCAMINADAS A LA CONSECUION DEL OBJETIVO ( SI ES QUE SE HAN REALIZADO ) Y LOGROS DERIVADOS DE ESAS ACTIVIDADES</i>							
<b>VALORACIÓN DE INDICADORES POR PARTE DE EDUCADOR/TERAPEUTA Y VºBº RESPONSABLE DE CASO</b>							
SITUACIÓN DE ENTRADA EN BASE A INDICADORES							
Fecha registro indicador:							
<i>COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )</i>							
OBSERVACIONES RELATIVAS A LOS INDICADORES							
<i>COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )</i>							

<b>CUMPLIMENTA EDUCADOR/TERAPEUTA</b>							
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN							
<i>COPIARLO DE LA TABLA DE ARRIBA</i>							
ACTIVIDADES CONCRETAS DESARROLLADAS Y LOGROS ALCANZADOS PARA LA CONSECUCIÓN DE ESTE OBJETIVO							
<i>ESPECIFICAR ACTIVIDADES REALIZADAS ENCAMINADAS A LA CONSECUION DEL OBJETIVO ( SI ES QUE SE HAN REALIZADO ) Y LOGROS DERIVADOS DE ESAS ACTIVIDADES</i>							
<b>VALORACIÓN DE INDICADORES POR PARTE DE EDUCADOR/TERAPEUTA Y VºBº RESPONSABLE DE CASO</b>							
SITUACIÓN DE ENTRADA EN BASE A INDICADORES							
Fecha registro indicador:							
<i>COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )</i>							
OBSERVACIONES RELATIVAS A LOS INDICADORES							
<i>COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )</i>							

FECHA:					
SINTESIS SITUACIÓN Y PROPUESTA					
<b>CUMPLIMENTA RESPONSABLE DE CASO</b>					
SINTESIS DE LA NUEVA SITUACIÓN:					
NIVEL DE GRAVEDAD					
NO DESPROTECCION	VULNERABILIDAD	DESPROTECCIÓN LEVE	DESPROTECCIÓN MODERADA	DESPROTECCIÓN GRAVE	DESAMPARO
PROPUESTA: (marcar en casilla correspondiente)					
CONTINUAR	CERRAR	TRASPASO			

Continuar intervención con mismos objetivos y recursos	Cerrar por logro de objetivos	Traspaso a SPIF por aumento de
Continuar intervención variando objetivos	Cerrar por inexistencia de indicadores graves	Traspaso a PC por disminución de
Continuar mismo recurso variando	Cerrar por cambio de municipio	
Cambio de recurso o añadir recurso	Cerrar por traspaso a recursos externos	
	Cerrar por logro parcial de objetivos estabilizado	
	Cerrar por imposibilidad de intervenir o abandono por parte	
	Cerrar pos asunción por DFG	
<b>OBSERVACIONES</b> <b>ESPECIFICAR SI HAY CAMBIOS DE RECURSOS</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>OBSERVACIONES</b> <b>NES 180</b>

**PLANIFICACIÓN DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN (NO INICIO DE INTERVENCIÓN)**

**ASIGNACIÓN DE RECURSOS (CUMPLIMENTA RESPONSABLE DE CASO)**

<b>NIVEL DE GRAVEDAD:</b>					
<b>FORMATO INTERVENCIÓN</b>		<b>TIEMPOS- FRECUENCIA- INTENSIDAD</b>			
<b>INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA:</b>	<b>nombre del /la profesional</b>	<b>Frecuencia sesiones (2 semana, 1 semana, 1</b>	<b>Horas por</b>	<b>OTROS</b>	
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON NUCLEO FAMILIAR (padre/madre+				<b>TRABAJADOR/A SOCIAL</b>	
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON EL PADRE Y/O LA MADRE				<b>E.P.I.</b>	
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON MENOR (INDIVIDUAL)				<b>GAZTE LEKU / HAUR TXOKO</b>	
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA GRUPAL ADULTOS				<b>S.A.F.</b>	
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA GRUPAL CON MENORES					
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL:</b>	<b>nombre del/la profesional</b>	<b>Frecuencia sesiones (1 semanaL, 1 quincenal,...)</b>	<b>Horas por</b>		
TERAPIA INDIVIDUAL ADULTOS					
TERAPIA INDIVIDUAL INFANTIL					
TERAPIA INDIVIDUAL ADOLESCENTE (ENTRE 12 Y 18 AÑOS)					
TERAPIA FAMILIAR					
TERAPIA PAREJA					
TERAPIA GRUPAL MENORES					
TERAPIA GRUPAL PADRES/MADRES					
<b>OBSERVACIONES :</b>					



**PROPUESTA EDUC/TERAPE**

**VºBº RESPONSABLE DE CASO**

**OBJETIVOS GENERALES –ROLES PARENTALES**

MARCAR EN LA **COLUMNA D** CON LA INICIAL P, M, ... TODOS LOS OBJETIVOS POTENCIALES DONDE EXISTEN DÉFICITS DE PARTIDA. ESTO NO SUPONE QUE SE VA A TRABAJAR SOBRE TODOS ELLOS EN ESTE PERIODO. HABRÁ QUE

**PADRE=**  
**P**  
**MADRE=**  
**M**

**OBJETIVOS GENERALES CON MENOR-INDIVIDUAL**

MARCAR EN LA **COLUMNA D** CON LA INICIAL H1, H2,... TODOS LOS OBJETIVOS POTENCIALES DONDE EXISTEN DÉFICITS DE PARTIDA. ESTO NO SUPONE QUE SE VA A TRABAJAR SOBRE TODOS ELLOS EN ESTE

