

Familia e infancia en riesgo psicosocial

José TRIGO MUÑOZ

Diputación Provincial de Sevilla

Universidad de Sevilla

Resumen

En este artículo hemos propuesto: (1) la identificación de los principales factores de riesgo psicosocial de los principales factores de riesgo psicosocial de la familia e infancia y la descripción de las principales variables encontradas (privaciones parentales/abandono, privaciones ambientales, disfunción familiar/negligencia, malos tratos e institucionalización prolongada), a partir, desde un modelo interactivo multicasual, de nuestra conceptualización de la deprivación sociofamiliar, (2) El análisis de la respuesta social ante el problema de los menores en riesgo psicosocial, que ha evolucionado desde la institucionalización como única respuesta a la creación de alternativas de atención diversificadas, que incluyen la atención preventiva en el medio sociofamiliar. (3) El establecimiento de las bases teóricas para la intervención en familia e infancia-adolescencia en situación de riesgo psicosocial, recopilando las principales aportaciones de los modelos familiares, comunitarios y psicosociales. Y (4) desde el modelo de la intervención Psicosocial, tras el pertinente análisis de necesidades y recursos, la propuesta de programas de intervención sociofamiliar que contrarresten los factores de riesgo identificados.

Palabras clave: Intervención psicosocial, familia, infancia, psicología comunitaria, riesgo psicosocial.

Summary

In this article we have proposed the following: (1) The identification of the main socio-psychological risk factors in family and infancy and the description of the principal variables that we found (parental deprivation/abandonment, environmental deprivation, family negligence, ill treatment and prolonged institutionalization), using, from a multi-causal interactive model, our conceptualization of socio-familial deprivation. (2) The analysis of social response to psycho-social risk juveniles, which has developed from institutionalization as the only response to the creation of diversified care alternatives, that include preventive care in the socio-familial environment. (3) The establishment of theoretical bases for intervention in the family and in infant-adolescence in a psycho-social risk situation, gathering together the principal findings of family, community, and psycho-social models. And (4) from the Psycho-social Intervention model, following the relevant analysis of means and necessities, the proposal of socio-familial intervention programmes that counteract the identified risk factors.

Key words: Psychosocial intervention, family, childhood, psychosocial risk, community psychology.

Deprivación sociofamiliar

La situación de menores de ambientes sociofamiliares deprivados se ha explicado desde distintos modelos teóricos que han ido desplazando paulatinamente la atribución casual desde las características personales de los miembros del grupo familiar a factores psicosociales interactivos que se dan en determinadas familias. Cada modelo ha hecho aportaciones interesantes, de forma que hoy no se piensa en una sola variable crítica responsable de estas situaciones.

1. *Modelos intraindividuales.* Fueron muy utilizados, especialmente desde el punto de vista médico. Atribuyen la causa del abandono y maltrato infantil a los problemas psicopatológicos (psicosis, alcoholismo, etc.) o características de personalidad de los miembros de la familia. Las estrategias de intervención que se derivan de estos modelos se encaminan a la terapia individual. Actualmente tienen poco apoyo empírico. Los atributos de personalidad puede que no sean causa única y suficiente si no están asociados a otros factores familiares y sociales. Sus estrategias han sido efectivas en algunos casos (Steele, 1975; Fontana, 1971), pero sus efectos a largo plazo no han sido demostrados.
2. *Modelos sociológicos.* Tienen sus antecedentes en el trabajo social de principios de siglo y en la sociología de los años sesenta. Centran su atención en la importancia del contexto macrosocial (sociedad) y microsociales (familia),

enfaticando la importancia que tienen la clase social y familiar, la composición de la familia, las condiciones de vida y de vivienda, etc., en las familias-problema.

3. *Modelos situacionales, multicausales e interactivos.*

Las explicaciones interactivas o multicausales parten de la evaluación crítica de los modelos parciales y tratan de integrar las aportaciones más importantes de cada uno de ellos. Dentro de este grupo de modelos se sitúan:

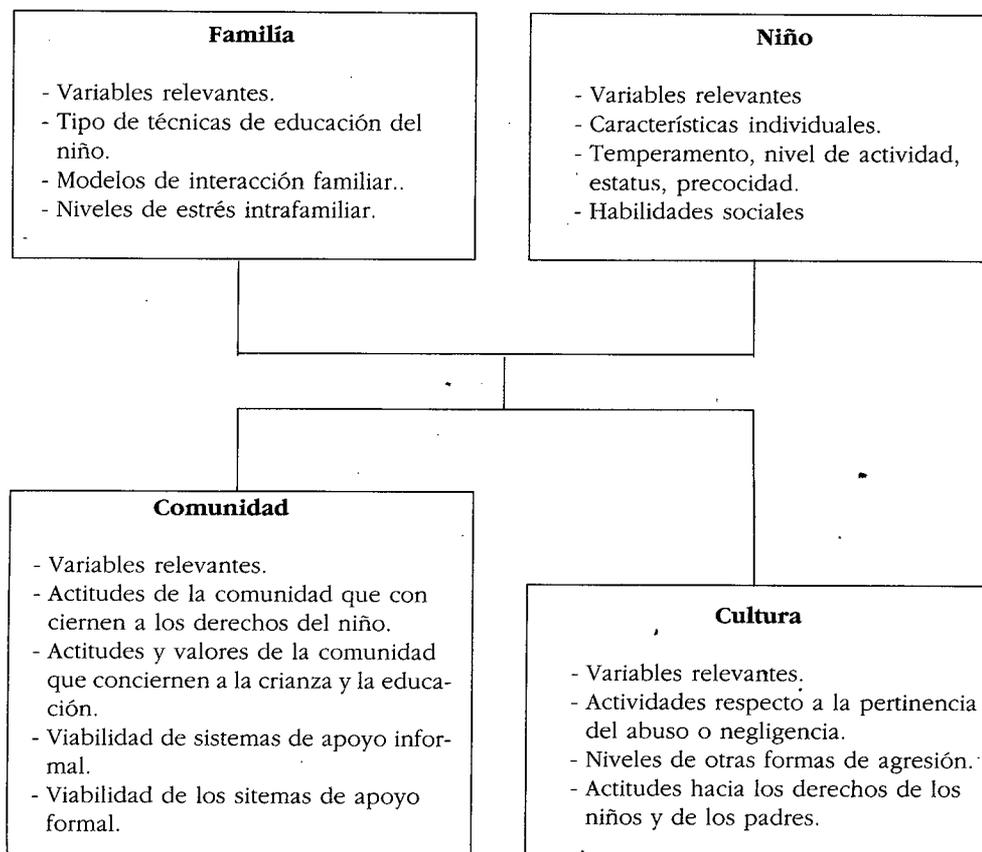
- a) *El modelo familiar,* estudiado tanto por la perspectiva sociológica como por la interactiva, se fija en las características del tipo de familia y composición de la misma (familia de padre único, familias reorganizadas, etc.)
- b) *Los modelos de interacción familiar.* Dentro de ellos se destacan el *interaccionismo simbólico*, utilizado por Burgess para el estudio de la familia (Burgess y Conger, 1978, Burgess *et al*, 1983; Burgess y Richardson, 1984). Sus seguidores definen a la familia como una unidad compuesta de personas que ejercen entre sí *acciones* recíprocas, llevadas a cabo en función de roles basados en normas que identifican al individuo y también de los procesos de auto-ridad, conflicto, comunicación, roles sexuales, etc.
- c) *Los modelos ecológicos,* intentan salvar las limitaciones de otros modelos, que soslayan el hecho de que el niño se encuentra ubicado en una variedad de sistemas

sociales que van desde la familia y grupo de iguales a la comunidad y a la cultura. Estas diversas fuentes de influencias requieren ser consideradas como aspectos diferentes pero interrelacionados. En esta perspectiva encajan el planteamiento ecológico–ecosistémico de Bronfenbrenner (1979) y el de Belsky (1981). El modelo ecológico se resume en el Gráfico 1, entendiendo cada grupo de variable interrelacionado con el resto.

Los programas de intervención basados en estos modelos interactivos incluyen normas e instrucciones a los padres sobre el desarrollo de los hijos y su entrenamiento en habilidades básicas para educar y cuidar al niño (Otto y Smith, 1990; Wolfe y Landler, 1981).

Aquí adoptaremos un modelo situacional (Escartú y Musitu, 1987) o interactivo (De Paúl, 1988), que entiende que las características de los padres o cuidadores, las características del niño, las fuerzas ambientales, el modelo de

Gráfico 1: Modelo ecológico del abandono y maltrato infantil.



familia y el modo de interacción familiar actúan de manera dinámica y recíproca, en un contexto sociocultural determinado. Desde la perspectiva transaccional del modelo interactivo concebimos el maltrato y abandono infantil como la expresión de una disfunción en el sistema *padres-niños-ambiente* (De Paúl, 1988), de la interacción entre todos los factores y que a todos afecta, produciéndose como resultado una situación de *deprivación sociofamiliar* (en adelante DSF), en la que están presentes en muchos casos el maltrato y abandono infantil y la respuesta social institucionalizadora. Entendemos los factores sociales y ambientales que están presentes en la DSF como *estresores ambientales*, considerados éstos como situaciones, condiciones o problemas en los que la familia encuentra dificultad para solucionarlos o superarlos. Muchos factores enumerados por los otros modelos pueden ser considerados como estresantes (enfermedad, hándicaps del niño, separación familiar, etc.). Además de éstas, algunas otras circunstancias, especialmente ambientales, pueden ser sumamente estresantes, por cuanto las familias que están sometidas a ellas no son capaces de hacerles frente. La familia-problema presenta mayores niveles de estrés, especialmente relacionados con la calidad de vida, problemas económicos, problemas laborales, problemas de relación conyugal o el tipo de constitución familiar (Escartí y Musitu, 1987).

