

Intervención psicológica en un centro de acogida de menores

M^a del Carmen NAVARRO GONZÁLEZ
Diputación Provincial de Sevilla

Resumen

En el presente trabajo se describen las características de un centro de acogida para menores en situación de alto riesgo y la metodología utilizada en la intervención psicológica que se lleva a cabo con los menores ingresados y con sus familias. Asimismo, se describen las peculiaridades psicológicas de dichos menores y los tipos de maltrato que sufren con más frecuencia, así como las patologías más usuales en los miembros de las familias de las que proceden, las medidas de protección que se aplican y la importancia de los informes psicológico, social y educativo en este tipo de intervención interdisciplinar.

Palabras clave: Centro de acogida, menores en situación de alto riesgo, intervención psicológica, maltrato físico, abandono físico, abuso sexual, maltrato emocional, abandono emocional.

Abstract

The present paper describes the characteristics of a foster home for children at risk and the methodology used in the psychological intervention used with them and their families. The psychological profile of the children and the kind of maltreatment they most frequently suffer are also described. Other information includes the most frequent types of pathology found in the members of their original families, protective actions adopted and the importance of the psychological, social and educational reports in this kind of interdisciplinary intervention.

Key words: Foster home, children at risk, psychological intervention, physical abuse, physical neglect, sexual abuse, emotional abuse, emotional neglect.

Los Centros de Acogida Inmediata de Menores son un recurso especializado, diseñado para dar atención *temporal y urgente* a niños y adolescentes en situación de desamparo. Nacen como exigencia de la Ley 21/87, de 11 de noviembre, para dar respuesta al imperativo legal que

introduce la figura de la tutela pública automática para los menores que se encuentran en situación de desamparo. En la Comunidad Autónoma Andaluza, según el Decreto 281/1988, de 13 septiembre, corresponden al Servicio de Atención al Niño (SAN), de las Delegaciones Pro-

vinciales de Asuntos Sociales, las funciones propias de protección infantil. Dicho Decreto, en su Disposición Adicional Primera, dice:

«Las entidades públicas y privadas que tuvieran conocimiento de la existencia de menores en situación de desamparo, deberán comunicarlo, de forma inmediata, a la entidad pública competente, hoy Delegación Provincial de la Consejería de Asuntos Sociales, Servicios de Atención al Niño, a fin de que se adopten las medidas de protección procedentes».

Estos Servicios de Atención al Niño de ámbito provincial reciben las demandas sobre protección de menores procedentes de los servicios sociales comunitarios y de otras instancias y tienen la competencia para asumir de forma automática la tutela de los menores que se encuentran en situación legal de desamparo. Estos son atendidos en los Centros de Acogida Inmediata que se definen por las siguientes características (Tinajero, 1995): la *urgencia*, la *ausencia de otro recurso más apropiado en la comunidad* (por ejemplo, familia colateral), y la *temporalidad* (el menor permanecerá en el centro hasta que se le diagnostique, se evalúe su situación familiar y se le aplique la alternativa idónea).

Los centros de acogida se diferencian de otros recursos residenciales en que su finalidad básica es hacer un diagnóstico y evaluación de la situación familiar y del niño (Domenech, Colomer y Porcell, 1996), acogiendo a éste de manera temporal, en régimen de internado. Según el resultado de este diagnóstico y evaluación, el niño puede volver con la familia (nuclear o exten-

sa) ir a un centro residencial, o ser acogido o adoptado por otra familia distinta a la biológica.

Características del Centro de Acogida Inmediata de la Diputación de Sevilla

Se trata de una residencia de acogida inmediata para menores en situación de alto riesgo. Está ubicada en un amplio chalet de dos plantas, rodeado de grandes espacios para el juego al aire libre de los menores, en un barrio normalizado de Sevilla capital y dotado de todos los servicios necesarios. El centro tiene una capacidad de veinte plazas para menores de hasta seis años, o para grupos de hermanos, siempre que la edad del mayor no exceda los doce años. El ingreso pueden ser por orden del Juez o de la Fiscalía de Menores, a petición del Servicio de Atención al Niño de la Junta de Andalucía, o por diligencias policiales.

El Centro de Acogida de los Servicios de Infancia y Familia de la Diputación Provincial de Sevilla fue inaugurado el 20 de marzo de 1990 para cubrir los siguientes *objetivos*:

- Acoger a menores en situación de riesgo.
- Garantizar sus necesidades básicas.
- Posibilitar el restablecimiento de su equilibrio emocional.
- Realizar el estudio y valoración psicológica, social y educativa tanto del menor como de su familia.
- Orientar sobre la alternativa idónea en cada caso.
- Iniciar la adaptación del menor a un medio normalizado, lo que supone: adquisición de hábitos, regulación

de conductas, desarrollo de destrezas básicas y aprendizajes sociales.

- Preparación para la salida del Centro hacia la medida adoptada.

Para desarrollar estas tareas, *los recursos personales* con los que cuenta el centro son los siguientes:

- *Un coordinador*, cuyas funciones serían la gestión económica, administrativa y de personal, el control de ingresos y salidas de los niños así como de las visitas que reciben, la elaboración de informes educativos y la supervisión sanitaria y alimenticia.
- *Dos puericultoras*, que desarrollan programas de estimulación, organización del tiempo libre, observación y registro de datos y control de dietética.
- *Catorce auxiliares de puericultura y un auxiliar de clínica*, con funciones asistenciales, de observación y recogida de datos, compras y consultas médicas.
- *Cinco amas de hogar*, encargadas de todas las tareas domésticas.
- *Un portero*, se encarga del control de visitas.
- *Una profesora de apoyo*, responsable de la puesta en marcha y desarrollo del programa de atención escolar.
- *Dos psicólogas*, a quienes corresponde el estudio, valoración y apoyo profesional a todos los menores así como a sus familias.
- *Dos trabajadoras sociales*, encargadas del estudio y valoración de todos

los menores que ingresan, así como de sus familiares.