**HIJO/A 1=**  
**H1**  
**HIJO/A 2=**  
**H2**

2016-12-01 10:37:48

ORG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

	D	O.P.		D	O.P.
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS –ROLES PARENTALES</b>			<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS CON EL MENOR-INDIVIDUAL</b>		
<b>P1.- Cubrir las necesidades básicas de los/las hijos/as referidas a ALIMENTACIÓN.</b>			<b>In. 1.- Adquirir hábitos de auto-cuidado respecto a la ALIMENTACIÓN.</b>		
P1.1.- Administrar a los/las hijos/as comida en cantidad necesaria, en función de la edad y características.			In. 1.1.- Ingerir comida en cantidad necesaria, en función de la edad y característica y actividad física.		
P1.2.- Proporcionar una dieta en buen estado y equilibrada, adaptada a la edad de los/las hijos/as.			In. 1.2.- Mantener una dieta equilibrada, nutritiva y variada adaptada a la edad y actividad física.		
P1.3.- Almacenar y conservar los alimentos adecuada (p.e.: percederos en			In. 1.3.- Mantener unos hábitos horarios de comidas, ajustados a las		
<b>P2.- Cubrir las necesidades de cuidado de la SALUD FÍSICA/SANITARIA de los/las hijos/as</b>			<b>In. 2.- Adquirir hábitos de auto-cuidado de la SALUD</b>		
P2.1.- Realizar las revisiones (pediátricas, dentales) y vacunaciones indicadas para la edad.			In. 2.1.- Mantener unos hábitos de vida saludables (ejercicio físico, no consumo de drogas		
P2.2.- Utilizar los recursos sanitarios adecuados ante enfermedades, accidentes, lesiones, etc.			In. 2.2.- Utilizar los recursos sanitarios adecuados ante enfermedades, accidentes, lesiones, etc.		
P2.3.- Seguir las pautas establecidas por los facultativos y administrarles correctamente los medicamentos prescritos.			In. 2.3.- Seguir las pautas establecidas por los facultativos y tomar correctamente los medicamentos prescritos.		
P2.4.- Garantizar que los/las hijos/as cumplan horarios de sueño/descanso adecuados a su edad.			In. 2.4.- Mantener hábitos de sueño/descanso adecuados a su edad y momento evolutivo.		
<b>P3.- Tener una ORGANIZACIÓN CONVIVENCIAL adecuada a la edad y características de los miembros.</b>			<b>In. 2.5.- Realizar las revisiones (médicas, odontológicas) pertinentes a su edad y necesidades.</b>		
P3.1.- Mantener una organización convivencial y unos horarios ajustados a las necesidades y edades de los/las hijos/as.			<b>In. 3.- Adquirir hábitos de auto-cuidado de la VESTIMENTA</b>		
<b>P4.- Cubrir las necesidades básicas de los/las hijos/as referidas a VESTIMENTA</b>			In. 3.1.- Mantener una autonomía para vestirse acorde a su edad y		
P4.1.- Proporcionar la vestimenta suficiente y adecuada a las necesidades y edad de			In. 3.2.- Vestir ropa adecuada a las condiciones meteorológicas y a las		
P4.2.- Garantizar la utilización de la ropa adecuada a las condiciones meteorológicas y las actividades a desarrollar.			In. 3.3.- Utilizar ropa limpia y en buen estado de conservación.		
P4.3.- Mantener un estado adecuado y limpieza de la ropa a utilizar por			<b>In. 4.- Adquirir hábitos de auto-cuidado en su HIGIENE PERSONAL</b>		
<b>P5.-Cubrir las necesidades básicas de los/las hijos/as referidas a la HIGIENE PERSONAL</b>			In. 4.1.- Mantener un aspecto limpio y una higiene adecuada (pelo,		
P5.1.- Asegurar que los niños/as tengan una higiene adecuada y presenten un aspecto limpio (pelo, cuerpo, boca).			In. 4.2.- Mantener hábitos de higiene (lavarse las manos antes de las comidas, ducharse asiduamente, después de hacer deporte, higiene		
P5.2.- Garantizar que los/las hijos/as adquieran hábitos de higiene (lavarse las manos antes de las comidas, ducharse asiduamente, después			In. 4.3.- Mantener modales de urbanidad en las comida		
<b>P6.- Garantizar que la VIVIENDA cuente con las condiciones adecuadas de higiene, salubridad, estado de conservación y seguridad</b>			<b>In. 5.- Adquirir hábitos de CUIDADO DEL HOGAR</b>		
P6.1.- Disponer de vivienda estable, limpia y ordenada			In. 5.1.- Mantener su cuarto/pertenencias limpios y ordenados, y tener una colaboración en los espacios comunes de la vivienda. Cuidar y utilizar adecuadamente el mobiliario.		
P6.2.- Garantizar que la vivienda cuente con el equipamiento básico: mobiliario, electrodomésticos, utensilios...etc.			<b>In. 6.- Adquirir hábitos de ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIÓN PERSONAL</b>		

P6.3.- Garantizar el estado de conservación adecuado de la vivienda de forma que no entrañe riesgos para la salud de los/las menores			In. 6.1.- Mantener una estructura de organización: horarios, rutinas, descanso, etc. que le permita responder a sus ocupaciones y responsabilidades de forma adecuada.		
P6.4.- Mantener una distribución de la vivienda adecuada: separación de espacios adecuados a las diferentes funciones del hogar y necesidades de sus miembros			In. 6.2.- Realizar una adecuada Gestión de sus recursos económicos disponibles: paga semanal, transporte...etc.		
<b>P7.- Garantizar los RECURSOS ECONÓMICOS básicos para cubrir sus necesidades</b>			In. 6.3.- Responder diariamente a sus obligaciones (acudir al trabajo o al centro de formación) y hacerlo con puntualidad.		
P7.1.- Realizar una adecuada Gestión de los recursos económicos disponibles por la familia para cubrir las necesidades de sus miembros:			<b>In. 7.- Adaptarse a SISTEMA ESCOLAR E ITINERARIOS FORMATIVO LABORALES acordes a la edad y capacidades.</b>		
P7.2.- Tener acceso a recursos económicos básicos para cubrir las necesidades familiares			In. 7.1.- Tener motivación formativo-escolar-LABORAL.		
<b>P8.- Garantizar una SUPERVISIÓN del desenvolvimiento cotidiano de los/las hijos/as , adecuada a su edad y características</b>			In. 7.2.- Asistir regularmente y con puntualidad al centro de formación. O centro de trabajo		
P8.1.- Realizar una adecuada supervisión de las rutinas y actividades cotidianas de los/las hijos/as en el hogar			In. 7.3.- Mantener un rendimiento académico adecuado a su edad y capacidades		
P8.2.- Realizar una adecuada supervisión de las actividades cotidianas de los/las hijos/as fuera del hogar			In. 7.4.- Adquirir hábitos de estudio/trabajo eficaces (Organizarse para la realización tareas escolares, preparación de exámenes)		
P8.3.- Mantener a los/las hijos/as bajo el cuidado de los padres o de figuras familiares o de amigos/as o personas contratadas para ello de			In. 7.5.- Mantener conductas de respeto a compañeros , profesores, instalaciones, etc.		
<b>P9.-Cubrir las funciones de motivación, seguimiento y apoyo ESCOLAR/FORMATIVO de los/las hijos/as</b>			In. 7.6.- Cuidar el material escolar y tenerlo disponible cuando lo precise tanto en la escuela como en casa		
P9.1.- Garantizar la asistencia regular al centro escolar (no absentismo)			In. 7.7.- Tener unas expectativas formativas o laborales realistas, en función de las capacidades		
P9.2.- Motivar a los/las hijos/as hacia la adquisición conocimientos escolares e intelectuales			<b>In. 8.- Cumplir las NORMAS Y LÍMITES intrafamiliares</b>		
P9.3.- Realizar un seguimiento y apoyo a los/las hijos/as de sus actividades escolares o formativas			In. 8.1.- Aceptar los límites y normas y las consecuencias de su transgresión.		
<b>P10. Responder a las necesidades AFECTIVAS y de INTERACTUACIÓN de los/las hijos/as.</b>			In. 8.2.- Asumir las responsabilidades de sus actos de una forma pertinente y desplegar conductas de reparación.		
P10.1.- Estar disponible como figuras de apego (crear un vínculo positivo), escuchar las necesidades emocionales de los/las hijos/as (captar su			In. 8.3.- Asumir progresivamente responsabilidades acordes a su edad y desarrollo. Adecuarse a la estructuración de roles,		
P10.2.- Responder a los intentos y necesidades de interactuar del hijo/a y mantener una expresión emocional en dichas interacciones			<b>In. 9.- Lograr un BIENESTAR/EQUILIBRIO EMOCIONAL. Tener una buena AUTOESTIMA Y SEGURIDAD PERSONAL.</b>		
<b>P11.- Proporcionar la ESTIMULACIÓN adecuada a la edad y necesidades específicas de los/las hijos/as</b>			In. 9.1.- Aumentar su autoconocimiento. Adquirir de una conciencia realista de sus fortalezas		
P11.1.- Proporcionar a los/las hijos/as experiencias enriquecedoras dirigidas a desarrollar sus habilidades físicas, cognitivas o a responder a sus necesidades de			In. 9.2.- Detectar, reconocer, aceptar y elaborar sus sentimientos.		



<b>P12.- Dar respuesta a las necesidades <i>NORMATIVAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES morales positivos que ayuden estructurar el comportamiento de los/las hijos/as.</i></b>	In. 9.3.- Adquirir competencias y estrategias adecuadas de comunicación y de expresión de emociones.		
P12.1.- Establecer unas normas de convivencia familiar coherentes, concretas y		In. 9.4.- Adquirir competencias para entablar relaciones vinculares de cercanía.	