Factores de riesgo psicosocial

Desde el modelo interaccionista y multicasual, considerando la DSF como una situación multicausada por factores

interactivos, hemos intentado identificar y categorizar los factores de riesgo para poder actuar sobre ellos.

Sobre la base de la literatura revisada y nuestra propia experiencia, seleccionamos y catalogamos los más relevantes factores de riesgo reseñados en los diversos modelos explicativos antes descritos (Trigo, 1990). El resultado de esta recopilación y categorización se reúnen en la Tabla 1, en la que se han agrupado las variables de la DSF en factores individuales, familiares, ambientales y sociales.

Entre las principales categorías intersectadas, no siempre fácilmente delimitables, profundizamos en el análisis de las que consideramos más relevantes, como las privaciones parentales/abandono, las privaciones ambientales, la disfunción familiar/negligencia, el maltrato y la institucionalización prolongada.

- a) *Privaciones parentales y abandono.* El problema del abandono en instituciones lleva a considerar los efectos de las privaciones de las figuras parentales, especialmente en los primeros años de vida, que durante mucho tiempo fueron considerados como causantes de consecuencias irreversibles. Tras numerosos estudios e interpretaciones psicoanalíticas, conductistas, etológicas y psicoevolutivas (especialmente las teorías del apego e interactivas), hoy puede afirmarse que los efectos del abandono infantil no son producto de una única privación (por ejemplo la privación material, como se defendió en un princi-

Tabla 1: Factores de deprivación sociofamiliar (Trigo, 1990).

FACTORES INDIVIDUALES

CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES

Características demográficas y psicológicas.

- | | |
|---|--|
| - Edad. | - Sexo. |
| - Nivel educativo bajo. | - Estatus socioeconómico bajo. |
| - Etnia: pertenencia a grupos étnicos marginados. | |
| - Historia de crianza: | |
| * Malos tratos. | * Desatención severa. |
| * Carencia afectiva o rechazo emocional. | * Desestructuración y ruptura familiar. |
| * Paso por instituciones de acogida. | |
| - Características del rol parental: | |
| * Incapacidad para ser padres: | * Poco conocimiento sobre el desarrollo infantil. |
| * Falta de experiencia en cuidar niños. | * Inadecuadas actitudes hacia la infancia y la educación. |
| * Paternidad temprana. | |
| - Habilidades: | |
| * Falta de habilidades para ser padres. | * Falta de habilidades sociales. |
| * Inadecuadas estrategias de resolución de problemas. | * Atribuciones sobre intento, responsabilidad, injusticia. |
| - Personalidad: | |
| * Aislamiento, soledad. | * Escasa capacidad empática. |
| * Impulsividad. | * Baja autoestima. |
| * Falta de autocontrol. | * Baja inteligencia. |
| * Alto índice de anomia. | * Desconfianza hacia el futuro |
| * Baja tolerancia al estrés. | |
| - Conducta: | |
| * Prostitución. | * Proxenetismo. |
| * Delincuencia. | |
| Características psicopatológicas: | |
| - Síntomas psicósomáticos. | - Psicosis. |
| - Deficiencia mental. | - Depresión. |
| - Alcoholismo. | - Drogodependencias. |

CARACTERÍSTICAS DE LOS HIJOS

Características físicas:

- | | |
|---|-------------------------------|
| - Edad. | - Sexo. |
| - Falta de atractivo físico. | - Minusvalías. |
| Personalidad y/o conducta: | |
| - Temperamento difícil. | - Hiperactividad. |
| - Enfermedades frecuentes. | - Desobediencia. |
| - Dificultades y/o retrasos en el desarrollo. | - Baja responsividad, apatía. |
| - Fracaso escolar. | |

Tabla 1 (continuación)

FACTORES MICROSISTÉMICOS O FAMILIARES

ESTRUCTURA FAMILIAR	
- Familia numerosa.	- Familia uniparental.
- Escasa diferencia de edad entre los hermanos.	- Padrastros.
- Padres adolescentes.	- Falta uno de los padres.
- Hijos no deseados.	- Padres separados o divorciados.
INTERACCIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR	
Relaciones familiares:	
- Escasa integración familiar.	- Escaso ajuste de la pareja conyugal.
- Violencia familiar.	- Estrés permanente.
- Escasa cohesión y apoyo.	- Mala comunicación.
- Inadecuados límites o reglas familiares.	- Cambios en la composición de la familia.
Interacción padres-hijos:	
- Separación padres-hijos.	- Baja cantidad y calidad de las interacciones.
- Estilo disciplinario punitivo.	- Bajas expectativas hacia los hijos.
- Escasa habilidad para distinguir sentimientos padres-hijos.	

FACTORES EXOSISTÉMICOS O AMBIENTALES

TRABAJO	
- Desempleo.	- Ingresos insuficientes.
- Baja autoestima.	- Estrés.
- Insatisfacción laboral.	- Tensiones familiares.
- Trabajo de la mujer fuera del hogar.	
VIVIENDA	
- Falta de vivienda.	- Hacinamiento.
- Falta de adecuación de la vivienda.	
RED SOCIAL	
- Aislamiento.	- Rechazo social.
- Escaso soporte o apoyo social.	
SITUACIONES VITALES ESPECÍFICAS	
- Acumulación de acontecimientos estresantes.	
CLASE SOCIAL, NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL	
MOVILIDAD GEOGRÁFICA FAMILIAR	
- Emigración.	- Cambios frecuentes de domicilio.

FACTORES MACROSISTÉMICOS O SOCIOCULTURALES

DESARROLLO ECONÓMICO-SOCIAL	
- Crisis económica.	- Movilidad social.
- Bienestar social.	
IDEOLOGÍA SOCIAL	
- Actitudes hacia la infancia, la mujer, la familia y la paternidad.	
- Actitudes hacia la marginación y la inadaptación.	
- Actitudes hacia la violencia.	

- pio), sino que dependen de variables tales como la edad del niño, la existencia de otras figuras de apego, las características de estas figuras, la cantidad y calidad de las interacciones, las pautas socioculturales de crianza, etc.
- b) *Privaciones ambientales.* Durante mucho tiempo se pensó que las características de los niños con privaciones económicas y socioculturales, las cuales son causa frecuente de institucionalización, eran consecuencia de factores sociológicos tales como nivel de pobreza, condiciones de vida, cantidad y calidad de las estimulaciones (que se creía que estaban determinadas por la clase social), etc. Ninguno de estos factores ni su conjunto explican suficientemente la naturaleza y los efectos de la privación, aunque sí constituyen factores de alto riesgo. Muchas de las carencias socioculturales presentes en los niños antes de su ingreso en instituciones se han atribuido a veces a la institucionalización.
- c) *Disfunción familiar y negligencia.* En la sociedad occidental actual, la familia es un microsistema abierto en evolución con funciones variadas, como las de crianza, educación y socialización de los hijos. Las hoy frecuentes alteraciones estructurales (rupturas familiares, familias uniparentales) y funcionales de la familia (negligencia hacia los hijos, alcoholismo paterno, etc.), son factores de riesgo para la producción de efectos negativos en los hijos y causa frecuente de demandas de internamiento, muchas veces poco justificadas.
- d) *Malos tratos.* Los malos tratos constituyen un factor frecuentemente asociado a ambiente sociofamiliares deprivados. Hoy se consideran nuevas formas de maltrato y se investiga sobre formas socialmente aceptadas (entre ellas el maltrato institucional). Como en otras variables analizadas, tras diversas explicaciones unidireccionales de épocas pasadas (intraindividuales y sociológicas sobre todo), hoy se considera que los malos tratos infantiles son producto de la interacción de factores de riesgo (individuales, interactivos familiares, socioambientales), que son causa, en ocasiones justificada, de separación del menor del medio familiar y de acogida en instituciones.
- e) *Institucionalización prolongada.* La permanencia prolongada en instituciones de acogida ha tenido distinta consideración como factor casual de formas de privación psicológica y social en menores (retrasos en el desarrollo, alteraciones psicopatológicas, de socialización, etc.), imputables, según la perspectiva utilizada, a diversos factores carenciales (privaciones afectivas, privaciones estimulares, condiciones materiales y psicosociales, etc.). La discusión sobre la gravedad y duración de los efectos no ha cesado. Pero hoy existe cierto consenso en considerar que los posibles efectos negativos de la institucionalización,

no presentes siempre, dependen de la edad, historial previo al ingreso, duración de la estancia, nivel estimular de la misma, vinculaciones afectivas, apertura al mundo exterior, etc. En general se recomienda a nivel internacional la evitación de una institucionalización prolongada, que gravita sobre el menor perjudicando su desarrollo.

La respuesta social

La atención a menores, en riesgo psicosocial ha seguido en las últimas décadas una línea evolutiva que podemos resumir en: (1) internamiento en macroinstituciones; (2) internos de desinstitucionalización buscando soluciones alternativas; y (3) descentralización de la atención, mediante servicios variados y diseminados, cambiando el foco interventivo, paulatinamente, hacia la familia, la comunidad y la sociedad en general.

1. *La institucionalización.* Si tomamos como población en riesgo psicosocial a los menores institucionalizados y analizados los motivos de ingreso y permanencia de los menores en instituciones y el perfil personal y sociofamiliar de los mismos, comprobamos que existe una clara relación entre los factores causales que están presentes en la DSF y en la institucionalización de menores.

En nuestra recopilación (Trigo, 1990) de 17 estudios sobre motivos de ingreso y permanencia en instituciones de acogida, obtuvimos, entre otras, las siguientes conclusiones:

1ª Los motivos de ingreso son similares en las diversas instituciones de

acogida, independientemente de su dependencia administrativa, sostenimiento y finalidad.