- *Una administrativa*, a quien compete la puesta al día del archivo y del fichero de niños, así como las funciones propias de su categoría profesional.
- Los psicólogos, los trabajadores sociales y la administrativa poseen sólo una dedicación limitada al centro de acogida, dado que intervienen en otros programas.

El centro desarrolla los siguientes *programas de trabajo*: Programa de estimulación temprana, Programa de atención escolar, Programa de atención educativa, Programa de atención sanitaria: vacunas, peso, talla y nutrición, Programa de entretenimiento: juegos (libres y organizados), vídeos, cine y salidas a la calle y Programa de apoyo psicológico.

La figura 1 muestra el número de ingresos producidos en el centro de acogida desde 1990 hasta septiembre de 1996¹. Desde enero hasta septiembre de 1996, han ingresado en el centro de acogida un total de 47 niños. Sus edades oscilan entre los cero y ocho años. Como puede apreciarse en la figura 2, el porcentaje de lactantes es muy elevado (el 42% de los menores atendidos), lo que incide de manera notoria en el trabajo desarrollado en el centro, por las especiales necesidades de atención de niños de tan corta edad. Por otra parte, y dadas las problemáticas que, como se señalará más adelante, éstos presentan, se hace especialmente necesario incidir en los programas de estimulación precoz. Respecto a su procedencia geográfica, merece resaltarse

1. Toda la información sobre la casuística del Centro de Acogida la hemos recogido de la documentación del Servicio de Infancia y Familia de la Diputación Provincial de Sevilla.

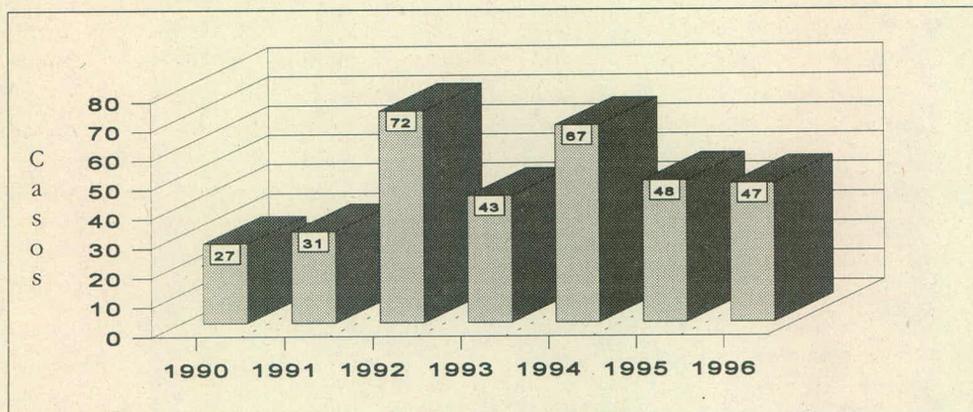


Figura 1. Número de ingresos producidos en el centro de acogida desde 1990 a 1996 (335 casos en total).

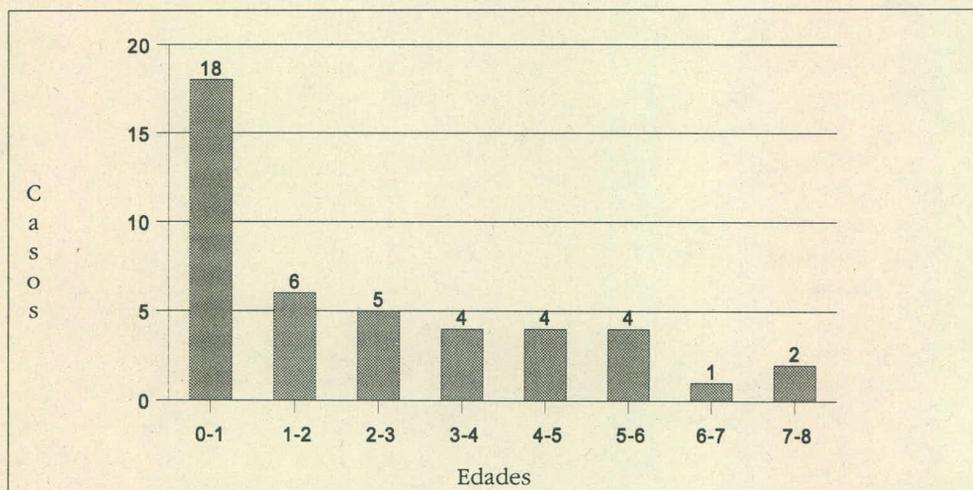


Figura 2. Número de ingresos producidos en el centro de acogida desde enero a septiembre de 1996, distribuidos según las edades.

el hecho de que la mayor parte de los pequeños ingresados en el centro de acogida proceden de Sevilla capital (figura 3).

A efectos de análisis, parece útil distinguir las problemáticas personal y familiar de estos niños, si bien, dada su corta edad, en la realidad aparecen fuertemente entrelazadas (Palacios, 1995). Cuando ingresa un menor se le practica un estu-

dio analítico, con objeto de detectar posibles enfermedades que deban ser tratadas de una forma precoz. En la mayoría de los niños se detectan problemas de anemia, así como una elevación en la función hepática (la experiencia indica que se debe a una mala alimentación), e igualmente una falta de defensas que hacen que estén continuamente resfriados, aunque los hemos catalogado como

«sanos», siempre teniendo en cuenta que no se trata de problemas de especial relevancia (figura 4).

Es importante señalar el lamentable aspecto físico con el que llegan al centro la mayoría, así como el esfuerzo que se realiza por parte del personal a la hora de prestarle apoyo psicológico a los menores, pues los efectos emocionales del maltrato (los miedos, las pesadillas, los problemas de relación, de insomnio, etc.) que presentan son realmente graves en

muchos de los casos, como han puesto de manifiesto múltiples estudios (Jiménez, Moreno, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995).

Sobre su problemática familiar, se han tomado en consideración las formas de maltrato más frecuentes (Palacios, Moreno y Jiménez, 1995). Hay que destacar que prácticamente nunca se dan por separado, por lo que se ha señalado en cada caso la más relevante (Moreno, Jiménez, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995). Podemos verlo en la figura 5.