2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

P12.2.- Dar respuestas consistentes, contingentes y predecibles ante incumplimiento de normas y/o conductas inadecuadas			In. 9.5.- Identificar las situaciones o fuentes externas que le generan dificultad o malestar		
P12.3.- Orientar a los/las hijos/as para solucionar sus conflictos de forma			In. 9.6.- Captar y entender los estados emocionales de los otros (Capacidad		
P12.4.- Establecer una estructura y dinámica familiar funcional en la que estén claros los roles, funciones, responsabilidades, etc. adecuados a la			In. 9.7.- Adquirir autonomía en la toma de decisiones.		
<b>P13. Facilitar la SOCIALIZACIÓN de los/las hijos/as.</b>			In. 9.8.- Elaborar los aspectos traumáticos de los incidentes ocurridos en su historia familiar		
P13.1.- Promover en los/las hijos/as experiencias de interacción social saludables participando en contextos (parque, lugares de reunión, etc.) o			In. 9.9.- Mejorar la capacidad de reflexividad para sopesar posibilidades y alcanzar objetivos.		
<b>P14.- Promover que el/la hijo/a alcance las cuotas de AUTONOMÍA PERSONAL Y RESPONSABILIDADES adecuadas a su nivel evolutivo y capacidades</b>			In. 9.10.- Reconocer las dificultades y limitaciones y pedir ayuda para superarlas		
P14.1.- Promover que los/las niños/as asuman responsabilidades de autonomía en auto- cuidados, socialización, experimentación...etc., de			In. 9.11 Aumentar su autoestima		
<b>P15.- Garantizar el BIENESTAR EMOCIONAL de los/las hijos/as.</b>			<b>In. 10.- Lograr una adecuada INTEGRACIÓN PSICOMOTRIZ</b>		
P15.1.- Utilizar refuerzos y expresiones verbales y no verbales que fortalezcan la autoestima de los/las hijos/as (no Rechazo, desprecio, humillación...)			In. 10.1.- Adquirir una coordinación de movimientos armónica.		
P15.2.- Realizar una adecuada atribución de responsabilidades. (no culpabilización de conflictos de pareja, intrafamiliares,...)			In. 10.2.- Adquirir una expresión verbal adecuada (lenguaje oral).		
P15.3.- Motivar y estimular para el desarrollo de las potencialidades ajustadas a las posibilidades y edad (no sobre exigencia)			In. 10.3.- Mejorar el desarrollo del pensamiento y de los aprendizajes.		
P15.4.- Proteger a los/las hijos/as de los conflictos de pareja, resolviendo sus discrepancias fuera de su presencia, evitando expresiones de hostilidad			In. 10.4.- Mejorar las capacidades cognitivas acorde a su edad (estimulación y entrenamiento de los mismos)		
P15.5.- Cubrir las necesidades de seguridad, estabilidad y predictibilidad en el medio familiar respecto al futuro inmediato			In. 10.5.- Mejorar la estructuración del pensamiento.		
P15.6.- Pedir ayuda y orientación ante los problemas para gestionar el malestar emocional y las dificultades de los/las hijos/as, si es necesario			In. 10.6.- Mejorar su capacidad de concentración y de centrar la atención		
<b>P16.- Ejercer el CONTROL DE CONDUCTA por medio de habilidades educativas de parentalidad</b>			<b>In. 11.- Lograr una buena VINCULACIÓN con miembros del núcleo familiar.</b>		
P16.1.- Adquirir Habilidades parentales basadas en métodos y estilos educativos asertivos (explicaciones, desaprobación verbal, refuerzo positivo, negociación, modelado, extinción, reparación) ausentes de amenazas graves,			In. 11.1.- Establecer un vínculo adecuado con su padre y/o madre		
P16.2.- Utilizar estrategias adecuadas y efectivas para el control de las conductas inadecuadas u. oposicionistas del niño/a o adolescente			In. 11.2.- Establecer un vínculo adecuado entre los/las hermanos/as.		
<b>P17.- Ofrecer a los/las hijos/as MODELOS PARENTALES PROSOCIALES e inducción a conductas adaptadas socialmente</b>			In. 11.3- Adquirir sentimiento de pertenencia familiar, participando en actividades comunes		
P17.1.- Mantener conductas visibles de hábitos saludables,			<b>In. 12.- Adquirir COMPETENCIAS DE RELACIÓN SOCIAL e interpersonal que le permitan construir o mantener una red social positiva</b>		
P17.2.- Obtener recursos económicos por medios legales.			In. 12.1.- Adquirir habilidades sociales y estrategias de resolución de conflictos. ASERTIVIDAD		
P17.3.- Mantener relaciones con el entorno (vecindad, barrio, etc.) basadas en la asertividad y la participación.			In. 12.2.- Expresar y defender las propias necesidades		

P17.4.- Ofrecer información significativa y positiva con respecto a aspectos como itinerarios formativos-laborales, sexualidad, drogas, utilización de recursos y participación socio- comunitaria etc			In. 12.3.- Contar con un grupo de iguales estable y positivo Desarrollar una red de amplia y adecuada (amigos/as de su edad)		
			In. 12.4.- Conocer y utilizar los recursos sociales, culturales, de ocio, deportivos, transportes, etc.		
			In. 12.5.- Adquirir competencias para movilizarse para canalizar los intereses (personales, de ocio, formativos, ocupacionales, etc).		
			In. 12.6.- Mejorar la percepción y relación menor/joven-contexto		
			In. 12.7.- Disponer de información real, significativa y coherente en temas de importancia (sexual, drogas, ocio,...).		
			In. 12.8.- Tener conductas sexoafectivas positivas		
			In. 12.9.- Adquirir las competencias necesarias para comenzar procesos de emancipación (17 años o +).		

OBJETIVOS INTERVENCION SOCIOEDUCATIVA	OBJETIVOS INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA	OBJETIVOS OTROS AGENTES

OBSERVACIONES:

**INFORMACIÓN SOBRE OBJETIVOS POTENCIALES ( Columna " D " ) CUMPLIMENTAR EDUCADOR/A Y/O TERAPEUTA**

PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN (CUMPLIMENTA EDUCADOR Y/O TERAPEUTA)										
OBSERVACIONES										
PLANIFICACIÓN DE ACCIONES										
FORMATO INTERVENCIÓN	TIEMPOS FRECUENCIA INTENSIDAD	OBJETIVOS (COPIAR LOS MARCADOS EN LA LISTA ANTERIOR)	ACCIONES ACCIONES TIPO A REALIZAR ( VER MANUAL REFERENCIA	EVALUACIÓN DE ACCIONES (A RELLENAR DESPUES DE EL PERIODO DE						
				No	iniciad	Parcial	Casi	Realiza		
				1	2	3	4	5		

**PROXIMA FECHA DE REVISIÓN-EVALUACIÓN DEL PLAN:**  
( La establece Responsable de Caso en coordinación con Recursos )

EL SIGUIENTE APARTADO DE REVISIÓN SE RELLENA A LOS CUATRO O SEIS MESES DE INICIAR LA INTERVENCIÓN

Revisión – Evaluación									
FECHA DE REVISIÓN –EVALUACIÓN DEL									
OBSERVACIONES RELEVANTES DURANTE LA INTERVENCIÓN: <b>INCIDENTIAS IMPORTANTES EN ESTE PERIODO Y SU IMPACTO EN LA INTERVENCIÓN. BREVEMENTE.</b>									
R.C.									
ED.									
TE.									
EVALUACIÓN PARTICIPACIÓN/IMPLICACIÓN EN LA INTERVENCIÓN ( CUMPLIMENTA EDUCADOR Y/O TERAPEUTA )									
PARTICIPACIÓN- SESIONES REALIZADAS									
EDUCADOR/A	Diferenciar si es necesario, P,M, H1, H2...	P	M	H1	H2	H3	H4	OBSERVACIONES	
	MENOS DEL 25% DE LAS PREVISTAS								
	ENTRE EL 25% Y EL 50% DE LAS PREVISTAS								
	ENTRE EL 50 Y EL 75% DE LAS PREVISTAS								
TERAPEUTA	Diferenciar si es necesario, P,M, H1, H2...	P	M	H1	H2	H3	H4	OBSERVACIONES	
	MENOS DEL 25% DE LAS PREVISTAS								
	ENTRE EL 25% Y EL 50% DE LAS PREVISTAS								
	ENTRE EL 50 Y EL 75% DE LAS PREVISTAS								
ENTRE EL 75% Y EL 100% DE LAS PREVISTAS									
CUMPLIMENTA EDUCADOR/TERAPEUTA									
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN									
<b>COPIARLO DE LA TABLA DE ARRIBA</b>									
ACTIVIDADES CONCRETAS DESARROLLADAS Y LOGROS ALCANZADOS PARA LA CONSECUCIÓN DE ESTE OBJETIVO									
<b>ESPECIFICAR ACTIVIDADES REALIZADAS ENCAMINADAS A LA CONSECUION DEL OBJETIVO ( SI ES QUE SE HAN REALIZADO ) Y LOGROS DERIVADOS DE ESAS ACTIVIDADES</b>									
VALORACIÓN DE INDICADORES POR PARTE DE EDUCADOR/TERAPEUTA Y VºBº RESPONSABLE DE CASO									
SITUACIÓN DE ENTRADA EN BASE A INDICADORES									
								Fecha registro indicador	
<b>COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )</b>									
OBSERVACIONES RELATIVAS A LOS INDICADORES									
<b>COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )</b>									