2ª Los motivos de ingreso son, generalmente, varios al mismo tiempo, encontrándose en el análisis de las demandas de internamiento factores interactivos de tipo individual, familiar y socioambiental.

3ª Los motivos de ingreso han sufrido una evolución desde causas eminentemente individuales de los padres y de los hijos a causas familiares y sociales, lo que se corresponde con la evolución de los modelos explicativos de la DSF.

4ª Los motivos de ingreso de menores en instituciones de menores pueden categorizarse en variables individuales, familiares y socioambientales y resumirse en las que figuran en la tabla 2.

5ª Los motivos de ingreso de menores en instituciones se corresponden con los factores individuales, familiares y socioambientales de privación sociofamiliar.

Existe, pues, una clara relación entre privación sociofamiliar e institucionalización de menores, que resumimos en el Gráfico 2.

No en vano, la única respuesta social a las situaciones de DSF fue, durante siglos, el internamiento de los menores en instituciones. Los fines y características de estas instituciones fueron variando a lo largo de las distintas épocas, en función de las condiciones ideológicas, económicas, sociales y científicas de la sociedad que las sostenía.

Hasta mediados de este siglo, cumplieron funciones de custodia y se pre-

Tabla 2. Principales causas de la institucionalización de menores (Trigo, 1990).

FACTORES INDIVIDUALES

Padres:

- * Enfermedad o minusvalía física o mental.
- * Padres emigrantes.
- * Bajo nivel educativo.
- * Mendicidad.
- * Delincuencia.
- * Proxenetismo/Prostitución.
- * Prisión.
- * Alcoholismo.
- * Drogadicción.
- * Alteraciones del comportamiento.
- * Desequilibrios afectivos.

Hijos:

- * Deficiencia sensorial.
- * Deficiencia psíquica.
- * Inadaptación social.
- * Trastornos de personalidad y/o el comportamiento.

FACTORES FAMILIARES

Estructura familiar:

- * Ausencia de ambos padres (abandono o muerte).
- * Ausencia de uno de los padres por abandono o muerte.
- * Ruptura familiar por separación o divorcio.
- * Madres solteras.
- * Nuevos emparejamientos.
- * Familias numerosas.

Dinámica de interacciones familiares:

- * Abandono del menor.
- * Desatención o negligencia, incumplimiento de los deberes de asistencia y educación.
- * Malos tratos.
- * Ejemplos y consejos corruptores.
- * Conflictividad de las relaciones familiares, desajuste marital.

FACTORES SOCIOAMBIENTALES

Trabajo:

- * Desempleo.
- * Carencias económicas.
- * Tipo de trabajo de los padres.

Vivienda:

- * Falta de vivienda.
- * Inhabitabilidad de la vivienda.
- * Hacinamiento.

Dificultades de escolarización.

ocuparon sobre todo de compartir la alta morbilidad y mortalidad que se cernía sobre la población acogida. En las últimas décadas, pasaron de un modelo sanitario-benéfico de atención a un modelo educativo-asistencial, de forma que, de la simple atención a las necesidades físicas, se paso a la preocupación por la satisfacción de las necesidades educativas y formativo-profesionales de los menores acogidos. Pero, por sus características de *instituciones totales*, no cubrían suficientemente las necesidades psicosociales y socioculturales de los menores internos, provocando situaciones de privación psicológica y social.

Para paliar los efectos negativos del internamiento en macroinstituciones se iniciaron, al compás de los cambios científicos y sociales, procesos de reforma intrainstitucional. Estos cambio, dirigidos a la mejora de la calidad de la atención, se centraron principalmente en reformas arquitectónicas para lograr mayor personalización de los espacios, desmasificación, mejora de la cantidad y calidad de los recurso humanos (especialmente educativos y orientadores), introducción de estilos educativos y orientadores), introducción de estilos educativos y formas de organización más actuales, etc. Así dieron lugar a la organización dentro del internado de unidades parafamiliares, concebidas como grupos de convivencia de un equipo educativo con un grupo mediano de menores (máximo de 20), de distintas edades y sexo, en un espacio diferenciado (similar a una vivienda, con servicios lo más completos e independientes posible) y personalizado (decoración, mobiliario, etc.), mejorando las condiciones interactivas.

Si bien con estos cambios se mejoran las condiciones materiales y educativas

de las instituciones, ello no permitió acabar con algunas de sus contradicciones internas, por lo que se siguió cuestionando su validez como respuesta a las necesidades de los niños con privación sociofamiliar.

2. Alternativas al internamiento. Las críticas a las instituciones se aglutinaron en un movimiento desinstitucionalizador que produjo una serie de alternativas al internamiento, concebidas algunas de ellas como la solución única y definitiva para el desmantelamiento de las macroinstituciones, lo que produjo, junto a aportaciones de indudable valía, no pocas tensiones internas y algunos ensayos de resultados dudosos.

El análisis de numerosas experiencias realizadas en estas últimas décadas, correspondientes a diversos ámbitos geográficos, nos permitió identificar ciertas líneas en la aparición y desarrollo de estas nuevas soluciones al abandono infantil (Trigo, 1990). Estas líneas, cuyo solapamiento e interrelaciones dificultan su trazado, son las colocaciones familiares alternativas (en acogimiento familiar y adopción), la creación de microinstituciones residenciales sustitutivas (como pisos-hogares, pisos-puente o miniresidencias), la utilización de servicios de atención a tiempo parcial (como centros de día, escuelas-taller, residencias de estudiantes, guarderías, etc.) y los apoyos en el medio sociofamiliar (para reinserciones y prevención de ingresos).

2.1. Acogimiento familiar y adopción. La acogida del niño por otra familia (de forma temporal o permanente) es una solución empleada desde antiguo y que goza de gran prestigio social y profesional, en una sociedad, como la nuestra, basada en la familia. Aunque, como

otras soluciones alternativas, no es recomendable para todos los casos (dependiendo su elección de variables tales como la edad y características del niño y de los acogedores, circunstancias socioeconómicas y culturales, vinculaciones afectivas previas y previsibles en adelante, etc.), resulta una solución eficaz, económica para la sociedad y definitiva para muchos menores en desamparo. Las dificultades legales y administrativas que han exigido en tiempos anteriores han producido tradicionalmente un elevado número de adopciones irregulares, que aumentan el riesgo que el proceso del acogimiento o adopción conlleva. Algunas reformas legales recientes y la profesionalización de la intervención pueden contribuir a potenciarlas y a disminuir los riesgos.

2.2. Microinstituciones residenciales. Las pequeñas unidades de atención socioeducativa como fórmula de sustitución familiar temporal es una solución, surgida desde variadas instancias (asociaciones privadas, colectivos de educadores, experiencias dentro de la administración), que ha sido muy utilizada en las dos últimas décadas. Pueden tener un carácter temporal relativamente breve a mayor vocación de permanencia. Aunque a veces fueron consideradas entusiásticamente como fórmula de desinstitucionalización para todos los casos, hoy se tiende a ser más cautos en cuanto a su creación y uso, pues no está exenta de dificultades económico-administrativas, laborales y psicosociales. Las dificultades encontradas en las micro instituciones residenciales aconsejan diversificar sus formas, dando lugar a pisos-hogares, pisos-puente, minirresidenciales, etc., que pueden usarse como recursos dife-

renciados para distintos tipos de casos, teniendo en cuenta variables como tamaño, ubicación, número y sexo de educadores, vinculaciones familiares, etc.

2.3. Unidades de atención a tiempo parcial. Los servicios de atención a tiempo parcial (centros de día, escuelas-taller, etc.) constituyen recientemente otras alternativas a las distintas formas de institucionalización social (sanitaria, sociales, educativas, judiciales...). Como formas de tratamiento intermedio, estarían indicadas para aquellas ocasiones en que no es necesaria una sustitución familiar completa, en casos de prevención de internamiento o de reinserción sociofamiliar. Por su multifuncionalidad son recursos rentables socialmente (pueden utilizarse en variadas formas de intervención) e integradores (por cuanto pueden estar insertos en la comunidad y abierto a todos los menores).

2.4. Apoyo en el medio sociofamiliar. El apoyo en el medio sociofamiliar constituye una solución indicada para casos en que, por la menor gravedad de los problemas sociofamiliares y la posibilidad de ayuda, no es imprescindible la separación del niño del medio familiar. Para que este apoyo en el medio se pueda llevar a cabo se han utilizado diversos recursos económicos y profesionales que permiten dar a las familias ayudas (económicas, domiciliarias, etc.) y servicios (de seguimiento, de consulta, de atención a tiempo parcial, etc.). Estos recursos, no siempre disponibles ni suficientes, a veces esporádicos, no siempre logran evitar los problemas de base y las dificultades de la vuelta al medio familiar.

2.5. Otras alternativas. Actualmente se perfilan nuevas formas alternativas de atención, referidas, principalmente, a

tratamientos en medio abierto, tales como animación sociocultural, educadores de calle, clubes de ocio, etc. Estas nuevas formas de atención, de carácter fundamentalmente preventivo, se insertan en la intervención social y comunitaria, que abordaremos posteriormente.

3. Balance de la respuesta social.

Tras el análisis de las instituciones y las alternativas a las mismas desarrolladas en las últimas décadas, consideramos a todas estas formas de atención (incluidas unas instituciones remodeladas) como recursos disponibles, algunos de ellos en fase de experiencias aisladas de implantación, ninguno de los cuales constituye por sí solo la respuesta a la privación sociofamiliar. Todas las formas disponibles de atención a menores de alto riesgo psicosocial pueden y deben utilizarse según diversa circunstancias y de la mejor manera posible. Pero, al mismo tiempo, ha de estudiarse e intervenir, más allá de los efectos, sobre los factores causales que en el seno de la familia, la comunidad y la sociedad en general provocan la necesidad de atención psicosocioeducativa sobre estos menores en riesgo.