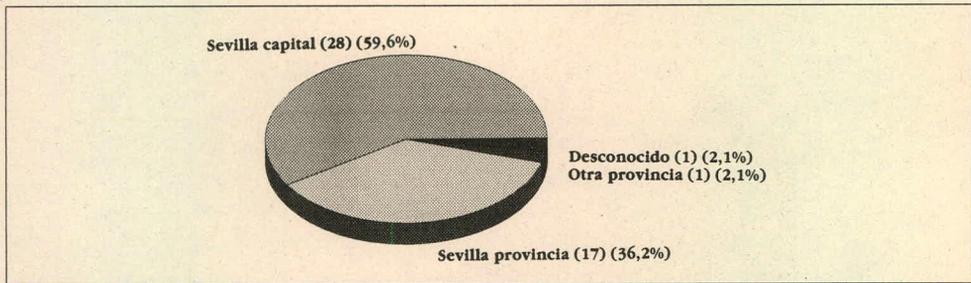


Figura 3. Procedencia geográfica de los ingresos producidos en el centro de acogida en los nueve primeros meses de 1996.

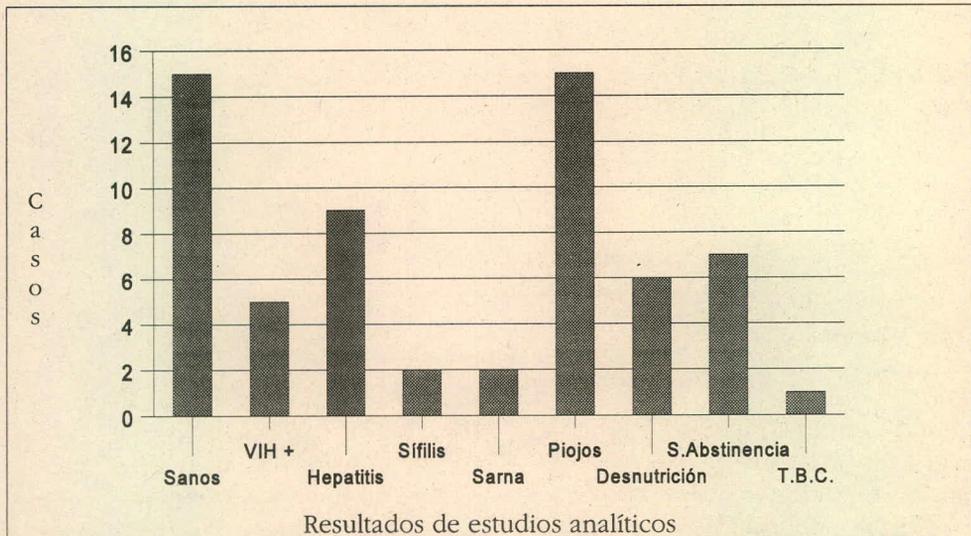


Figura 4. Problemas de salud detectados en los menores ingresados en el centro de acogida desde enero a septiembre de 1996. Cada caso puede tener varias de las características descritas.

Reseñamos en la figura 6 la problemática psicosocial que se detecta con más frecuencia en las madres de los menores ingresados, por ser éstas las que más inciden en la protección/desprotección de los mismos. Frecuentemente el padre presenta una conflictiva grave (drogadicción, alcoholismo, delincuencia...), pero si ésta no se asocia a la materna, el menor no suele llegar al circuito de protección.

Conviene precisar que, entre la emisión del informe-propuesta, realizado por los técnicos del Servicio de Infancia, y la ejecución de dicha propuesta por parte de la Delegación Provincial de Asuntos Sociales, media a veces más tiempo del deseable y prolonga innecesariamente la estancia de los menores en el centro (la estancia media es de 72 días). También sucede en ocasiones que la inestabilidad de la situación familiar –períodos de abs-

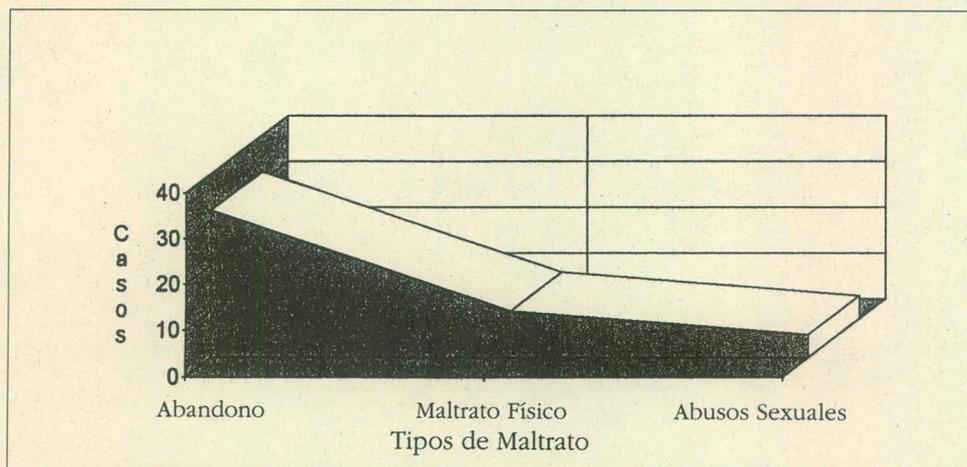


Figura 5. Tipos de maltratos detectados en los menores ingresados en el centro de acogida, desde enero a septiembre de 1996.