2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

<b>CUMPLIMENTA EDUCADOR/TERAPEUTA</b>													
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN													
<i>COPIARLO DE LA TABLA DE ARRIBA</i>													
ACTIVIDADES CONCRETAS DESARROLLADAS Y LOGROS ALCANZADOS PARA LA CONSECUCIÓN DE ESTE OBJETIVO													
<i>ESPECIFICAR ACTIVIDADES REALIZADAS ENCAMINADAS A LA CONSECUION DEL OBJETIVO ( SI ES QUE SE HAN REALIZADO ) Y LOGROS DERIVADOS DE ESAS ACTIVIDADES</i>													
<b>VALORACIÓN DE INDICADORES POR PARTE DE EDUCADOR/TERAPEUTA Y VºBº RESPONSABLE DE CASO</b>													
SITUACIÓN DE ENTRADA EN BASE A INDICADORES													
						Fecha registro indicador							
<i>COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )</i>													
OBSERVACIONES RELATIVAS A LOS INDICADORES													
<i>COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )</i>													
<b>CUMPLIMENTA EDUCADOR/TERAPEUTA</b>													
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN													
<i>COPIARLO DE LA TABLA DE ARRIBA</i>													
ACTIVIDADES CONCRETAS DESARROLLADAS Y LOGROS ALCANZADOS PARA LA CONSECUCIÓN DE ESTE OBJETIVO													
<i>ESPECIFICAR ACTIVIDADES REALIZADAS ENCAMINADAS A LA CONSECUION DEL OBJETIVO ( SI ES QUE SE HAN REALIZADO ) Y LOGROS DERIVADOS DE ESAS ACTIVIDADES</i>													
<b>VALORACIÓN DE INDICADORES POR PARTE DE EDUCADOR/TERAPEUTA Y VºBº RESPONSABLE DE CASO</b>													
SITUACIÓN DE ENTRADA EN BASE A INDICADORES													
						Fecha registro indicador							
<i>COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )</i>													
OBSERVACIONES RELATIVAS A LOS INDICADORES													
<i>COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )</i>													
<b>CUMPLIMENTA EDUCADOR/TERAPEUTA</b>													
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN													
<i>COPIARLO DE LA TABLA DE ARRIBA</i>													
ACTIVIDADES CONCRETAS DESARROLLADAS Y LOGROS ALCANZADOS PARA LA CONSECUCIÓN DE ESTE OBJETIVO													
<i>ESPECIFICAR ACTIVIDADES REALIZADAS ENCAMINADAS A LA CONSECUION DEL OBJETIVO ( SI ES QUE SE HAN REALIZADO ) Y LOGROS DERIVADOS DE ESAS ACTIVIDADES</i>													
<b>VALORACIÓN DE INDICADORES POR PARTE DE EDUCADOR/TERAPEUTA Y VºBº RESPONSABLE DE CASO</b>													
SITUACIÓN DE ENTRADA EN BASE A INDICADORES													
						Fecha registro indicador							
<i>COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )</i>													



<b>CUMPLIMENTA EDUCADOR/TERAPEUTA</b>							
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN							
<i>COPIARLO DE LA TABLA DE ARRIBA</i>							
ACTIVIDADES CONCRETAS DESARROLLADAS Y LOGROS ALCANZADOS PARA LA CONSECUCIÓN DE ESTE OBJETIVO							
<i>ESPECIFICAR ACTIVIDADES REALIZADAS ENCAMINADAS A LA CONSECUCIÓN DEL OBJETIVO ( SI ES QUE SE HAN REALIZADO ) Y LOGROS DERIVADOS DE ESAS ACTIVIDADES</i>							
<b>VALORACIÓN DE INDICADORES POR PARTE DE EDUCADOR/TERAPEUTA Y VºBº RESPONSABLE DE CASO</b>							
SITUACIÓN DE ENTRADA EN BASE A INDICADORES							
						Fecha registro indicador	
<i>COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )</i>							
OBSERVACIONES RELATIVAS A LOS INDICADORES							
<i>COPIARLO DE LA TABLA EXCELL DE INDICADORES ( BIEN PARENTALES O BIEN INDIVIDUALES )</i>							

FECHA:							
<b>SINTESIS SITUACIÓN Y PROPUESTA</b>							
<b>CUMPLIMENTA RESPONSABLE DE CASO</b>							
SINTESIS DE LA NUEVA SITUACIÓN:							
<b>NIVEL DE GRAVEDAD</b>							
NO DESPROTECCION		VULNERABILIDAD		DESPROTECCIÓN LEVE		DESPROTECCIÓN MODERADA	
						DESPROTECCIÓN GRAVE	
						DESAMPARO	
<b>PROPUESTA: (marcar en casilla correspondiente)</b>							
<b>CONTINUAR</b>			<b>CERRAR</b>			<b>TRASPASO</b>	
Continuar intervención con mismos objetivos y recursos			Cerrar por logro de objetivos			Traspaso a SPIF por aumento de	
Continuar intervención variando objetivos			Cerrar por inexistencia de indicadores graves			Traspaso a PC por disminución de	
Continuar mismo recurso variando			Cerrar por cambio de municipio				
Cambio de recurso o añadir recurso			Cerrar por traspaso a recursos externos				
			Cerrar por logro parcial de objetivos estabilizado				
			Cerrar por imposibilidad de intervenir o abandono por parte				
			Cerrar por asunción por DFG				
<b>OBSERVACIONES</b>			<b>OBSERVACIONES</b>			<b>OBSERVACIONES 180</b>	
<i>ESPECIFICAR SI HAY CAMBIOS DE RECURSOS</i>							

**PLANIFICACIÓN DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN (NO INICIO DE INTERVENCIÓN)**

ASIGNACIÓN DE RECURSOS (CUMPLIMENTA RESPONSABLE DE CASO)				
<b>NIVEL DE GRAVEDAD:</b>				
<b>FORMATO INTERVENCIÓN</b>		<b>TIEMPOS- FRECUENCIA- INTENSIDAD</b>		
<b>INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA:</b>	<b>nombre del /la profesional</b>	Frecuencia sesiones (2 semana, 1 semana, 1	Horas por	<b>OTROS</b>
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON NUCLEO FAMILIAR (padre/madre+				<b>TRABAJADOR/A SOCIAL</b>
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON EL PADRE Y/O LA MADRE				<b>E.P.I.</b>
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON MENOR (INDIVIDUAL)				<b>GAZTE LEKU / HAUR TXOKO</b>
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA GRUPAL ADULTOS				<b>S.A.F.</b>
INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA GRUPAL CON MENORES				
<b>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL:</b>	<b>nombre del /la profesional</b>	Frecuencia sesiones (1 semana, 1 quincenal,...)	Horas por	
TERAPIA INDIVIDUAL ADULTOS				
TERAPIA INDIVIDUAL INFANTIL				
TERAPIA INDIVIDUAL ADOLESCENTE (ENTRE 12 Y 18 AÑOS)				
TERAPIA FAMILIAR				
TERAPIA PAREJA				
TERAPIA GRUPAL MENORES				
TERAPIA GRUPAL PADRES/MADRES				
<b>OBSERVACIONES :</b>				

## DEFINICIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS

PROPUESTA EDUC/TERAPE		VºBº RESPONSABLE DE CASO	
<b>OBJETIVOS GENERALES –ROLES PARENTALES</b>	<b>PADRE=</b> <b>P</b> <b>MADRE=</b> <b>M</b>	<b>OBJETIVOS GENERALES CON MENOR-INDIVIDUAL</b>	<b>HIJO/A 1=</b> <b>H1</b> <b>HIJO/A 2=</b> <b>H2</b>
MARCAR EN LA <b>COLUMNA D</b> CON LA INICIAL P, M, ... TODOS LOS OBJETIVOS POTENCIALES DONDE EXISTEN DÉFICITS DE PARTIDA. ESTO NO SUPONE QUE SE VA A TRABAJAR SOBRE TODOS ELLOS EN ESTE PERIODO. HABRÁ QUE	<b>D</b> <b>O.P.</b>	MARCAR EN LA <b>COLUMNA D</b> CON LA INICIAL H1, H2,... TODOS LOS OBJETIVOS POTENCIALES DONDE EXISTEN DÉFICITS DE PARTIDA. ESTO NO SUPONE QUE SE VA A TRABAJAR SOBRE TODOS ELLOS EN ESTE	<b>D</b> <b>O.P.</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS –ROLES PARENTALES</b>		<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS CON EL MENOR-INDIVIDUAL</b>	
<b>P1.- Cubrir las necesidades básicas de los/las hijos/as referidas a ALIMENTACIÓN.</b>		<b>In. 1.- Adquirir hábitos de auto-cuidado respecto a la ALIMENTACIÓN.</b>	
P1.1.- Administrar a los/las hijos/as comida en cantidad necesaria, en función de la edad y características		In. 1.1.- Ingerir comida en cantidad necesaria, en función de la edad y características y actividad física	
P1.2.- Proporcionar una dieta en buen estado y equilibrada, adaptada a la edad de los/las hijos/as		In. 1.2.- Mantener una dieta equilibrada, nutritiva y variada adaptada a la edad y actividad física	
P1.3.- Almacenar y conservar los alimentos adecuada (p.e.: percederos en		In. 1.3.- Mantener unos hábitos horarios de comidas, ajustados a las	
<b>P2.- Cubrir las necesidades de cuidado de la SALUD FÍSICA/SANITARIA de los/las hijos/as</b>		<b>In. 2.- Adquirir hábitos de auto-cuidado de la SALUD</b>	
P2.1.- Realizar las revisiones (pediátricas, dentales) y vacunaciones indicadas para la edad		In. 2.1.- Mantener unos hábitos de vida saludables (ejercicio físico, no consumos de drogas	



2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

P2.2.- Utilizar los recursos sanitarios adecuados ante enfermedades, accidentes, lesiones, etc.			In. 2.2.- Utilizar los recursos sanitarios adecuados ante enfermedades, accidentes, lesiones, etc.		
P2.3.- Seguir las pautas establecidas por los facultativos y administrarles correctamente los medicamentos prescritos			In. 2.3.- Seguir las pautas establecidas por los facultativos y tomar correctamente los medicamentos prescritos.		
P2.4.- Garantizar que los/las hijos/as cumplan horarios de sueño/descanso adecuado a su edad.			In. 2.4.- Mantener hábitos de sueño/descanso adecuados a su edad y momento evolutivo...		
<b>P3.- Tener una ORGANIZACIÓN CONVIVENCIAL adecuada a la edad y características de los miembros.</b>			In. 2.5.- Realizar las revisiones (médicas, odontológicas) pertinentes y que le son necesarias.		
P3.1.- Mantener una organización convivencial y unos horarios ajustados a las necesidades y edades de los/las hijos/as.			<b>In. 3.- Adquirir hábitos de auto-cuidado de la VESTIMENTA</b>		
<b>P4.- Cubrir las necesidades básicas de los/las hijos/as referidas a VESTIMENTA</b>			In. 3.1.- Mantener una autonomía para vestirse acorde a su edad y		
P4.1.- Proporcionar la vestimenta suficiente y adecuada a las necesidades y edad de			In. 3.2.- Vestir ropa adecuada a las condiciones meteorológicas y a las		
P4.2.- Garantizar la utilización de la ropa adecuada a las condiciones			In. 3.3.- Utilizar ropa limpia y en buen estado de conservación.		
P4.3.- Mantener un estado adecuado y limpieza de la ropa a utilizar por			<b>In. 4.- Adquirir hábitos de auto-cuidado en su HIGIENE PERSONAL</b>		
<b>P5.-Cubrir las necesidades básicas de los/las hijos/as referidas a la HIGIENE PERSONAL</b>			In. 4.1.- Mantener un aspecto limpio y una higiene adecuada (pelo,		
P5.1.- Asegurar que los niños/as tengan una higiene adecuada y presenten un aspecto limpio (pelo, cuerpo, boca).			In. 4.2.- Mantener hábitos de higiene (lavarse las manos antes de las comidas, ducharse asiduamente, después de hacer deporte, higiene		
P5.2.- Garantizar que los/las hijos/as adquieran hábitos de higiene (lavarse las manos antes de las comidas, ducharse asiduamente, después			In. 4.3.- Mantener modales de urbanidad en las comida		
<b>P6.- Garantizar que la VIVIENDA cuente con las condiciones adecuadas de higiene, salubridad, estado de conservación y seguridad.</b>			<b>In. 5.- Adquirir hábitos de CUIDADO DEL HOGAR</b>		
P6.1.- Disponer de vivienda estable, limpia y ordenada			In. 5.1.- Mantener su cuarto/pertenencias limpios y ordenados, y tener una colaboración en las acciones comunes de la vivienda. Cuidar y utilizar		
P6.2.- Garantizar que la vivienda cuente con el equipamiento básico: mobiliario, electrodomésticos, utensilios, etc.			<b>In. 6.- Adquirir hábitos de ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIÓN PERSONAL</b>		
P6.3.- Garantizar el estado de conservación adecuado de la vivienda de forma que no entrañe riesgos para la salud de los/las menores			In. 6.1.- Mantener una estructura de organización: horarios, rutinas, descanso, etc. que le permita responder a sus ocupaciones y		
P6.4.- Mantener una distribución de la vivienda adecuada: separación de espacios adecuados a las diferentes funciones del			In. 6.2.- Realizar una adecuada Gestión de sus recursos económicos disponibles: paga semanal, transporte...etc.		
<b>P7.- Garantizar los RECURSOS ECONÓMICOS básicos para cubrir sus necesidades</b>			In. 6.3.- Responder diariamente a sus obligaciones (acudir al trabajo o al centro de formación) y basarse con puntualidad		
P7.1.- Realizar una adecuada Gestión de los recursos económicos disponibles por la familia para cubrir las necesidades de sus miembros:			<b>In. 7.- Adaptarse a SISTEMA ESCOLAR E ITINERARIOS FORMATIVO LABORALES acordes a la edad y capacidades.</b>		
P7.2.- Tener acceso a recursos económicos básicos para cubrir las necesidades familiares.			In. 7.1.- Tener motivación formativo-escolar-LABORAL.		
<b>P8.- Garantizar una SUPERVISIÓN del desenvolvimiento cotidiano de los/las hijos/as , adecuada a su edad y características.</b>			In. 7.2.- Asistir regularmente y con puntualidad al centro de formación. O centro de trabajo.		
P8.1.- Realizar una adecuada supervisión de las rutinas y actividades cotidianas de los/las hijos/as en el hogar.			In. 7.3.- Mantener un rendimiento académico adecuado a su edad y capacidades		