La intervención en el riesgo psicosocial

Hasta hace dos décadas, la intervención social ante el problema de la familia e infancia en riesgo psicosocial se redujo a crear sistemas de atención especializados, sobre todo mediante instituciones en las que el menor permanecía interno, dada la insuficiencia del soporte que la familia suponía para el individuo, especialmente en el caso de los problemas más graves. La atención a la familia

prácticamente no existía, considerándose a ésta, generalmente, como la causante del problema, por lo que procuraban mantenerla alejada del menor y evitar en lo posible su interferencia en la tutela y educación del acogido. Desde estas instituciones se propiciaban en algunos casos las adopciones. A mediados de este siglo, comienzan a estudiarse los efectos que las privaciones afectivas tempranas y la separación maternal causaban sobre los menores acogidos en las instituciones. En ellas, algunos profesionales se ocuparon de realizar un seguimiento de la evolución posterior de los niños institucionalizados y de proporcionar un tratamiento psicoterapéutico de los efectos psicopatológicos de las privaciones tempranas. Nada o poco se hizo por mejorar las instituciones y menos por actuar preventivamente sobre las familias y comunidades de procedencia.

Varios factores (ideas de cambio social en los años 1960, aperturismo económico y político, avances de la investigación científica, persecución de nuevos objetivos, mejor dotación de los centros) influyeron en un paulatino cambio institucional. Se intentaron mejorar los aspectos educativos, sociales y psicológicos de la atención de los menores, cambiando la concepción de *hospicio* a la de *hogar* o *centro educativo*, con una creciente preocupación psico-socio-educativa por la integración internos-externos, por la compensación de las deficiencias psico-socio-culturales y por elevar la formación académica y profesional de los acogidos. Comienzan a crearse en los centros servicios psicopedagógicos y sociales, con funciones de atención a la población, estudio de las solicitudes de ingreso o de

demanda de otros servicios del centro (adopciones, ayudas, etc.) y asesoramiento sobre aspectos educativos y de integración social y laboral. Poco a poco, la familia y la comunidad empiezan a ser consideradas como fondo de la intervención psicosocioeducativa.

Al mismo tiempo se genera un cuestionario de la estructura y funcionamiento de las macroinstituciones. Surge un movimiento desinstitucionalizador que busca la creación de servicios destinados a ayudar al menor y al entorno familiar a resolver sus problemas. Aunque se mantiene la necesidad de equipamientos y servicios dispensadores de una asistencia *especial*, éstos tienden a perder el carácter de macroinstituciones a tiempo total, para centrarse en la elaboración de soluciones alternativas al internamiento, como los centros de día, las comunidades infantiles, las residencias estudiantiles y otras formas de atención.

Los límites de las soluciones aportadas en esta fase se hacen pronto evidentes. La sectorización de la atención por grupos de poblaciones, la diversidad de administraciones dispensadoras de servicios sin coordinación y coherencia, la ausencia de medidas preventivas sobre las causas subyacentes, señalan las necesidades de llevar la intervención más cerca de los destinatarios, procurando no tanto la reparación del perjuicio —o la limitación de sus consecuencias sociales— sino la prevención de la aparición del fenómeno en sí mismo. Se procura la integración de los servicios en la comunidad, desarrollando un nivel de atención primaria que constituya el punto inmediato de acceso y el escalón más próximo al usuario y cuya función es la articula-

ción eficaz de los recursos de bienestar disponibles con las necesidades detectadas en su área de actuación —barrio, municipio, agrupación de municipios— contribuyendo a la utilización coordinada de la red de servicios sociales y del resto de servicios y equipamientos colectivos. En esta fase la atención a menores tiende a asumirse desde la propia comunidad, en la red básica de servicios sociales comunitarios, en conexión con los servicios de atención y acogida especializados. El rol de los profesionales se reformula hacia una intervención social y comunitaria, sean su ámbito de trabajo los servicios especializados de atención o los propios servicios comunitarios, desplazándose el foco de la intervención multiprofesional en el sector familia—infancia hacia los aspectos familiares, comunitarios y sociales de la atención.

Modelos de intervención en riesgo psicosocial.

A falta de modelos específicos de intervención en familia y menores en riesgo psicosocial, analizamos (Trigo, 1990) distintos modelos interventivos que, desde diversos campos, han hecho aportaciones transferibles al trabajo en este sector.

1. Modelos interventivos familiares: aportaciones. Entre los modelos familiares consideramos especialmente relevantes el movimiento de la Terapia Familiar (TF). Un recorrido histórico por ella permite extraer algunas aportaciones conceptuales e interventivas.

Las principales aportaciones teóricas se reúnen en la tabla 3. Entre ellas destacaremos:

Tabla 3: Aportaciones de la Terapia Familiar (basada en Sanz y Miralles, 1982).

	CONFLICTO	OBJETIVOS	TÉCNICAS
PSICOANALÍTICA Adolfini (Francia)	Represión	Insight	Interpretación
EXISTENCIAL Stirtlin, 1979, Duss von West (Heidelberg, Zurich)	Delegación	Reconciliación	Reenvío a los orígenes
TRANSGENERACIONAL Borzomenyi-Nagy, 1976 (Filadelfia)	Lealtad invisible	Pago de deudas	Rituales terapéuticos
COMUNICACIONAL Satir, 1971, 1980 (Boston)	Mala comunicación	Buena comunicación	Ser modelo. Descubrir mala comunicación. Proponer buena comunicación.
ESTRUCTURAL Minuchin, 1972, 1974, 1979, 1984 (California)	Confusión de límites	Reestructuración	Manipulación. Prescripción directa.Explicitación.
ECLÉCTICA Masson (Roma, Laussane, España)	Sistema disfuncional	Todo	Interpretación Reestructuración Manipulación Prescripción patológica
ESTRATÉGICA Haley, 1979, 1980. 1984. Madanes, 1984.	Incapacidad para resolver problemas	Devolución de problemas	Reformulación (<i>Reframe</i>)
SISTÉMICA. Grupo de Palo Alto: Watzlawick, 1971, 1972, 1976, 1978, 1983 (California)	Sistema disfuncional	Transformación de procesos Interaccionales	Manipulación no explicitada
PARADOJA Selivini, 1975 (Milán)	Poder-no deseo de cambio	Provocar la crisis y salida única por morfogénesis	Prescripción paradójica Connotación positiva

- 1ª. Los actuales enfoques de la intervención familiar son consecuencia del cambio de orientación epistemológica de las ciencias del comportamiento a partir de mediados de este siglo.
- 2ª La transformación conceptual e interventiva ha tenido lugar desde la praxis de distintos especialistas clínicos, que constataron la insuficiencia de los métodos terapéuticos tradicionales de que disponían.
- 3ª La TF postula un nuevo concepto de salud mental que pone el énfasis en la etiología relacional de los problemas individuales.
- 4ª La intervención en los conflictos familiares se vio enriquecida con las aportaciones de las disciplinas y tecnologías sistemáticas.
- 5ª Pese al carácter tradicionalmente clínico de la TF, su metodología y posibilidades de intervención permiten su aplicación por otros agentes sociales, en una práctica interdisciplinaria.
- 6ª La actualidad del movimiento familiar (modelos sistémicos y comunicacionales) se incorpora a las nuevas corrientes de la intervención social y comunitaria.

Desde el punto de vista metodológico, la TF hizo variar algunos aspectos de la intervención familiar (Almenara, 1985):

- 1º El objeto de análisis pasa a ser el sistema familiar.
- 2º El análisis de la interacción sustituye a la observación de la conducta individual.
- 3º La explicación del síntoma pasa a ser interaccional desde un punto

de vista sistémico. La alteración psíquica no puede entenderse en toda su extensión si no se la encaja en el juego relacional de toda la unidad familiar.

- 4º El ámbito de intervención para provocar el cambio (terapéutico o psicosocial) es el sistema familiar, su estructura y dinámica interna, las relaciones entre sus elementos.

Por último, consideramos las aportaciones de la TF a la praxis interventiva familiar. Como se ha dicho, el nacimiento y desarrollo de la TF ha obedecido a las necesidades de intervención en salud mental. No obstante, en la última década sobre todo, y especialmente de la mano de los enfoques sistémicos y comunicacionales, su desarrollo conceptual e interventivo se ha extendido hacia otros campos de intervención, especialmente al de los servicios sociales, por la popularización, entre los profesionales de la intervención social, de determinadas técnicas surgidas de estos dos enfoques. Los modelos familiares de la TF y las técnicas de trabajo terapéutico-familiar han tenido un uso moderadamente extendido, especialmente en los sectores de minusvalías, drogodependencias, alcoholismo, etc. En el sector de familia e infancia, su utilización ha sido menor, debido quizás, entre otras razones, a la mayor dificultad de abordaje de la población atendida (Sanz y Miralles, 1982). De las estrategias interventivas elaboradas por estas escuelas de TF, y especialmente de las aportadas por las escuelas comunicacional y sistémica, destacamos algunas susceptibles de mayor uso en el campo que nos ocupa:

1º Técnicas de unión y acomodación: rastreo, mantenimiento, paráfrasis, eco, anclaje, delimitación.

2º Técnicas de elaboración y recursos de acción psicodinámica: reformulación, dilación, interposición, confrontación, señalamiento interpretativo.