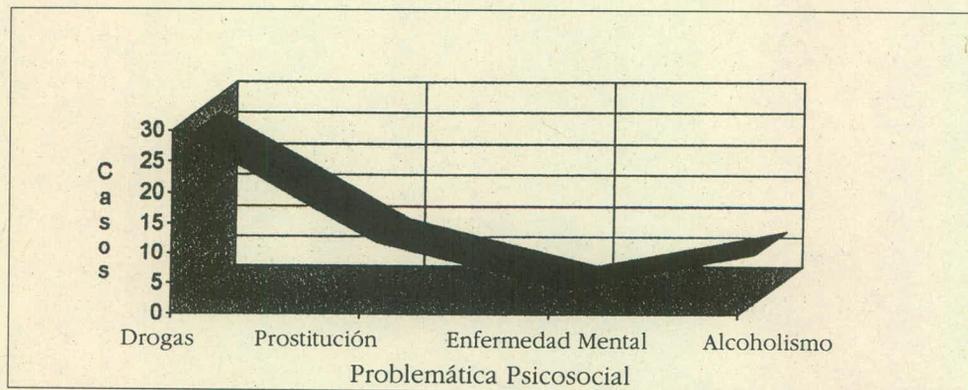


Figura 6. Problemática psicosocial detectada en las madres de los menores ingresados en el centro de acogida desde enero a septiembre de 1996.

tinencia en padres drogodependientes, por ejemplo— retrasa la toma de decisiones con respecto a los hijos.

En cualquier caso, el número de niños que son reinsertados en su medio familiar es mínimo, lo que da idea de la gravedad de su problemática familiar. Hay que tener en cuenta que en los centros de acogida ingresan los menores más desprotegidos, ya que a partir de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, se contempla la figura jurídica “*declaración de riesgo*” por la cual, el menor puede permanecer en su familia con un seguimiento especial y sólo se declara en desamparo —y, en consecuencia, se ingresa en centros de acogida— cuando el caso es especialmente grave. Anteriormente a la promulgación de la Ley y por sentido común de los profesionales implicados sucedía lo mismo, es decir, sólo se separan de la familia los casos más gravemente desprotegidos. De igual forma, interesa destacar que son muy pocos

los menores que pasan a otros centros de protección. El hecho de que para la mayoría de los niños, la propuesta sea la adopción o el acogimiento familiar es, sin duda, reflejo de un trabajo concienzudo y de gran interés.

La tarea a realizar en el centro de acogida es de particular relevancia, en la medida que supone encontrar una solución a las dificultades de unos menores que en otras épocas, no tan lejanas, se ligaban a la institución, en muchos casos, hasta su mayoría de edad. En la figura 7 podemos observar el destino de las bajas, es decir, la alternativa propuesta para cada uno de los niños desde 1990 hasta la actualidad.

La intervención psicológica

El modelo desde el que nos situamos para intentar entender al menor maltratado es el modelo ecológico, que tiene en cuenta varios sistemas que interactúan

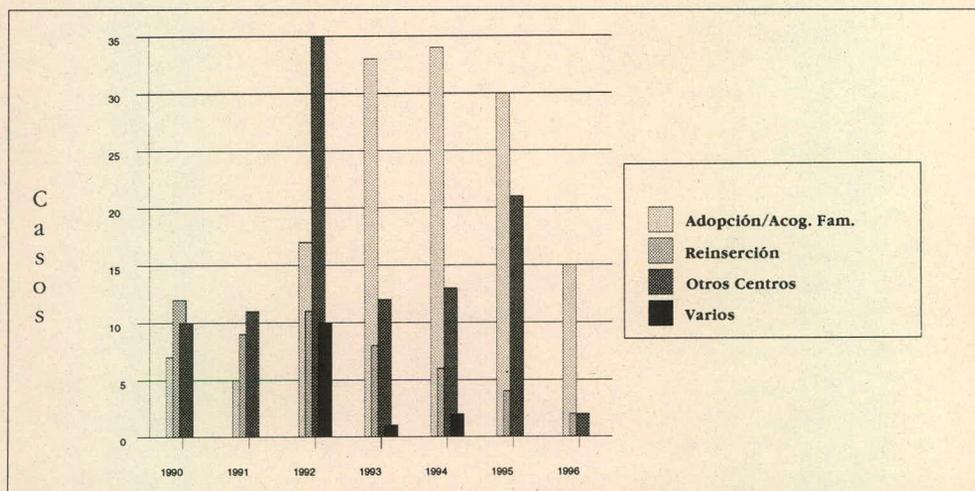


Figura 7. Número de casos según la alternativa propuesta (Adopción/Acogida familiar, Reinserción, Otros centros y Otras opciones) desde 1990 hasta 1996, habiéndose contabilizado un total de 335 casos.

entre sí (características de los padres o cuidadores, de la familia extensa, del menor, las fuerzas ambientales, las características de la comunidad concreta de donde proceden y contexto socio-cultural en el que están inmersos). La intervención, dentro de este modelo, tiene como objetivo potenciar y conservar las redes de apoyo social de la comunidad. Únicamente cuando el tejido social no disponga de mecanismos de autoayuda, la intervención psico-social lo supliría. Es en este contexto donde se incardina el trabajo del psicólogo, siempre interrelacionado con los demás miembros del equipo, y éste con los demás servicios existentes en la comunidad.

A continuación describiremos cómo se organiza el trabajo psicológico, por el orden aproximado en que realmente es llevado a cabo.

- a) Lectura del expediente.
- b) Se plantea el primer contacto con el niño.
- c) Se realizan las entrevistas con los padres.
- d) Se procede al estudio psicológico del menor.
- e) Se realiza la puesta en común con los demás miembros del equipo.
- f) El resultado de todo el proceso se plasma en la elaboración del informe psicológico.

Lectura del expediente

El primer paso es la lectura del expediente. El menor puede ingresar con un estudio bastante completo o prácticamente sin ningún dato, o con un tipo de diagnóstico u otro dependiendo de la vía con la cual el servicio de Atención al Niño

llega a tener conocimiento del caso (Saldaña, Jiménez y Oliva, 1995). Un porcentaje de menores ingresa por diligencias policiales y no traen ningún documento, por lo que hay que empezar a recabar datos e informes, tanto de los servicios sociales comunitarios de donde procede el menor como de otros servicios que conozcan el caso. Otro porcentaje ingresa procedente del hospital donde ha nacido, por observar los médicos que los padres son drogadictos; estos bebés suelen traer en su expediente un informe médico y un informe del trabajador social del hospital, así como la declaración de desamparo realizada a partir de dichos informes. Otro pequeño porcentaje ingresa a petición de los padres, con una solicitud de guarda temporal.