P8.2.- Realizar una adecuada supervisión de las actividades cotidianas de los/las hijos/as fuera del hogar			In. 7.4.- Adquirir hábitos de estudio/trabajo eficaces (Organizarse para la realización tareas escolares, consecución de objetivos)		
P8.3.- Mantener a los/las hijos/as bajo el cuidado de los padres o de figuras familiares o de amigos/as o personas contratadas para ello de			In. 7.5.- Mantener conductas de respeto a compañeros, profesores, instalaciones, etc.		
<b>P9.-Cubrir las funciones de motivación, seguimiento y apoyo ESCOLAR/FORMATIVO de los/las hijos/as</b>			In. 7.6.- Cuidar el material escolar y tenerlo disponible cuando lo precise tanto en la escuela como en casa.		
P9.1.- Garantizar la asistencia regular al centro escolar (no absentismo)			In. 7.7.- Tener unas expectativas formativas o laborales realistas, en función de las capacidades		
P9.2.- Motivar a los/las hijos/as hacia la adquisición			<b>In. 8.- Cumplir las NORMAS Y LÍMITES intrafamiliares</b>		
P9.3.- Realizar un seguimiento y apoyo a los/las hijos/as de sus actividades escolares o formativas			In. 8.1.- Aceptar los límites y normas y las consecuencias de su transgresión		
<b>P10. Responder a las necesidades AFECTIVAS y de INTERACTUACIÓN de los/las hijos/as.</b>			In. 8.2.- Asumir las responsabilidades de sus actos de una forma participativa y responsable, conductas de responsabilidad		
P10.1.- Estar disponible como figuras de apego (crear un vínculo positivo), escuchar las necesidades emocionales de los/las hijos/as (captar su			In. 8.3.- Asumir progresivamente responsabilidades acordes a su edad y desarrollo. Adecuarse a la estructuración de roles,		
P10.2.- Responder a los intentos y necesidades de interactuar del hijo/a presentando una respuesta emocional en dichas interacciones			<b>In. 9.- Lograr un BIENESTAR/EQUILIBRIO EMOCIONAL. Tener una buena AUTOESTIMA Y SEGURIDAD PERSONAL</b>		
<b>P11.- Proporcionar la ESTIMULACIÓN adecuada a la edad y necesidades específicas de los/las hijos/as</b>			In. 9.1.- Aumentar su autoconocimiento. Adquirir de una conciencia realista de sus fortalezas (capacidades) y aspectos más vulnerables		
P11.1.- Proporcionar a los/las hijos/as experiencias enriquecedoras dirigidas a desarrollar sus habilidades físicas, cognitivas o a responder a sus necesidades de			In. 9.2.- Detectar, reconocer, aceptar y elaborar sus sentimientos.		
<b>P12.- Dar respuesta a las necesidades NORMATIVAS, LÍMITES Y TRANSMISIÓN DE VALORES morales positivos que ayudan a estructurar el comportamiento de</b>			In. 9.3.- Adquirir competencias y estrategias adecuadas de comunicación y de expresión de emociones (autocontrol de conducta)		
P12.1.- Establecer unas normas de convivencia familiar coherentes, concretas y			In. 9.4.- Adquirir competencias para entablar relaciones vinculares de cercanía.		
P12.2.- Dar respuestas consistentes, contingentes y predecibles ante incumplimiento de normas y/o conductas inadecuadas			In. 9.5.- Identificar las situaciones o fuentes externas que le generan dificultad o malestar		
P12.3.- Orientar a los/las hijos/as para solucionar sus conflictos de forma			In. 9.6.- Captar y entender los estados emocionales de los otros (Capacidad		
P12.4.- Establecer una estructura y dinámica familiar funcional en la que estén claros los roles, funciones, responsabilidades, etc. adecuados a la			In. 9.7.- Adquirir autonomía en la toma de decisiones.		
<b>P13. Facilitar la SOCIALIZACIÓN de los/las hijos/as.</b>			In. 9.8.- Elaborar los aspectos traumáticos de los incidentes ocurridos en su historia familiar		
P13.1.- Promover en los/las hijos/as experiencias de interacción social saludables participando en contextos (parque, lugares de reunión, etc.) o			In. 9.9.- Mejorar la capacidad de reflexividad para sopesar posibilidades y alcanzar objetivos.		
<b>P14.-Promover que el/la hijo/a alcance las cuotas de AUTONOMÍA PERSONAL Y RESPONSABILIDADES adecuadas a su nivel evolutivo y capacidades</b>			In. 9.10.- Reconocer las dificultades y limitaciones y pedir ayuda para superarlas		
P14.1.- Promover que los/las niños/as asuman responsabilidades de autonomía en auto- cuidados, socialización, experimentación...etc., de			In. 9.11 Aumentar su autoestima		
<b>P15.- Garantizar el BIENESTAR EMOCIONAL de los/las hijos/as.</b>			<b>In. 10.- Lograr una adecuada INTEGRACIÓN PSICOMOTRIZ</b>		
P15.1.- Utilizar refuerzos y expresiones verbales y no verbales que fortalezcan la autoestima de los/las			In. 10.1.- Adquirir una coordinación de movimientos armónica.		
P15.2.- Realizar una adecuada atribución de responsabilidades. (no culpabilización de conflictos de			In. 10.2.- Adquirir una expresión verbal adecuada (lenguaje oral).		

P15.3.- Motivar y estimular para el desarrollo de las potencialidades ajustadas a las habilidades y			In. 10.3.- Mejorar el desarrollo del pensamiento y de los aprendizajes.		
P15.4.- Proteger a los/las hijos/as de los conflictos de pareja, reduciendo sus consecuencias fuera de su presencia, evitando crear			In. 10.4.- Mejorar las capacidades cognitivas acorde a su edad (estimulación y entrenamiento de las mismas)		
P15.5.- Cubrir las necesidades de seguridad, estabilidad y predictibilidad en el medio familiar respecto al futuro inmediato			In. 10.5.- Mejorar la estructuración del pensamiento.		
P15.6.- Pedir ayuda y orientación ante los problemas para gestionar el malestar emocional y las dificultades de los/las hijos/as, si es necesario			In. 10.6.- Mejorar su capacidad de concentración y de centrar la atención		
<b>P16.- Ejercer el CONTROL DE CONDUCTA por medio de habilidades educativas de</b>			<b>In. 11.- Lograr una buena VINCULACIÓN con miembros del núcleo familiar.</b>		
P16.1.- Adquirir Habilidades parentales basadas en métodos y estilos educativos asertivos (explicaciones, desaprobación verbal, refuerzo positivo, negociación, modelado, extinción, reparación) ausentes de amenazas graves,			In. 11.1.- Establecer un vínculo adecuado con su padre y/o madre		
P16.2.- Utilizar estrategias adecuadas y efectivas para el control de las conductas inadecuadas u			In. 11.2.- Establecer un vínculo adecuado entre los/las hermanos/as.		
<b>P17.- Ofrecer a los/las hijos/as MODELOS PARENTALES PROSOCIALES e inducción a socialmente.</b>			In. 11.3- Adquirir sentimiento de pertenencia familiar, participando en comunes.		
P17.1.- Mantener conductas visibles de hábitos saludables,			<b>In. 12.- Adquirir COMPETENCIAS DE RELACIÓN SOCIAL e interpersonal que le permitan construir o mantener una red social positiva</b>		
P17.2.- Obtener recursos económicos por medios legales.			In. 12.1.- Adquirir habilidades sociales y estrategias de resolución de conflictos. ASERTIVIDAD		
P17.3.- Mantener relaciones con el entorno (vecindad, barrio, etc.) basadas en la asertividad y la participación			In. 12.2.- Expresar y defender las propias necesidades		
P17.4.- Ofrecer información significativa y positiva con respecto a aspectos como hábitos saludables, itinerarios formativos-laborales, sexualidad, drogas,			In. 12.3.- Contar con un grupo de iguales estable y positivo Desarrollar una red de relación estable, amplia y adecuada (amigos/as de su edad)		
			In. 12.4.- Conocer y utilizar los recursos sociales, culturales, de ocio, deportivos, transportes, etc.		
			In. 12.5.- Adquirir competencias para movilizarse para canalizar los intereses (personales, de ocio, formativos, ocupacionales, etc)		
			In. 12.6.- Mejorar la percepción y relación menor/joven-contexto		
			In. 12.7.- Disponer de información real, significativa y coherente en temas de importancia (sexual, drogas, ocio, ...)		
			In. 12.8.- Tener conductas sexoafectivas positivas		
			In. 12.9.- Adquirir las competencias necesarias para comenzar procesos de emancipación (17 años o +)		