2. *Modelos interventivos comunitarios: aportaciones.* Entre los modelos comunitarios destacamos el movimiento de la salud mental comunitaria y el de la psicología comunitaria. El movimiento comunitaria se ocupó de los orígenes de los trastornos mentales y psicosociales en la comunidad, procurando reducir los factores causales con un enfoque preventivo en salud mental, que pronto se extendieron a otros tipos de problemas y de áreas de intervención psicosocial. Muchos conceptos y prácticas de la salud mental comunitaria son aplicables a la conceptualización e intervención psicosocial en el sector de menores y familia:

a) Muchos planteamientos de la SMC están presentes en la evolución de los servicios sociales de atención a la familia e infancia, aunque con algún retrato cronológico: (1) El rechazo a las instituciones de internamiento, originado por el descubrimiento del *síndrome de hospitalismo* o *desocialización*; la reducción de internos y de las dimensiones de las instituciones; la política de *puertas abiertas*; el nacimiento de las *comunidades terapéuticas*; *movimientos de-institucionalizador*. (2) El desencanto por la psicoterapia como forma de atender necesidades de

la población en los grupos sociales menos privilegiados. (3) El rechazo del modelo biomédico individual (relación asimétrica, modelo de consulta privada, enfermedad mental, custodia en instituciones, etc.) determina su sustitución por modelos más psicosociales y educativos (psicología del aprendizaje) en la resolución de muchos problemas mentales y también psicosociales. (4) La desproporción entre la oferta y demanda determinó la búsqueda de *agentes primarios de la comunidad*. (5) La responsabilidad social del psicólogo en relación no sólo con la salud mental sino también con los problemas psicosociales. (6) El ambiente de movimiento y cambio social en la década de los sesenta, en que aparecen *nuevas* patologías que aumentan el desarraigo social y en la que se piensa que el cambio social es posible y deseable.

b) El movimiento de la SMC amplió las formas de atención con una amplia gama de servicios diferenciados que se aplicaron luego a la atención de otros colectivos necesarios de atención: (1) Instituciones: instituciones de internamiento de dimensiones reducidas, divididas en unidades pequeñas, con política de apertura al exterior: servicios de atención específica especializada ubicados en servicios generales. (2) Servicios extrainstitucionales: servicios de consulta; centros de base o comunitarios; servicios de asistencia a domicilio; instituciones de reinserción social

(hogares protegidos, servicios *aftercare* o de postcura, centros de readaptación; clubes sociales); talleres protegidos. (3) Servicios especiales: servicios para sectores especiales de población (niños, ancianos, enfermos crónicos, retrasados mentales, toxicómanos, delincuentes, otros); servicios de consulta para estos sectores especiales de población; organismos para la familia; servicios sociales; etc.

c) Las críticas recibidas por la SMC han hecho que los profesionales y la opinión pública en general se volvieran más cautelosos ante algunos de los conceptos y usos establecidos por ella: (1) La valoración de las instituciones se ha hecho más realista, moderada y contrastada. (2) Se han paliado algunas de sus limitaciones introduciendo cambios metodológicos e ideológicos (Bayés, 1983). Pero, pese a sus posibles fallos, la influencia de la SMC en el modo de intervención sobre los problemas individuales y colectivos es innegable en los campos de la salud, la educación y los servicios sociales.

Por otro lado, el movimiento de la psicología comunitaria surge más como una identidad nueva profesional que como un paradigma teórico claramente diferenciado. Pese a ello pueden destacarse algunas aportaciones teóricas (Blanco, 1987):

1ª La afirmación de que existe siempre ingredientes socioambientales

en el origen y exteriorización de las manifestaciones comportamentales.

2ª La defensa de la interdisciplinariedad como principio y como metodología de funcionamiento.

3ª La concepción del individuo como un ser que interactúa activamente con el medio y es capaz de modificarlo.

4ª Su clara vocación aplicada, buscando la solución de problemas, los resultados socialmente relevantes.

5ª Su sensibilidad a las necesidades reales de la población.

6ª Su carácter psicosocial, cuya unidad de intervención son los individuos como miembros de comunidades y grupos sociales, preferentemente los grupos y comunidades más desasistidos y deprivados.

El modelo conceptual e interactivo de la psicología comunitaria difiere de los modelos clínicos tradicionales usados en el tratamiento de los problemas de los sectores deprivados de la sociedad en muchos aspectos: en las asunciones teóricas y casuales; en el modelo teórico, de investigación y acumulación de conocimientos; en la localización de la intervención; en el destinatario de la intervención; en el objetivo de la intervención o cambio; en la organización y prestación de servicios; en el tipo de servicios; en el personal; en el modelo de prestación de servicios; en lo referido a la fuente decisoria (y de poder) y de control; en la relación agente interventor-receptor de servicios; en los roles o funciones de interventor; en la forma de evaluación.

3. *Modelos interventivos psicosociales: aportaciones.* La crisis del modelo social y económico, junto con la evolución de la sociedad misma, se han traducido en ciertos cambios sociales incidentes sobre la familia y el menor. Así el aumento del desempleo, la inseguridad económica, el trabajo de la mujer, la nuclearización y el aislamiento crecientes de la familia, las modificaciones en la estructura y dinámica familiar (familias unipaterales, aumento de parejas de convivencia no matrimoniales, separaciones conyugales...), la crisis del modelo asistencial.

Estos y otros cambios expuestos han obligado a plantearse un nuevo modelo interventivo, que exige un planteamiento sistémico de la intervención (interventor-cliente-interacción entre ambos), una metodología de investigación-acción, el énfasis en aspectos psicosociales *positivos* (calidad de vida) y no sólo aspectos *negativos* (patologías), la actuación social como medio (acciones, intervenciones y gestiones sociales), el enfoque comunitario y el nuevo rol del psicólogo-interventor, basado en la interdisciplinariedad (psico-socio-educativa) y con variadas funciones (además de las tradicionales, otras como consultor, informador, analista social, agente de cambio, entrenador de otros agentes sociales...).

La *intervención*, concebida como una mediación entre dos elementos distintos, tiene dos características distintivas: la referencia a la autoridad y a una intencionalidad dentro de un situación de interacción. Dicha mediación puede ser impositiva o voluntaria, activa o pasiva, sistémica o molecular, etc. (Barriga, 1987). La intervención comunitaria se inscribe

dentro de la intervención social, cuyo objetivo ha tenido varias formulaciones: la acción social busca mejorar a escala comunitaria la provisión de suministros físicos, psicosociales y socioculturales; u la organización de servicios (Caplan, 1964); la alteración de las relaciones sociales (Seidman, 1983); la mejora de la condición humana de los más necesitados (Iscoe y Harris, 1984); el tipo de cambio (cambio de estructura de la sociedad), la unidad social (una comunidad) sobre la que se efectúa y el método usado (Sánchez Vidal, 1988). En síntesis, prima o acentúa: 1) el desarrollo integral humano, 2) la promoción del sentido psicosocial de la comunidad y 3) desde la perspectiva de autodirección y fortalecimiento (*empowerment*) personal y social. En el momento actual, se postula cada vez más una intervención social y comunitaria, que se confunde con la Intervención Psicosocial.

La intervención psicosocial coincide -por sus objetivos, metodología y multidisciplinaridad- con una de las posibles modalidades de la *action-research* (AR) o *investigación en acción*. Para Barriga (1987), desde un enfoque sistémico, algunos elementos que caracterizan a la intervención psicosocial son: la mediación del interventor entre elementos o sistemas, el alcance sistémico de la interacción, la participación activa del sistema-cliente, la implicación personal del interventor psicosocial, la concepción democrática y la visión optimista de las posibilidades del hombre. La función social de la intervención psicosocial es la mejora de la *calidad de vida* de los individuos y grupos de la comunidad, en una triple tarea: preventiva (evitando que surjan nuevos problemas, señalando las

contradicciones de la sociedad y facilitando la elicitación de soluciones más coherentes), impulsora (potenciando los niveles de desarrollo psicosocial, facilitando el cambio social para conseguir mayores niveles de bienestar social, elaborando el conocimiento teórico para explicar la interacción social) y terapéutica o integradora (solucionando los problemas psicosociales de la comunidad; procurando la integración de los marginados, captando su participación en el proceso; procurando la desaparición de las injusticias socioeconómicas generadoras de desequilibrios estructurales).

Puesto que las necesidades sociales son y serán mayores que los recursos, es necesario que la intervención social se fije objetivos concretos de intervención, según necesidades y recursos, traducibles en *programas* de actuación. Estos programas deben superar las limitaciones de los utilizados hace años y apoyarse en bases teóricas actualizadas, tales como la multicasualidad de los problemas socio-familiares, el carácter interactivo de las relaciones (y disfunciones) familiares, la importancia de la mediación del adulto en el desarrollo infantil, el carácter continuo de este desarrollo, las diferencias culturales en las pautas de educación, etc.

Desde una posición crítica hacia los primeros programas comunitarios, se trata de ir más allá de la intervención sobre los efectos causados por los problemas sociales. La intervención social se refiere a:

Proyectos, planes de acción tendentes a aliviar, reducir o prevenir la existencia de situaciones sociales indeseables (pobreza, abuso de drogas, marginación, etc.). (Costa, 1987).

Los programas sociales son tanto más pertinentes cuanto más se basen en el conocimiento de las necesidades de la comunidad; garanticen la no perdurabilidad del programa; se aparten del proceso de culpación, produciendo cambios estructurales, incidiendo en acciones globales a través de redes inespecíficas, incorporando a las *víctimas* centrándose en los recursos existentes en la comunidad, procurando la integración y coordinación de los mismos.