Por consiguiente, en el expediente nos podemos encontrar: informes de los servicios sociales comunitarios, informes médicos, informes de trabajadores sociales de hospital, declaración de desamparo, informes o comparencias realizadas en el Servicio de Atención al Niño por algún familiar o vecino e informes de la policía.

Es muy poco frecuente que se incluya algún informe psicológico específico; si existe, puede proceder del psicólogo/a de la prisión (en su caso), del psicólogo/a del centros de salud mental, del psicólogo/a de los servicios sociales comunitarios; los dos primeros suelen ser escuetos, pero aportan datos importantes de las características psicológicas del sujeto e incluso el diagnóstico específico, el tercero, de gran importancia para la resolución del caso, suele ser muy general, o psicosocial, elaborado y firmado conjuntamente por el/la trabajador/a social y el/la psicólogo/a. A este respecto queremos hacer una observación que nos pa-

rece importante: el trabajo y el informe psicológico tiene su propia metodología, técnicas e instrumentos de intervención, y requiere un informe propio, esto contribuiría a que la imagen profesional y social del psicólogo/a ocupe su propio lugar dentro de los servicios sociales, pues entendemos que una cosa es trabajar en equipo, imprescindible en todas las áreas y específicamente en esta que nos ocupa, como ya abundaremos más adelante, y otra es diluir nuestra propia identidad profesional, empobreciendo el resultado final. Una vez estudiado el expediente, nos planteamos conocer directamente al menor.

Primer contacto con el menor

El primer contacto con el niño es conveniente tenerlo antes de conocer a los padres y, si es posible, el primer día de su ingreso. Observamos cómo viene: su aspecto físico (si tiene deficiencias físicas, traumatismos a consecuencia de malos tratos, trastornos psicológicos, ya sea emocionales o afectivos, desarrollo evolutivo retardado por cuadro carencial, quemaduras, fracturas, moratones, heridas, etc, piojos, sarna, tiña, falta de higiene, color de piel pálido y sin brillo), cómo se queda en el centro -si llora o no- qué pregunta y qué cosas dice en primer lugar. Además de servir estos datos para conocer al niño, también nos ayuda para el diagnóstico de los padres la observación de la conducta del niño, sobre todo al principio de su estancia en el centro de acogida; un porcentaje muy alto de menores suelen quedarse con nosotros contentos y felices desde el primer día, mostrando sólo algo de desconcierto al principio, por ser un lugar nuevo para

ellos, en esos casos es evidente una sensación de *alivio* en los menores.

Después de estar un rato con el menor jugando y presentándonos (hay otros niños que ya nos conocen, por lo que la familiaridad se establece más rápidamente), le pedimos que se venga con nosotros al despacho, para «hablar, jugar y dibujar». Le solemos contar lo que es un psicólogo: una persona que escucha a los niños para saber lo que les pasa, los problemas que tienen y, así, poderlos ayudar.

A continuación le preguntamos por qué le han traído. Esta es una de las cuestiones que exploramos en los menores. Suelen contar con espontaneidad, cuando tienen edad para ello, la problemática de su familia: «*mi madre no tiene ni casa ni trabajo*», «*mi madre está «enganchá» y mi padre también*», «*mi madre se ha echado un novio que me pega*», «*la «secreta»* (se refiere a la policía secreta, aunque en realidad es el grupo de menores de la policía autónoma) *vino a por mí y me trajo aquí*.... Estas son algunas de las respuestas más frecuentes, a partir de las cuales vamos indagando cómo vivencia el/la menor su problemática familiar.

También les preguntamos si están a gusto aquí (en este colegio) o si prefieren irse pronto a su casa. Nos dicen con claridad que les gusta estar aquí y que no se quieren ir a su casa. Un porcentaje muy bajo expresa que les gusta este colegio «*pero me quiero ir pronto a mi casa*».

En la mayoría de niños ingresados no observamos ninguno de los síntomas de la llamada «angustia de separación», que invariablemente se da en casi todos los niños criados en ambientes normalizados. Esto es síntoma de que no existe un vínculo con las figuras parentales, pues éstas

no le suponen protección y seguridad al menor, sino miedo y angustia. También supone que la presencia de esa figura materna/paterna no ha sido constante porque suelen ser niños que cambian con frecuencia de figura «cuidadora» (una niña nos relató hasta seis domicilios).

El tipo de apego o vínculo afectivo que observamos con más frecuencia es el inseguro/desorganizado/desorientado (Oliva, 1995). En las visitas (de una hora de duración), se observan las siguientes conductas: el/la niño/a se queda inquieto/a, observando a la madre, se acerca tímidamente. La madre le suele dar «chucherías» y le besa. Al momento el niño/a, se va a jugar a otras actividades del centro, sin prestarle atención a la madre. Esta se queda hablando con alguna educadora, sin extrañarle que su hijo/a no esté con ella. Parece que ambos no saben qué hacer juntos. Esta pauta se repite varias veces a lo largo de la visita. Es excepcional que muestren angustia o lloren en la despedida. En los casos más graves de maltrato, los menores suelen mostrar conductas regresivas y más deterioradas después de las visitas.

Entrevista con los padres

Las entrevistas con los padres son otro instrumento importante a utilizar en el proceso de la intervención psicológica. Las entrevistas siempre se deben plantear por separado al principio, nunca conjunta la primera vez, (Arruabarrena y De Paúl, 1995) pues las relaciones entre ellos pueden ser de encubrimiento mutuo o de temor de uno hacia el otro y muchos datos no saldrían a la luz si no se entrevistaran a las personas por separado, garantizándoles además el secreto pro-

fesional, con actitud tolerante, honesta, sin recriminar ni emitir juicios de valor.