<b>BJETIVOS INTERVENCION SOCIOEDUCATIVA</b>	<b>OBJETIVOS INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA</b>	<b>OBJETIVOS OTROS AGENTES</b>
	<b>OBJETIVOS DIRECTOS REFERIDOS A PROTECCIÓN</b>	
	<b>OBJETIVOS INDIRECTAMENTE RELACIONADO CON PROTECCIÓN</b>	

**OBSERVACIONES:**  
**INFORMACIÓN SOBRE OBJETIVOS POTENCIALES ( Columna " D " ) CUMPLIMENTAR EDUCADOR/A Y/O TERAPEUTA**

2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

**PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN (CUMPLIMENTA EDUCADOR Y/O TERAPEUTA)**

**OBSERVACIONES**

**PLANIFICACIÓN DE ACCIONES**

FORMATO INTERVENCIÓN	TIEMPOS FRECUENCIA INTENSIDAD	OBJETIVOS <i>(COPIAR LOS MARCADOS EN LA LISTA ANTERIOR)</i>	ACCIONES <i>ACCIONES TIPO A REALIZAR (VER MANUAL REFERENCIA)</i>	EVALUACIÓN DE ACCIONES <i>(A RELLENAR DESPUES DE EL PERIODO DE</i>					
				No	iniciad	Parcial	Casi	Realiza	
				1	2	3	4	5	

**PROXIMA FECHA DE REVISIÓN-EVALUACIÓN DEL PLAN:**  
*( La establece Responsable de Caso en*

2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752

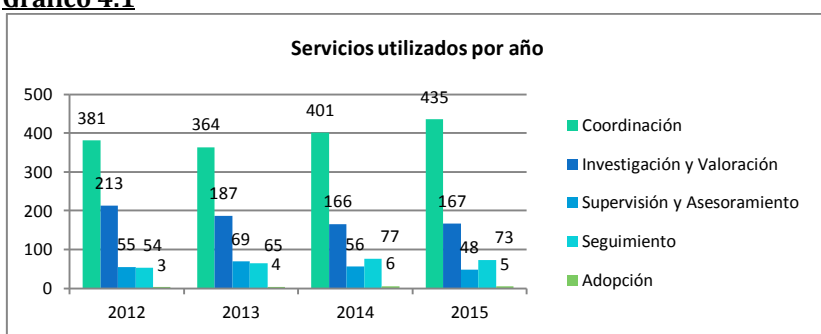
## ANEXO 4: DATOS EXTRAÍDOS DE LA MEMORIA DE EKIA

### Servicios prestados por el EZIA

**Tabla 4.1**

	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
Investigación y Valoración	181	32%	202	31%	213	30%	187	27%	166	24%	167	23%
Supervisión y Asesoramiento	46	8%	39	6%	55	8%	69	10%	56	8%	48	7%
Seguimiento	53	9%	63	10%	54	8%	65	9%	77	11%	73	10%
Coordinación	281	50%	335	52%	381	54%	364	53%	401	57%	435	60%
Adopción			5	1%	3	0%	4	1%	6	1%	5	1%
<b>TOTAL</b>	<b>561</b>	<b>100%</b>	<b>644</b>	<b>100%</b>	<b>706</b>	<b>100%</b>	<b>689</b>	<b>100%</b>	<b>706</b>	<b>100%</b>	<b>728</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 4.1**



### Servicio de Valoración

**Tabla 4.2**

	Casos Totales 2012				Casos Totales 2013				Casos Totales 2014				Casos Totales 2015							
	Total	En plazo	Fuera de plazo		Total	En plazo	Fuera de plazo		Total	En plazo	Fuera de plazo		Total	En plazo	Fuera de plazo					
Investigación	42	11	26%	31	74%	27	12	44%	15	56%	29	10	34%	19	66%	21	9	43%	12	57%
Valoración	154	45	29%	109	71%	74	30	41%	44	59%	57	16	28%	41	72%	50	9	18%	41	82%
Completar Valoración	15	1	7%	14	93%	58	4	7%	54	93%	43	15	35%	28	65%	64	4	6%	60	94%

### Finalidades de Intervención

**Tabla 4.3**

FINALIDAD DEL CASO	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
Valoración en intervención	● 21	10%	● 25	10%	● 26	8%	● 20	6%	● 6	2%	● 43	12%
Fomento de la resiliencia y autonomía del menor	● 9	4%	● 17	7%	● 37	12%	● 52	15%	● 44	14%	● 41	11%
Capacitación Parental	● 96	46%	● 101	42%	● 88	28%	● 113	32%	● 107	34%	● 83	23%
Complemento Familiar	● 57	27%	● 57	23%	● 66	21%	● 69	19%	● 62	20%	● 49	14%
Separación temporal y reunificación	● 8	4%	● 6	2%	● 5	2%	● 9	3%		0%		0%
Separación permanente e integración en una familia	● 13	6%	● 27	11%	● 17	5%	● 10	3%		0%		0%
Separación permanente e integración en un entorno residencial especializado	● 5	2%	● 6	2%	● 5	2%	● 11	3%		0%		0%
Separación permanente y preparación para la emancipación			● 4	2%	● 13	4%	● 6	2%		0%		0%
Intervención en crisis					● 3	1%	● 2	1%	● 7	2%	● 6	2%
Seguimiento					● 54	17%	● 65	18%	● 77	25%	● 73	20%
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>1</b>	<b>243</b>	<b>1</b>	<b>314</b>	<b>1</b>	<b>357</b>	<b>1</b>	<b>303</b>	<b>1</b>	<b>295</b>	<b>1</b>

## ANEXO 5: DATOS EXTRAÍDOS DE LA MEMORIA DE IZAN

### PROBLEMÁTICAS DE LOS MENORES ATENDIDOS

**Tabla 5.1**

Número de Menores	230		Nº menores			%		
	Nº	%	SAPI	SAR	SAFA	SAPI	SAR	SAFA
<b>Conductas sexuales inadecuadas</b>	59	26%	24	25	10	16,78	39,6	41,66
Aislamiento, dificultad para establecer relaciones con otras personas	46	20%	15	19	12	10,5	28,9	20,8
Quejas somáticas	14	6%	10	4		7	10,7	8,3
<b>Ansiedad- depresión</b>	74	32%	29	30	15	20,2	47,36	33,3
Trastorno/Riesgo internalizante	56	24%	31	18	7	21,6	58,42	58,3
Conducta agresiva	68	30%	22	32	14	15,4	52,63	33,3
Conductas antisociales	54	23%	19	27	8	13,2	50	37,5
<b>Trastorno/Riesgo externalizante</b>	77	33%	44	24	9	30,8	50	50
Problemas de atención	63	27%	25	29	9	17,5	47,7	58,33
Problemas de pensamiento	28	12%	15	9	4	10,5	21	25
Problemas Sociales	55	24%	24	21	10	16,8	42,1	29,16
<b>Retraso escolar/dificultades de aprendizaje</b>	92	40%	41	35	16	28,7	60	55,1
Absentismo escolar	8	3%	3	5		2	8	
Retraso cognitivo	5	2%	2	2	1	1,4	3,17	4,2
			<b>143</b>	<b>63</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>		