Frente al concepto tradicional del profesional como proveedor de servicios que guarda celosamente su competencia, perpetuando en el usuario la necesidad de ayuda y servicio, debe utilizarse el *modelo de competencia* (Albee, 1980) y su correlato de *comunidad competente* (Iscoe, 1974; Sarason, 1974). El modelo de competencia pretende desarrollar la capacidad y autonomía del ciudadano y de sus organizaciones de base para hacer frente a sus problemas. El modelo de competencia postula que, para lograr los objetivos de los programas de intervención social, la gente no necesita tutela, sino recursos. Pretende no tanto resolver problemas como lograr que los ciudadanos sean competentes para resolverlos por ellos mismos; a condición, naturalmente, de dotarlos de los recursos necesarios para ello. Desde la perspectiva de este modelo:

Un programa de intervención social es un sistema organizado de acciones para lograr cambios estructurales y sociales a través de la distribución de recursos. Los recursos (humanos, tecnológicos, económicos, de salud, etc.) se distribuyen en una organización o

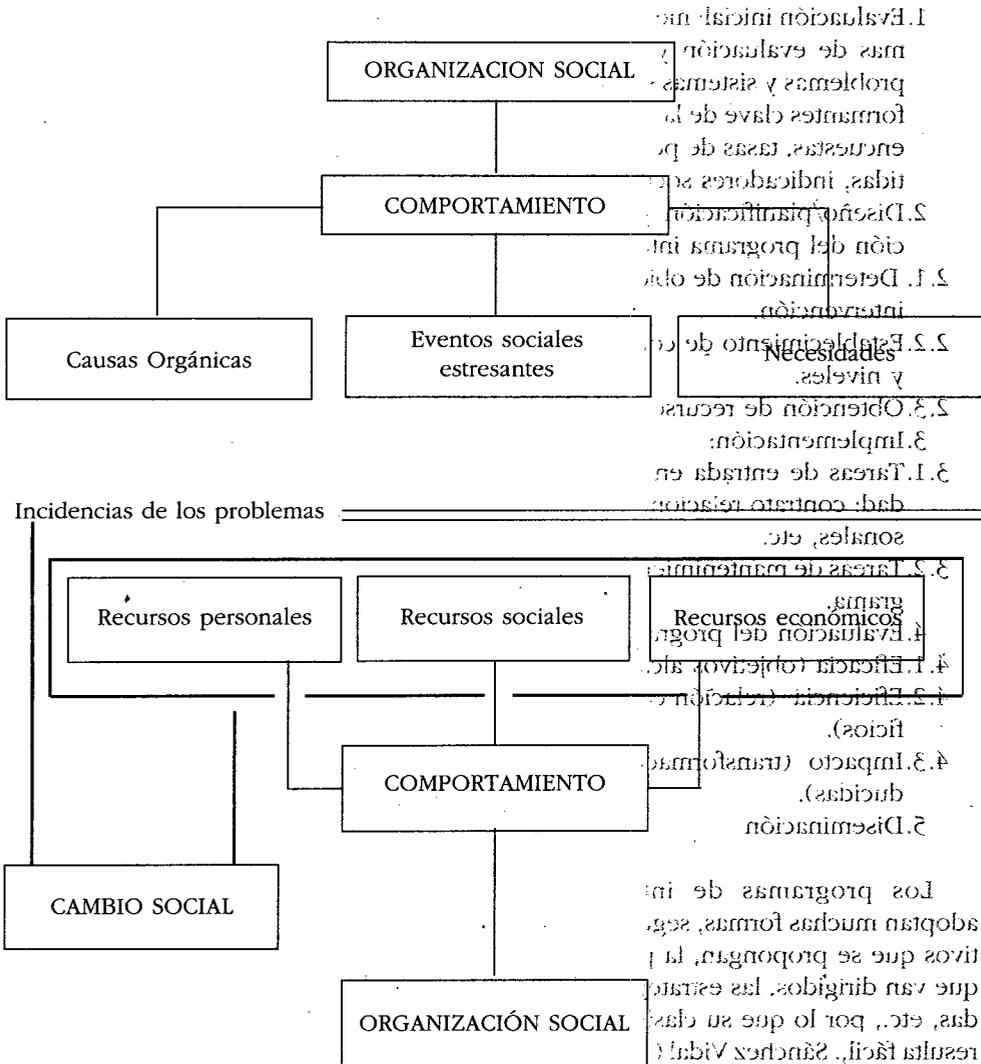
comunidad de acuerdo con diferentes reglas formales e informales. (López Méndez, 1987).

Para Costa (1987), el esquema de actuación podría inspirarse en la ecuación

de la prevención primaria de Albee (1980) (Gráfico 3).

Los programas de intervención intentan producir en la vida de las personas experiencias optimizadoras, preventivas,

Gráfico 3: Ecuación de la intervención psicosocial (Costa, 1987).



compensatorias o remediativas de las que carecerían si la intervención no se realizara. La intervención social y comunitaria no tiene un desarrollo, proceso o metodología único ni prescriptivo. Sintetizando diversas formulaciones, se ha propuesto (Sánchez Vidal, 1988) un modelo de proceso formado por cinco pasos:

1. Evaluación inicial: mediante sistemas de evaluación y análisis de problemas y sistemas sociales (informantes clave de la comunidad, encuestas, tasas de personas asistidas, indicadores sociales, etc.)
2. Diseño/planificación y organización del programa interventivo:
 - 2.1. Determinación de objetivos de la intervención.
 - 2.2. Establecimiento de competencias y niveles.
 - 2.3. Obtención de recursos.
3. Implementación:
 - 3.1. Tareas de entrada en la comunidad: contrato relaciones interpersonales, etc.
 - 3.2. Tareas de mantenimiento del programa.
4. Evaluación del programa.
 - 4.1. Eficacia (objetivos alcanzados).
 - 4.2. Eficiencia (relación costos/beneficios).
 - 4.3. Impacto (transformaciones producidas).
5. Diseminación

Los programas de intervención adoptan muchas formas, según los objetivos que se propongan, la población a que van dirigidos, las estrategias utilizadas, etc., por lo que su clasificación no resulta fácil. Sánchez Vidal (1988) los ha clasificado en los siguientes tipos:

1. Prestación de recursos humanos o personales: servicios de consulta, intervenciones en crisis, terapias breves y trabajos reeducativos.
2. Desarrollo de recursos humanos indirectos (capacitando personas para que ayuden a otros) o directamente (capacitando a personas directamente).
3. Prevención, en sus variadas formas (primaria, secundaria o terciaria; genérica o específica; etc.).
4. Reconstrucción social y comunitaria.
5. Cambio social y comunitario:
 - 5.1. Reforma de sistemas existentes.
 - 5.1.1. Desarrollo comunitario.
 - 5.1.2. Abogacía social (reforma de un sistema a partir de la demanda).
 - 5.2. Creación de nuevos sistemas o instituciones.

La metodología de estos programas insiste en la importancia de la evaluación de los tres elementos básicos de la intervención psicosocial: los recursos disponibles, las necesidades planteadas y los programas de intervención. Las estrategias de intervención utilizadas provienen de diversos campos aplicados, como la psicología clínica, el trabajo social, la salud pública, el desarrollo organizacional, el activismo político, la psicología social aplicada, etc.

Dentro de estos programas, en la intervención psicosocial, basada en la metodología de la *investigación-acción*, va a concederse gran importancia a la evaluación. La intervención psicosocial y comunitaria evalúa tres componentes básicos (Sánchez Vidal, 1988): (1) Recursos sociales y asistenciales; (2) Necesidades y problemas a resolver; (3) Pro-

gramas de intervención. Su desarrollo queda expresado en el Gráfico 4.

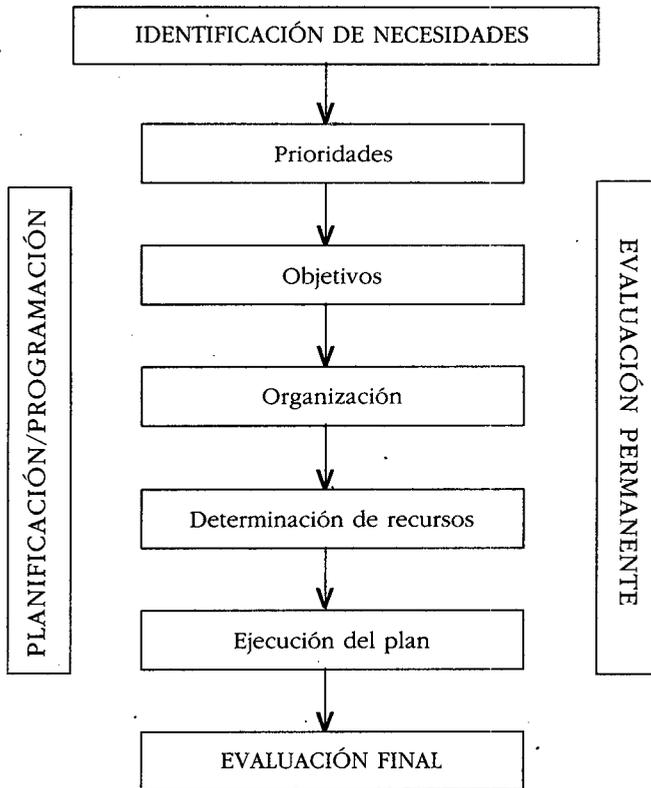
Hoy el camino más promisorio ante el grave problema social de la privación sociofamiliar es para nosotros la intervención psicosocial en el ámbito familiar y sociocomunitario en la que, mediante la investigación-acción, se determinen las necesidades de la población —especialmente la de los grupos de alto riesgo— y los recursos sociales disponibles y se elaboren y desarrollen programas de intervención, con un enfoque preventivo

y promotor, sobre las necesidades de la población, la calidad de vida y el cambio social.

Intervención en familia e infancia en riesgo psicosocial.

De acuerdo con la metodología de programas propia de la Intervención Psicosocial, presentamos nuestra propuesta, incluida en otro trabajo anterior (Trigo, 1991), que supuso un resumen y actualización de otro más extenso (Trigo, 1990).