El mensaje que debemos dar es que estamos allí como profesionales para ayudar, apoyar y orientar a la familia. Es importante observar los siguientes aspectos:

- El aspecto físico, pues nos da idea de cómo es la persona y el grado de autocuidado que mantiene.
- El grado de angustia por la separación de su hijo/a: muy rara vez preguntan cómo está su hijo, cómo ha pasado la noche, si llora o come bien, etc.
- El nivel de empatía que establecen con el entrevistador.
- Si se muestra colaborador o niega sistemáticamente todo.
- La capacidad para comprender la situación y la motivación para cambiarla.

En primer lugar, se sugiere que cuenten como viven ellos el problema: por qué están aquí los niños («*cuéntenos Vd. por qué está aquí el niño*») y cómo fue la retirada del menor. Es evidente que ya conocemos el tema, pero nos interesa investigar cómo lo vivencian los padres: unos lo viven como algo violento, otros colaboran e incluso acompañan a los menores hasta el centro de acogida, otros niegan todo y expresan que no tienen ni idea de porqué les han retirado a sus hijos.

Cuando se les pregunta *cuál es su problema familiar*, un porcentaje suelen centrarlo en el problema económico, negando y ocultando las patologías propias: alcoholismo, drogodependencias, etc... Se intenta un trabajo de aceptación

de su problemática con objeto de poder orientar e iniciar el tratamiento familiar adecuado. Es importantísimo en este tipo de intervenciones el contrastar todos los datos, ya que la desconfianza y la falta de conciencia del problema es habitual. Otro porcentaje reconocen sus dificultades y piden orientación y ayuda. En coordinación con su zona de trabajo social de procedencia, se les proporciona toda la información y apoyo disponible y se colabora en agilizar sus demandas (cita para iniciar tratamiento de desintoxicación, para planificación familiar, búsqueda de plazas escolares para otros hijos, trámites para ingresar en residencias especializadas madre-hijo, etc.).

Es interesante indagar la *historia familiar* remontándonos hasta la tercera generación: abuelos, padres e hijos. Aunque esos datos ya los toma la trabajadora social o están recogidos en los informes del expediente, interesa que ellos nos lo cuenten, porque así investigamos: *a)* si son capaces de reconstruir su propia historia, *b)* si la memoria a corto y largo plazo se conserva, así como la capacidad de juicio y el pensamiento abstracto, y *c)* la relación que tiene con su propia familia de origen. Es frecuente encontrar en los padres una historia de maltrato, de largos años de institucionalización y de graves carencias afectivas (Powell, Cheng y Egeland, 1995).

A continuación se indagan las *expectativas hacia el hijo*: si fue deseado o no, planificado o no (una gran mayoría de progenitores de menores acogidos en el centro se han casado porque ella se ha quedado embarazada). Pueden existir unas expectativas hacia el hijo poco realistas, en cuanto que el menor llenará un vacío afectivo y unas necesidades emocionales

que compensarán las privaciones de la infancia de los padres (esto es muy frecuente en las madres alcohólicas, en las que observamos que el hijo es para ella todo lo que no tiene: pareja, confidente, madre, padre). Otras veces, el hijo se concibe como «salvador» (por ejemplo, por parte de muchos toxicómanos: «*El me dará la motivación para dejar la droga*») o como medio de retener a su pareja.

El siguiente aspecto a investigar son las habilidades, creencias y prácticas de disciplina familiar. Se pregunta también acerca de la disponibilidad o no de *sistemas de apoyo*, ya sean otros familiares, vecinos u otros recursos dentro de la comunidad (ADIMA, 1993).

Psicopatologías a investigar en la entrevista con los padres

Enumeramos las más importantes aunque existen e investigamos otros trastornos de personalidad y determinadas características psicológicas de gran importancia para evaluar las habilidades maternas/paternas y poder emitir un pronóstico.

Capacidad intelectual

En muchos casos nos encontramos con un retraso mental leve o moderado. Psicológicamente, hemos de decir que un retraso de este tipo *incapacita* para ejercer la función de madre adecuadamente, ya que la educación es una actividad compleja que en absoluto pueden llevar a cabo las personas con retraso, a no ser que cuenten con la supervisión y el apoyo de un familiar que compense las carencias materna/paternas.

Distinto es que esta persona viva en compañía de algún familiar que pueda suplirle en esa función. El *deterioro* de

dicha capacidad ya sea por alcoholismo, drogodependencias o enfermedad mental, es otro aspecto importante para investigar.

Drogodependencias

Un porcentaje muy alto de casos nos llegan por esta problemática. Suelen ser casos muy cronificados, con una media de diez años de consumo. Suelen tener ya otros hijos, en acogimiento con familia extensa o en adopción. A pesar de ello, iniciamos, un trabajo con los padres que tiene como objetivo la recuperación de los mismos. Al tiempo se indaga, de común acuerdo con aquéllos, la existencia de figuras dentro de la familia extensa que puedan hacerse cargo del menor o los menores.

Alcoholismo

El alcoholismo paterno mientras la madre no consume, trae como consecuencia una serie de riesgos que debemos tener muy en cuenta, pero el *alcoholismo materno*, que cada vez es más frecuente, es todavía más dañino para el menor porque se detecta tarde, porque la madre suele beber a escondidas, o porque los profesionales no están entrenados para diagnosticarlo y suele pasar desapercibido o nó se le da la importancia que realmente tiene. Una madre embriagada es un riesgo grave para el hijo: es un factor de maltrato psicológico seguro y de maltrato físico con riesgo de muerte muy probable (estas muertes suelen pasar como «accidentes»). La ayuda de otros familiares y/o vecinos en la investigación de dicha patología, en su aceptación y tratamiento, es muy importante.