### DIFICULTADES EN LAS FIGURAS PARENTALES

**Tabla 5.2**

Número de Familias	102		Nº familias			%		
	Nº	%	SAPI	SAR	SAFA	SAPI	SAR	SAFA
<b>Dificultades Asociadas a la Desprotección: en las figuras parentales</b>								
Ausencia o limitada conciencia de problema en las figuras parentales	58	57%	28	15	15	42,4	78,9	88,2
Ausencia o limitada motivación de cambio en las figuras parentales	41	40%	20	6	15	30,3	31,5	35,2
Problemas relevantes de salud mental en uno o ambos padres	23	23%	8	10	5	12,12	52,6	29,4
Problemas relevantes de salud física en uno o ambos padres	5	5%	4	1		6	5,3	
Problemas con el alcohol en uno o ambos padres	12	12%	3	4	5	4,5	21	29,4
Toxicomanía en uno o ambos padres	6	6%	2	3	1	3	15,8	5,8
Déficit en habilidades parentales	66	65%	30	19	17	45,4	100	100
Capacidades intelectuales limitadas en uno o ambos padres	9	9%	4	4	1	6	21	5,8
Conductas delictivas	6	6%	2	2	2	3	10,5	11,6
Violencia o grave conflicto de pareja	34	33%	18	6	10	27,3	31,5	58,8
Violencia filio-parental	16	16%	3	13		4,5	68,4	
Ausencia de fuentes de apoyo	33	32%	13	12	8	19,7	63,1	47
Condiciones de vivienda precarias	17	17%	4	7	6	6	36,8	35,3
Dificultades económicas importantes	43	42%	25	8	10	37,9	42,1	58,8
Desempleo o empleo precario en ambos padres	43	42%	25	8	10	37,9	42,1	58,8
			<b>66</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>100</b>		

2016-12-01T09:37:48Z

ORGG97AE5C05-3071-4BC2-84E7-6CA5A67B6752



## ANEXO 6: INFORMACIÓN EXTRAÍDA DEL ESTUDIO DE EXPEDIENTES PARA LA CLASIFICACIÓN DE CASOS

### EXPEDIENTES PARA LA CLASIFICACIÓN DE CASOS

Número de Expedientes Revisados: 196

**Tabla 6.1**

Familias con:		
1 menor	110	56%
2 menores	61	31%
3 menores	16	8%
4 menores	8	4%
5 menores	1	1%

**Tabla 6.2**

EDAD	CHICOS	CHICAS	TOTAL	%
Nasciturus	1	2	3	2%
0 - 3	10	9	19	10%
4 a 6	18	9	27	14%
7 a 9	19	10	29	15%
10 a 12	18	12	30	15%
13 a 17	49	37	86	44%
<b>TOTAL</b>	<b>115</b>	<b>79</b>	<b>194</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>59%</b>	<b>41%</b>	<b>100%</b>	
<b>MEDIA</b>	<b>10,4</b>	<b>10,8</b>	<b>10,6</b>	

> 6 años 75%  
> 10 años 60%

**Tabla 6.3**

		NEGLIGENCIA											
		Necesidades Físicas		Necesidades Seguridad		Necesidades Formativas		Necesidades Psíquicas		TOTAL			
GRAVEDAD	No Riesgo	8	13%	0	0%	0	0%	0	0%	8	3%		
	Sospecha	7	11%	7	18%	4	10%	6	7%	24	10%		
	Leve	13	20%	3	8%	8	19%	5	5%	29	12%		
	Moderado	23	36%	10	26%	13	31%	34	37%	80	34%		
	Grave	11	17%	15	39%	16	38%	41	45%	83	35%		
	Muy Grave	2	3%	3	8%	1	2%	5	5%	11	5%		
	Desamparo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
		64	100%	38	100%	42	100%	91	100%	235	100%		
		<b>33%</b>		<b>19%</b>		<b>21%</b>		<b>46%</b>					
		MALTRATO											
		Emocional		Instrumentalización		Exposición a violencia de pareja		Amenazas de Agresión		Físico		TOTAL	
GRAVEDAD	No Riesgo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Sospecha	5	7%	4	15%	8	21%	0	0%	2	11%	19	12%
	Leve	4	6%	0	0%	3	8%	1	17%	7	39%	15	9%
	Moderado	26	37%	2	8%	14	37%	4	67%	4	22%	50	31%
	Grave	28	39%	15	58%	11	29%	1	17%	1	6%	56	35%
	Muy Grave	8	11%	5	19%	2	5%	0	0%	4	22%	19	12%
	Desamparo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
		71	100%	26	100%	38	100%	6	100%	18	100%	159	100%
		<b>36%</b>		<b>13%</b>		<b>19%</b>		<b>3%</b>		<b>9%</b>			
		ABANDONO											
		Abandono		Trato Inapropiado		Corrupción		Mendicidad		Explotación Laboral		TOTAL	
GRAVEDAD	No Riesgo	0	0%	0	0%	0	0%	0		0		0	0%
	Sospecha	0	0%	0	0%	1	50%	0		0		1	9%
	Leve	0	0%	0	0%	0	0%	0		0		0	0%
	Moderado	1	14%	1	50%	0	0%	0		0		2	18%
	Grave	6	86%	0	0%	1	50%	0		0		7	64%
	Muy Grave	0	0%	1	50%	0	0%	0		0		1	9%
	Desamparo	0	0%	0	0%	0	0%	0		0		0	0%
		7	100%	2	100%	2	100%	0		0		11	100%
		<b>4%</b>		<b>1%</b>		<b>1%</b>		<b>0%</b>		<b>0%</b>			
		ABUSO SEXUAL		INCAPACIDAD PARENTAL		OTRAS							
GRAVEDAD	No Riesgo	0	0%	0	0%	0	0%						
	Sospecha	2	29%	3	5%	2	13%						
	Leve	0	0%	5	9%	0	0%						
	Moderado	0	0%	16	28%	0	0%						
	Grave	1	14%	21	37%	13	87%						
	Muy Grave	4	57%	12	21%	0	0%						
	Desamparo	0	0%	0	0%	0	0%						
		7	100%	57	100%	15	100%						
		<b>4%</b>		<b>29%</b>		<b>8%</b>							

**Tabla 6.4**

PRESENCIA PROBLEMAS EN EL MENOR							
Externalizados		Internalizados		Diagnóstico		TOTAL	
121	62%	50	26%	21	11%	192	98%

Del total de Casos atendidos

**Tabla 6.5**

TRANSTORNOS PSÍQUICOS EN UC					
Esquizofren	Trastorno	Depresión	Alcoholism	Otros	TOTAL
1	5	24	16	8	54
1%	3%	12%	8%	4%	28%

Del total de casos atendidos

**Tabla 6.6**

	Activos año anterior	Nuevos	Cerrados	Activos fin de año	TOTAL ATENDIDOS
<b>IP</b>					
<b>2013-2014</b>	138 31%	306 69%	256 58%	188 42%	<b>444</b>
<b>PC</b>					
<b>2012</b>	345 66%	176 34%	123 24%	398 76%	<b>521</b>
<b>2013</b>	408 65%	222 35%	129 20%	501 80%	<b>630</b>
<b>2014</b>	481 71%	197 29%	115 17%	563 83%	<b>678</b>
<b>SPIF</b>					
<b>2012</b>	54 59%	38 41%	78 85%	14 15%	<b>92</b>
<b>2013</b>	35 63%	21 38%	63 113%	0 0%	<b>56</b>
<b>2014</b>	42 53%	38 48%	53 66%	27 34%	<b>80</b>
<b>EZIA</b>					
<b>2010</b>	319 66%	163 34%	181 38%	301 62%	<b>482</b>
<b>2011</b>	330 63%	198 38%	187 35%	341 65%	<b>528</b>
<b>2012</b>	360 63%	209 37%	193 34%	376 66%	<b>569</b>
<b>2013</b>	396 68%	185 32%	223 38%	358 62%	<b>581</b>
<b>HAURGAZTE</b>					
<b>2012</b>	175 55%	144 45%	64 20%	256 80%	<b>319</b>

**Tabla 6.7**

EDAD en la notificación	AÑOS DE ANTIGÜEDAD						TOTAL	
	< de 1	1 a 3	4 a 5	6 a 8	9 a 10	> de 10		
Nasciturus	2	1	0	0	0	0	3	2%
0 - 3	5	4	5	1	2	0	17	11%
4 a 6	2	8	6	6	0	0	22	14%
7 a 9	4	6	2	4	2	3	21	13%
10 a 12	1	8	4	4	1	2	20	12%
13 a 17	16	24	17	13	4	4	78	48%
<b>TOTAL</b>	30	51	34	28	9	9	161	100%

46
29% del total de casos
80
50% del total de casos

**Gráfico 6.1**