Gráfico 4: La evaluación en los programas de intervención psicosocial (López Méndez, 1987).



A. Estudio de necesidades

a) Necesidades a nivel autonómico:

- 1ª Planificar el sector de familia, infancia y adolescencia, estableciendo prioridades.
- 2ª Realizar el mapa andaluz de servicios sociales referido a este sector.
- 3ª Integrar los centros de atención a menores en una red única de atención, coordinada en cada provincia por la administración provincial.
- 4ª Promover la coordinación de las Consejerías implicadas en el sector (Servicios Sociales, Educación, Salud, Trabajo, Cultura y Justicia).
- 5ª Crear recursos educativos, sociales, sanitarios y laborales que puedan utilizarse en la intervención comunitaria.
- 6ª Consolidar la red de servicios sociales comunitarios y extenderlos a toda la población.
- 7ª Integrar y completar la red de servicios sociales especializados, creando recursos alternativos a la institucionalización.
- 8ª Regular el marco competencial.
- 9ª Cumplir las funciones sobre adopción y protección de menores (Decreto 281/1988 de la Consejería de Salud y Servicios Sociales).
- 10ª Priorizar la atención sobre las zonas más deprimidas.

b) Necesidades a nivel provincial (centradas en la provincia de Sevilla):

- 1ª Elaborar el balance de recursos y necesidades.
- 2ª Coordinar los servicios existentes en la provincia.

3ª Integrar en un único servicio los recursos de la Diputación Provincial.

4ª Coordinar y controlar las subvenciones a entidades privadas de atención a familia y menores.

5ª Estabilizar la red de servicios sociales comunitarios.

6ª Coordinar las redes existentes de intervención comunitaria (de servicios sociales, de salud, de educación, etc.).

7ª Ampliar y mejorar los equipamientos educativos básicos (guarderías, centros de formación laboral, centros ocupacionales, centros de tiempo libre, etc.).

8ª Desarrollar en la instituciones de acogida programas alternativos al internamiento de menores.

9ª Potenciar la atención a la familia y menores por parte de los distintos equipos de intervención comunitaria (equipos básicos de salud, equipos psicopedagógicos, zonas de trabajo social, etc.).

10ª Desarrollar programas preventivos que combatan la causa de trabajo de la marginación.

11ª Aminorar las grandes desigualdades económicas y sociales de la provincia, mediante actuación preferente sobre las comarcas más deprimidas (sierra norte, algunas poblaciones del área metropolitana, etc.).

c) Necesidades a nivel municipal:

1ª Evitar la falta de correspondencia actual entre competencias municipales en servicios y recursos disponibles.

- 2ª Aumentar los presupuestos municipales dedicados a servicios sociales.
- 3ª Sustituir el sistema de subvenciones, que no garantiza el afianzamiento de los servicios sociales, por transferencias de los recursos económicos a los ayuntamientos.
- 4ª Dotar a los municipios de la estructura básica de servicios sociales para dar cobertura a toda la población.
- 5ª Integrar, regular y coordinar a nivel municipal los distintos servicios, recursos y prestaciones.
- 6ª Buscar estructuras organizativas en los ayuntamientos que evite la multitud de delegaciones que impide la integración en áreas mayores.
- 7ª Elaborar planes municipales de acción social que canalice la política social municipal.
- 8ª Elaborar planes globales de actuación y de coordinación de actuaciones y de financiación de los organismos autónomos, provinciales y municipales.
- 9ª Coordinar la estructura municipal de servicios sociales con otras que tienen que ver con el bienestar social (educación, salud, trabajo, cultura).
- 10ª Crear estructuras de coordinación entre los equipos comunitarios (equipos básicos de salud, equipos de salud mental, equipos psicopedagógicos, servicios sociales comunitarios, etc.).

B. Análisis de recursos

a) *Recursos de la Comunidad Autónoma Andaluza:*

- 1º Recursos normativos:
 - Constitución Española.
 - Estatuto Andaluz de Autonomía (1981).
 - Decretos de transferencias de funciones y servicios (1982–1984).
 - Ley 2/1988 de Servicios Sociales de Andalucía.
 - Decreto 281/1988 sobre aplicación en Andalucía de la Ley 21/1987 sobre adopción y protección de menores.
 - Plan Andaluz de Servicios Sociales.
- 2º Recursos administrativos:
 - Servicios centrales:
 - * Consejería de Asuntos Sociales: Dirección General de Atención al Niño.
 - * Instituto Andaluz de Servicios Sociales (IASS).
 - Servicios periféricos:
 - * Delegación Provincial de Asuntos Sociales: Servicios de Atención al Niño.
 - * Delegaciones Provinciales del IASS.
 - Organos de coordinación interdepartamentales.
- 3º Recursos asistenciales:
 - Centros de Protección de Menores.
 - Centros de Reforma.
 - Guarderías infantiles.
 - Hogares infantiles y escolares.
 - Instituciones auxiliares (concertadas).
 - Otros.

b) *Recursos de las Administración Provincial (centrados en la provincia de Sevilla):*

- 1º Recursos normativos. Además de los ya citados para la administración autonómica, los siguientes:

- Ley de bases de Régimen Local (1985).
 - Ley de Diputaciones (en preparación).
 - Plan Provincial de Servicios Sociales Comunitarios (1991-1992).
- 2º Recursos asistenciales:
- Servicios Sociales Comunitarios.
 - Servicios de Infancia de la Diputación Provincial de Sevilla.
 - Otras redes de atención comunitaria (centros básicos de salud, centros de salud mental, equipos psicopedagógicos, etc.).

c) *Recursos de la Administración Municipal:*

- 1º Recursos normativos. Además de los ya citados para las administraciones autonómica y provincial, los siguientes:
- Acuerdos municipales referidos al sector.
- 2º Recursos asistenciales:
- Centros de Servicios Sociales.
 - Servicios de Información, Valoración y Orientación (SIVO).
 - Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD).
 - Programas de Reinserción Social.
 - Programas de Familia y Convivencia.
 - Programas de Atención Familiar.
 - Otros.

C. Propuestas de programas

Proponemos, para cada una de las administraciones implicadas, los programas que entendemos más necesarios, indicando, sus principales objetivos.

a) *Intervenciones sociales en la Comunidad Autónoma:*

1º Intervenciones legislativas: Delimitación de competencias entre las Administraciones Autonómica y Locales.

2º Intervenciones político-administrativas:

- Planificación del sector Familia y Menores.
- Reunión de todos los recursos en un red integrada de atención.
- Coordinación de las intervenciones sociales, educativas, sanitarias, jurídicas y culturales.
- Compleción de la red de servicios sociales comunitarios.

- Creación de recursos comunitarios, especialmente de aquéllos que favorezcan la desinstitutionalización de menores (comedores, guarderías, hogares funcionales, centros diurnos, escuelas-taller, etc.).

3º Intervenciones técnico-administrativas:

- Desarrollo de los servicios de adopción y acogimiento familiar, en orden a ajustar la oferta a la fuerte demanda social existente y a la evitación de las adopciones ilegales.
- Desarrollo de programas preventivos de intervención en el medio (apoyo familiar, educación compensatoria, etc.).

4º Intervenciones político-económicas:

- Mejora de las condiciones sociolaborales, de las condiciones socioeconómicas, de la calidad de vida, de la salud, de la educación, etc...

b) *Intervenciones sociales y comunitarias en el sector familia y menores (centrados en la provincia de Sevilla):*

1º Plan de Familia-infancia-juventud:

- Estudio de necesidades.
- Análisis de recursos.
- Establecimiento de objetivos y prioridades e integración de todos los servicios especializados en una única red.
- Concentración en un sólo área de la Diputación de las competencias sobre familia y menores-juventud y creación de un red única en que se integren los centros y servicios existentes en la provincia.

2º Red integrada de servicios comunitarios:

- Compleción y afianzamiento de la red de servicios comunitarios.
- Integración de redes.
- Correspondencia territorial de los equipos comunitarios y coordinación de sus actuaciones.
- Creación de circuitos integrados de intervención.

3º Establecimiento de un sistema integrado de atención.

4º Elaboración de programas preventivos de la Deprivación socio-familiar.

- Detección temprana de casos.
- Intervención precoz:
 - * Intervenciones sociales en contextos familiares.
 - * Intervenciones psicosociales en contextos educativos.
 - * Intervenciones sociales en contextos comunitarios.
- Derivación de casos.

- Intervención especializada en el centro o servicio de recepción.

- Intervenciones específicas en familias.

- Intervenciones de nivel terciario.

5º Reinserción familiar de niños institucionalizados:

- Trabajo en reinserción sociofamiliar desde la recepción de la demanda.

- Educación sociocomunitaria para contrarrestar el desarraigo debido al prejuicio.

- Mantenimiento de la comunicación con la red social: reinserción parcial en fines de semana y vacaciones escolares.

- Prevención de los efectos de la institucionalización prolongada.

- Creación de alternativas de transición a la comunidad.

- Reinserción escolar o laboral.

- Seguimiento: prolongado de la responsabilidad hacia los menores con problemas sociofamiliares más allá de las instituciones de acogida.

- Creación de servicios de seguimiento.

- Dotación de recursos (humanos, presupuestarios, etc.) para los programas de reinserciones.

- Concesión de ayudas para la reinserción.

- Ubicación próxima a la comunidad de las instituciones de acogida.

- Mantenimiento de relaciones estrechas entre las instituciones de acogida y los servicios comunitarios.

- Preparación de los trabajadores comunitarios en el trabajo con la familia-infancia-juventud.
- Creación de servicios de consulta para personal paraprofesional.
- Participación de los usuarios.
- Creación de redes inespecíficas de atención.
- 6º Creación de recursos alternativos a la institucionalización.
- Creación de microinstituciones residenciales: hogares funcionales, pisos-puente, minirresidencias, etc.
- Creación de centros de atención a tiempo parcial: guarderías, centros de día, escuelas-taller, clubes de tiempo libre, etc.
- 7º Acogimiento familiar y adopción.
- 8º Investigación.