Enfermedad mental grave

Nos referimos a las llamadas psicosis (esquizofrenias y psicosis maniaco-

depresivas). Al igual que las anteriores patologías reseñadas, incapacitan para ejercer la función de madre/padre. Se debe buscar en la familia extensa figuras sustitutas. Este tipo de patologías suelen venir ya diagnosticadas. El problema que nos encontramos es que el informe del psiquiatra suele concluir que es conveniente que el enfermo/a siga en contacto con su hijo/a, a pesar del grave riesgo físico y psicológico que esto supone para el menor, constatado por los servicios sociales comunitarios y por los especializados; estos dos servicios tienen muchos más datos de la conducta cotidiana del sujeto y de su entorno, y un mayor conocimiento de la psicología evolutiva del menor, por lo que sus conclusiones son muy distintas a las del médico psiquiatra, más centrado en su propio paciente. Afortunadamente, es poco frecuente este tipo de psicopatología en la casuística del centro de acogida.

Trastornos de personalidad

Este tipo de patología, sobre todo la personalidad antisocial, muy frecuente en nuestra casuística, supone que el sujeto no es capaz de soportar las frustraciones, y por consiguiente, no tiene capacidad para anteponer las necesidades de los hijos a las suyas propias. Son personas que presentan unas características de apatía, frialdad afectiva, ausencia de dolor por la separación, expresan el deseo de internar al hijo/s, pues lo viven como un obstáculo para sus planes de vida. Este trastorno suele ir asociado a otros: alcoholismo, prostitución, drogadicción.

La intervención del psicólogo es de especial relevancia en la investigación de estos temas, así como en la orientación para su tratamiento.

Entrevistas con otros familiares

Se plantean de un modo similar a las realizadas con los padres. Aquí nuestro objetivo es doble: a) conocer sus características psicológicas y b) que nos aporten datos sobre los padres del menor y sobre éste.

Son de gran importancia, pues suelen aportar una serie de datos muy valiosos: pueden *corroborar* una historia en el menor de malos tratos que los padres no han relatado por ser ellos los inflingidores, aportan también detalles sobre la infancia de los padres que nos ayuda en el diagnóstico de éstos y, sobre todo, investigamos la disponibilidad e idoneidad dentro de la familia extensa de otras figuras que puedan ejercer el papel de padres para el menor desprotegido, ya sea temporalmente mientras los padres inician y completan el tratamiento adecuado, o permanentemente, si el pronóstico de las patologías detectadas es claramente negativo o la evolución del caso así lo estima.

Con mucha frecuencia, la familia extensa ha presenciado los malos tratos hacia el menor y desea que se le proteja de forma adecuada. La aceptación de la adopción cuando ella no puede hacerse cargo del/de los menor/es es cada vez más frecuente, teniéndolos como aliados en la preparación de los niños para esta alternativa.

Pruebas psicológicas realizadas a los padres

No se pasan en todas las ocasiones, pues cuando los datos existentes son suficientes, claros, y bien demostrados, no tenemos por qué violentar a los padres o someterlos a pruebas que no les van a

reportar ni a ellos ni al menor ningún beneficio. Pero en algunos casos, hay que cerciorarse de datos que en las entrevistas ya hemos constatado: Retraso mental, deterioro mental por alcoholismo, personalidad antisocial o gravemente neurótica.

Los cuadros *psicóticos* no revisten dificultad pues suelen estar ingresados o han tenido algún ingreso previo en unidades de psiquiatría, con lo cual se piden informes y es suficiente. Hay que tener una batería de pruebas que cada uno de los profesionales maneje y sepa extraer de ella la máxima información posible. La que se maneja en el Centro está integrada por las siguientes pruebas: WAIS, Bender, Rorschach, y diversos cuestionarios de personalidad (PNP, EPQ-A, y el CEP de Pinillos), aunque existen otras en el mercado que pueden ser igualmente útiles.

Estudio psicológico del menor

Cuando nos enfrentamos al estudio en profundidad del menor, ya tenemos una primera visión de éste (en las primeras observaciones y en la primera entrevista), y bastantes datos de la familia (estudio del expediente, entrevista con padres y familiares, con las educadoras del menor y con otros profesionales). Ahora nos interesa conocer los siguientes aspectos:

- Cómo va evolucionando el menor y cómo es su adaptación al centro de acogida.
- Cuál es su estado evolutivo cognitivo y emocional, tanto a su ingreso como posteriormente.
- Vínculos existentes con sus padres, hermanos y otros familiares.

- Vivencias de situaciones familiares, en especial de las maltratantes.
- Consecuencias psicopatológicas de estas situaciones en el menor.
- Reversibilidad o no de las mismas.
- Pronóstico.

Los instrumentos privilegiados para recabar estos datos son: la entrevista de juego y la observación directa e indirecta. Otras pruebas complementarias son: pruebas de lápiz y papel (dibujo libre, dibujo de la figura humana y dibujo de la familia), test de inteligencia (WIPPSI, WISC, Bender) y tests proyectivos (CAT, Pata negra). Para los bebés y los niños hasta los cuatro años, las escalas de desarrollo de Brunet-Lézine y de Denver.

Puesta en común con los demás miembros del equipo

Es una parte del trabajo importantísima porque enriquece el estudio proporcionando más datos, y da seguridad en las líneas de investigación que se siguen. Esta puesta en común es informal (cada vez que se necesita, con la trabajadora social, educadoras, profesora, coordinador, etc...) y formalizada cada quince días, en que se tiene una reunión en el centro de acogida. Igualmente, se coordina la actuación sobre el menor con otros servicios que han intervenido o siguen interviniendo (servicios sociales comunitarios, centros de salud, servicio de atención al niño, centros de drogodependencias, etc.). Todo ello para conseguir que los procesos de evaluación y valoración así como la toma de decisiones se realice con los criterios más amplios posibles (Ochaita, 1995).

Elaboración del informe psicológico

Puesto que el Servicio de Atención al Niño, basándose en todos los informes que le llegan, ha de tomar la decisión sobre el menor que crea más conveniente para éste, la redacción de aquellos deben ser lo más detallada y exhaustiva posible. Adjuntamos un modelo de informe que puede servir de ejemplo, aunque en cada ocasión hay que adaptarlo al caso concreto (ver figura 8).