D. Metodología de intervención

En un plan integrado de actuación, como proponemos, deben estar definidos con claridad los circuitos de coordinación de la acción. Nuestra propuesta se concreta en el Gráfico 5.

En el plan integrado de familia e infancia, todos los recursos disponibles, comunitarios y especializados, deben encuadrarse en un sistema, que los aglutine y coordine. La gama de recursos disponibles se recoge en la Tabla 4.

El proceso general de estudio del caso y derivación hacia la alternativa más adecuada, diferenciando las tareas de los servicios sociales comunitarios y los servicios sociales especializados, se resume en el la Tabla 5.

Gráfico 5: Circuitos de intervención en la privación sociofamiliar (Trigo, 1987).

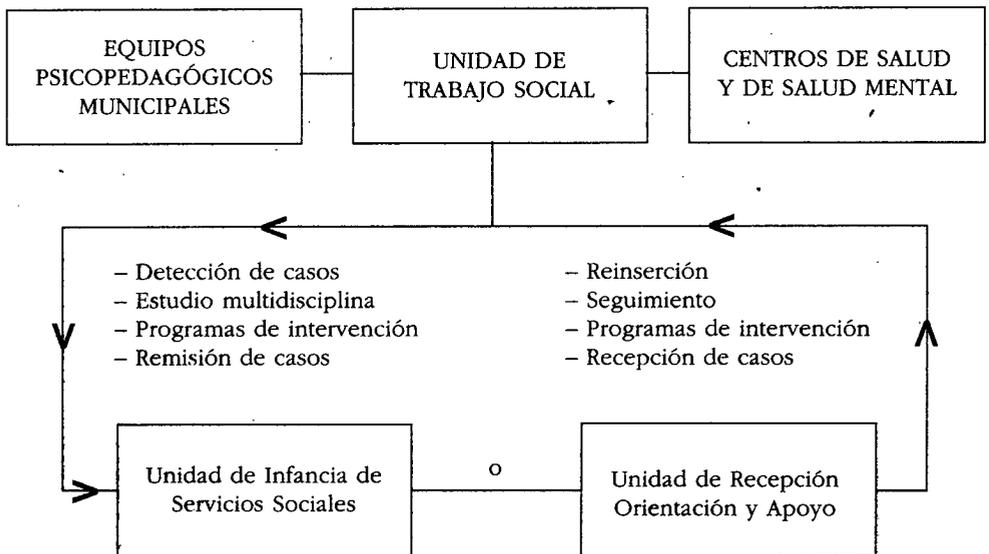


Tabla 4: Proceso del estudio de casos.

1. Situación problema:
 - a) Detección de la demanda en los servicios sociales comunitarios.
 - b) Envío por otros organismos:
 - Tribunal Tutelar de Menores.
 - Policía.
 - Otros centros o servicios.

2. Atención en los servicios sociales comunitarios.
 - a) Tratamiento en la propia comunidad.
 - b) Derivación hacia servicios especializados: protocolo de estudio del caso.

3. Atención en servicios especializados :
Servicio de Recepción del caso.
 - a) No se necesita alternativa de atención: tratamiento en la propia comunidad.
 - b) Necesita servicio especializado: se estudia y orienta hacia el más adecuado:
 - Centro diurno.
 - Hogares.
 - Acogimiento familiar.
 - Apoyo familiar.
 - Otros.

Tabla 5: Centros y servicios de atención a la infancia y adolescencia según tipología (Adaptado de Vega y Casas, 1983).

CENTROS DIURNOS

- * Centros abiertos:
 - Aula de paso.
 - Servicio de comedor.
 - Servicio de acogida, información y/u orientación.
 - Equipo de educadores.
- * Pretalleres.
- * Otros.

EQUIPAMIENTOS RESIDENCIALES

- * Residencias maternas.
- * Hogares familiares.
- * Residencias.
- * Hogares cuna.
- * Mini-residencias.
- * Residencias juveniles.

OTROS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

- * Actividades de sensibilización ciudadana.
- * Actividades de prevención y detección precoz:
 - Orientación para el ejercicio de la paternidad y maternidad responsable:
 - Planificación familiar.
 - Formación sanitaria.
 - Formación dietética.
 - Otros.
 - Prestación de asistencia adecuada al embarazo, parto y periodo postnatal.
 - Soporte para unas relaciones estables en el seno de la familia:
 - Información (jurídica, administrativa, etc.).
 - Apoyo en dificultades materiales.
 - Orientación psico-socio-pedagógica.
 - Otras.
 - Actividades formativas, culturales y de ocio de los miembros de la familia.
 - Soporte a la madre con graves problemas personales y a la familia uniparental.
 - Coordinación de los grupos e instituciones de salud mental para niños, para la detección de casos de sospechas de incidencias perturbadoras del desarrollo del niño.
 - Actividades de ayuda a la familia:
 - Cooperativas de formación de trabajadores del hogar especializados.
 - Otras.
 - Prestación de familias sustitutas para la acogida temporal de niños en dificultades.
 - Actividades de vacaciones y de ocio:
 - Colonias para niños y jóvenes.
 - Espacios de vacaciones y de ocio.
 - Actividades de vacaciones para padres e hijos.
 - Otros.

HOGARES INFANTILES Y GUARDERÍAS

Referencias

- ALBEE, G. W. (1980). A competency model to replace the deffect model. En M.S. Gibbs *et al.* (Eds.). *Community Psychology: Theoretical and Empirical perspectives*. Nueva York: Gardner Press.
- ALMENARA, J. (1985). Un modelo psicosocial de la salud mental: la terapia familiar. *I Congreso Nacional de Psicología Social*. Granada.
- BARRIGA, S. (1987). La intervención psicosocial: introducción teórica. En S. Barriga *et al.* *Intervención psicosocial*. Barcelona: Hora.
- BAYÉS, R. (1983). Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria, *Estudios de Psicología*, 13.
- BELSKY, J. (1981). Early human experiences: A family perspective, *Developmental Psychology*, 14, 3-23.
- BLANCO, A. (1987). La ética social en la intervención psicosocial y comunitaria, *Papeles del Colegio de Psicólogos*, 32, 15-18.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press. (Trad.: *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós, 1987).
- BURGESS, R.L. y CONGER, R.D. (1978). Family interactions in abusive, neglectful and normal families, *Child Development*, 49, 1163-1173.
- BURGESS, R.L. *et al.* (1983). Violence to the family. En E. Callahan y McKluskey (Eds.). *Life span development psychology: Nonnormative life events*. Nueva York: Academic Press.
- BURGESS, R.L. y RICHARDSON, R.A. (1984). Coercive interpersonal contingencies as a determinant of child maltreatment. En R.F. Dangel y R.A. Polster (Eds.). *Parent training*. Nueva York: Guilford Press.
- CLAPLAN, G. (1964). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós, 1985.
- COSTA, M. (1987). Los programas de intervención social: criterios de pertinencia y estilos de intervención, *Papeles del Colegio de Psicólogos*, 31, 8-16.
- DE PAÚL, J. (Dir.). (1988). *Maltrato y abandono infantil: identificación de factores de riesgo*. Bilbao: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
- ESCARTÍ, A. y MUSITU, G. (1987). *El niño abandonado en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Estudios i Publicacions de la Consellería de Treball i Seguretat Social.
- FONTANA, V.J. (1971). *The maltreated child*. Springfield (Ill.): Thomas.
- ISCOE, I. (1974). Community Psychology and the competent community, *American Psychologist*, 29, 607-613.
- ISCOE, I. y HARRIS, L.C. (1984). Social and community interventions, *Annual Review of Psychology*, 35, 333-360.
- LÓPEZ MÉNDEZ, E. (1987). La evaluación de programas, *Papeles del Colegio de Psicólogos*, 31, 17-20.
- OTTO, K.L. y SMITH, D.G. (1980). Child abuse: A cognitive behavioral intervention model, *Journal of Marital and Family Therapy*, 6, 425-429.
- SÁNCHEZ VIDAL, A. (1988). *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: PPU.
- SANZ, R. y MIRALLES, C. (1982). *Curso de terapia familiar*. Sevilla: INSERSO-ICE.

- SARANSON, S.B. (1974). *The psychological sense of community. Prospects for a Community Psychology*. San Francisco: Jossey Bass.
- SEIDMAN, E. (Ed.). (1983). *Handbook of Social Intervention*. Beverly Hills: Sage.
- STEELE, B.F. (1975). Working with abusive parents from a psychiatric point of view, *Children Today*, 4, 3-5.
- TRIGO, J. (1987). Coordinación entre servicios psicopedagógicos y servicios sociales de la provincia de Sevilla en la atención a menores con problemas sociofamiliares graves. En *Actas de las Primeras Jornadas Andaluzas de Equipos Psicopedagógicos Municipales*. Sevilla: Diputación Provincial.
- TRIGO, J. (1990). *Deprivación sociofamiliar e institucionalización de menores. Hacia una intervención psicosocial*. Sevilla: Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- TRIGO, J. (1991). Intervención en familia e infancia adolescencia en situación de riesgo psicosocial. *Primeras Jornadas de Psicología y Servicios Sociales en Andalucía*. Almuñécar (Granada).
- VEGA, A. y CASAS, F. (1983). *Servicios y Centros de Cataluña para la atención a la infancia y la adolescencia con problemas sociofamiliares* (policopiado). Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- WOLFE, D.A. (1985). Child-abusive parents: An empirical review and analysis, *Psychological Bulletin*, 97 (3), 462-482.