Reflexiones finales

La intervención psicológica en un centro de acogida tiene unas connotaciones específicas que no se dan en otros servicios:

- Cuando ingresa el menor es porque otras instancias ya han decidido que se le debe separar de la familia para protegerlos (la policía, los servicios sociales comunitarios, el hospital, los propios padres al solicitar la guarda...), por lo cual, las situaciones psicológicas sobre las que tenemos que actuar son muy graves.
- Todo el proceso de estudio-intervención está orientado a tomar decisiones sobre el futuro del menor. Por este motivo, el estrés de los profesionales es muy alto.
- Tanto el trabajo (psicológico, social, educativo) como la toma de decisiones no se hace jamás de forma aislada, sino que intervienen en todo el proceso todas las instituciones que han tenido conocimiento del caso y las que siguen actuando (centros de servicios sociales comu-

Informe psicológico de:
Emitido por:
Dirigido a:
Motivo del informe:
Fecha de nacimiento del menor:
Fecha de ingreso en el Centro de Acogida:
Fecha del informe:

1.- RESUMEN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR

2.- EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA REALIZADA A LOS PADRES:

- 2.1.- Metodología empleada: Entrevistas, test, observaciones, etc.
- 2.2.- Resultados de la exploración psicológica realizada a los padres:
 - Resumen de las entrevistas realizadas.
 - Conclusiones de dichas entrevistas.
 - Resultados de los test realizados.
 - Valoración diagnóstica.
 - Pronóstico.

3.- RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA REALIZADA A OTROS FAMILIARES

4.- EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA DEL MENOR:

- 4.1.- Metodología empleada:
 - Observación del menor desde su ingreso en el centro de acogida.
 - Entrevista de juego con el menor.
 - Test psicológicos realizados.
 - Entrevistas con los educadores que atienden al menor en su vida cotidiana.
 - Observación de las visitas realizadas al menor.
- 4.2.- Resultados de la exploración psicológica realizada al menor:
 - Estado evolutivo físico, cognitivo y emocional.
 - Vínculos existentes con sus padres, hermanos y otros familiares.
 - Vivencias de las situaciones familiares vividas, en especial de las maltratantes.
 - Consecuencias psicopatológicas.
 - Pronóstico.

5.- CONCLUSIONES

6.- VALORACIÓN FINAL

Figura 8. Modelo de informe psicológico para remitir al Servicio de Atención al Niño.

nitarios, centros de drogodependencias, centros de salud, etc.), además de una interrelación continua de todos los profesionales que forman el equipo del centro de acogida, sin menoscabo de la propia responsabilidad de cada uno.

- Otra característica específica del centro de acogida es que la casuística que atiende es, en general, la parte de la población infantil maltratada más grave e irreversible.
- Por último, señalar que la *propuesta final* sobre el menor siempre la toma

otra instancia: el Servicio de Atención al Niño de la Junta de Andalucía, lo que supone una garantía más de que la alternativa propuesta y decidida para el menor está suficientemente contrastada, razonada y justificada. Como se ha dicho, hay informes de los servicios sociales comunitarios, de los centros de salud y/o hospitales, de los centros de drogodependencias, informes policiales, además de los tres informes de nuestro equipo: el informe social, el informe educativo y el informe psicológico, de cuyo proceso de elaboración hemos querido dar una visión general en este artículo.

Referencias

- ARRUABARRENA, M.I. y DE PAÚL OCHOTORENA, J. (1995). *Manual de Protección Infantil*. Barcelona: Toray-Mason.
- ASOCIACIÓN ANDALUZA PARA LA DEFENSA DE LA INFANCIA Y LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO (ADIMA) (1993). *Guía de atención al maltrato infantil*. Sevilla: ADIMA.
- B.O.E. nº 275 17/11/87: Ley 21/1987, de 11 de noviembre de Modificación del Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento en materia de adopción y otras formas de protección de menores.
- B.O.E. nº 15, 17/01/96: Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la ley de Enjuiciamiento Civil.
- B.O.J.A. nº 78, 7/10/88: Decreto 281/1988, de 13 de septiembre, por el que se establecen las medidas para la aplicación en Andalucía de la ley 21/87, de 11 de noviembre.
- DOCUMENTACIÓN DEL SERVICIO DE INFANCIA Y FAMILIA DE LA DIPUTACIÓN DE SEVILLA. (Años 1990 a 1996).
- DOMENECH, R., COLOMER, M. y PORCEL, A. (1996). Aplicación de la metodología y técnicas avanzadas en la gestión de un centro de urgencias para infancia maltratada. *VIII Congreso Estatal de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales*. Sevilla: Colegio de Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Sevilla.
- JIMÉNEZ, J., MORENO, M^a C., OLIVA, A., PALACIOS, J. y SALDAÑA, D. (1995). *El maltrato infantil en Andalucía*. Junta de Andalucía. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Atención al Niño.
- MORENO, M^a C., JIMÉNEZ, J., OLIVA, A., PALACIOS, J. y SALDAÑA, D. (1995). Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza. *Infancia y Aprendizaje*, 71 (Monográfico sobre El Maltrato Infantil), 33-47.
- OCHAITA, E. (1995). La atención a la infancia en dificultad social en el contexto de las políticas de Infancia. *Bienestar y Protección Infantil*, 1, 39-50.
- OLIVA, A. (1995). Estado actual de la teoría del apego. *Apuntes de Psicología*, 45, 21-40.
- PALACIOS, J. (1995). Los datos del maltrato infantil en España: Una visión de conjunto. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 69-76.
- PALACIOS, J. MORENO, M^a C. y JIMÉNEZ, J. (1995). El maltrato infantil. Concepto, tipos, etiología. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 7-22.

POWELL, J.L., CHENG, V.K. y EGELAND, B. (1995). Transmisión del maltrato de padres a hijos. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 99-110.

SALDAÑA, D., JIMENEZ, J. y OLIVA, A. (1995). El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expe-

dientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 59-68.

TINAJERO, V. (1995). Atención específica a los menores desde el Centro de Primera Acogida. *IV Congreso Estatal Infancia Maltratada*. ADIMA. Sevilla.