

ESTUDIO PARA LA MEJORA DEL SERVICIO A FAMILIAS Y MENORES DE LOS EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR DE LA DIPUTACIÓN DE JAÉN

PRESENTACIÓN

La presentación de este estudio cuyo objetivo es mejorar el servicio a familias y menores de los Equipos de Tratamiento Familiar de la Diputación de Jaén, es muy gratificante. Este trabajo, realizado por los y las profesionales de estos equipos, viene a poner de manifiesto la inquietud profesional constante por mejorar y avanzar en el buen hacer, y también la importancia de tener presente en la labor diaria la acción evaluadora, como motor indispensable para avanzar en la línea correcta, con paso firme, para ayudar a las familias, y a los y las menores y adolescentes en la superación de sus dificultades.

El Programa de Tratamiento Familiar se circunscribe al marco del Sistema de Protección a la Infancia, y es de carácter eminentemente preventivo, puesto que por un lado pretende evitar la adopción de medidas protectoras que implican la separación del niño o la niña de su contexto más natural, la familia, y por otro, que cuando haya sido inevitable llevar a término esta separación, la reunificación familiar sea posible y pueda regresar a casa en el menor tiempo.

Es un hecho que la presencia de los Equipos de Tratamiento Familiar en los Servicios Sociales se ha ido consolidando poco a poco, quedando superadas las discrepancias iniciales, fruto del proceso de acoplamiento entre los equipos de intervención familiar de los Servicios Sociales Comunitarios y los equipos de tratamiento familiar como servicio terapéutico especializado, constituyendo en la actualidad un recurso reconocido y necesario, muestra de ello es la apuesta firme que desde la Diputación de Jaén se mantiene año tras año desde su constitución.

Este estudio, que sin duda deja abiertas otras posibles líneas de estudio e investigación, viene a confirmar, como sus resultados indican, el beneficio que reporta la intervención terapéutica en los y las menores y adolescentes en particular, y en la familia a la que pertenecen en general.

Es la familia el primer sistema de socialización en el que se moldean comportamientos de los y las menores, y es una fuente de salud social, siempre que desde dicho sistema se ejerzan sus funciones básicas de una manera adecuada. No obstante la familia es una red natural que atraviesa diferentes fases en su

desarrollo que suponen crisis naturales que van a conducir a que la familia se transforme, crezca, madure o se rompa. Aun más complicado es para aquellas que son objeto de este programa, puesto que se ven sometidas a diferentes situaciones de estrés añadido (problemas con la familia de origen, dificultades de integración en la comunidad, escasez de recursos económicos y/o dificultades para la incorporación laboral, transmisión intergeneracional de la disfuncionalidad etc.) Todo ello sitúa a los y las profesionales ante una intervención que es tan compleja como apasionante, pero que en cualquier caso exige de un especial compromiso profesional.

Por todo ello deseo expresar mi más sincero agradecimiento por la implicación activa en la mejora y en la promoción del bienestar de la infancia y de la familia, de las personas que con su profesionalidad lo hacen posible, así como reconocer el importante papel y la enorme responsabilidad de los y las profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios y de los Equipos de Tratamiento Familiar en la protección y defensa de la infancia y adolescencia en la provincia de Jaén.

M^a Eugenia Valdivielso Zarrías.

Diputada de Igualdad y Bienestar Social

1. INTRODUCCIÓN

"Los sentimientos de valor sólo pueden florecer en un ambiente donde las diferencias individuales son apreciadas, los errores son tolerados, la comunicación es abierta y las reglas son flexibles - el tipo de atmósfera que se encuentra en una familia que nutre."

Virginia Satir, psicoterapeuta familiar.

1.1. MARCO LEGISLATIVO

Los Poderes Públicos, por imperativo legal, tienen que garantizar la protección y cuidados necesarios de las personas menores de edad, asegurando su bienestar y desarrollo integral.

A nivel internacional, nacional y autonómico se van recogiendo, desde principios del siglo XX, diferentes normativas que recogen los derechos de la infancia y adaptan la legislación para actuar conforme a estos derechos.

A nivel internacional destacar la **Declaración de los Derechos del Niño** de 1959, pasando por la **Convención de Derechos de la Infancia** de 1989, ratificada por el Estado Español el 30 de noviembre de 1990.

A nivel estatal, la **Constitución Española de 1978**, que se constituye como el marco desde el que se proporciona una especial protección a la infancia y a la familia. En base a ella se han promulgado diferentes normas:

- **Ley 21/1987, de 11 de noviembre**, que introduce cambios significativos en el ámbito de la protección del menor, la sustitución del concepto de abandono por otro mucho más amplio de desamparo, se recoge la figura del acogimiento como nueva institución jurídica y se regula el nuevo régimen de adopción. Potencia el papel de las entidades públicas y reduce la intervención judicial.

- **Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal**, recoge los delitos contra los derechos y deberes familiares.

- **Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor**, amplía el marco jurídico de protección, que vincula a todos los poderes públicos, a las instituciones relacionadas con menores, a los padres y familiares y a los ciudadanos en general. Se reforman las instituciones de protección y se introducen conceptos clave como situación de riesgo y desamparo.

- **Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores**. Sitúa la mayoría de edad penal en los 18 años y concreta para los hechos considerados delitos o faltas en los menores las medidas aplicables, el procedimiento, los recursos, la responsabilidad civil y la ejecución de las medidas.

- **Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local**, atribuye a los municipios competencias en materia de prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social. Esta Ley quedó modificada parcialmente por la **Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local**.

- **Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio y la Ley 26/2015 de 28 de julio, de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia**. La reforma del sistema de protección se materializa en dos leyes, puesto que todo lo que afecta a derechos fundamentales y libertades Públicas debe de ser aprobado por Ley Orgánica, como por ejemplo la regulación de cuestiones como el internamiento en centros en casos de

trastorno de conducta o la entrada en domicilio para la ejecución de medidas de protección. Las demás cuestiones son reguladas por Ley ordinaria.

La nueva normativa distingue entre infancia y adolescencia haciendo notar que no es lo mismo la protección que necesitan los adolescentes que la que precisan los niños y niñas de corta edad.

A nivel autonómico:

- **Ley 6/1981 del Estatuto de Autonomía para Andalucía**, donde se recogía la asunción de competencias exclusivas en materia de asistencia y servicios sociales, y en materia de instituciones públicas de protección y tutela de menores. Con la **Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía**, se sigue reconociendo el derecho de los menores a recibir de los poderes públicos de Andalucía la protección y atención integral necesarias para el desarrollo de su personalidad y su bienestar.

- **Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía**, regula y garantiza un sistema público de Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma, siendo una de sus áreas la promoción del bienestar de la familia, infancia y adolescencia. Establece los niveles de responsabilidad y funciones de cada administración en el ámbito de los servicios sociales, correspondiendo, entre otras, a las Corporaciones Locales la prevención, información y reinserción social de los menores, la detección de menores en situación de desprotección, la intervención en los casos que requieran de actuaciones en el medio e intervenir y aplicar las medidas oportunas en las situaciones de riesgo.

- **Decreto 11/1992, de 28 de enero, que regula y establece la Naturaleza y Prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios**. Las actuaciones se dirigen a la prevención, detección y la intervención para lograr el bienestar social de los ciudadanos, concretando las prestaciones de Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento, Servicio de Cooperación Social, Servicio de Ayuda a Domicilio, Servicio de Convivencia y Reinserción Social y las Prestaciones Complementarias.

- **Orden de 13 de Abril de 1998 por la que se regulan las ayudas económicas familiares y su gestión mediante la cooperación entre la Junta de Andalucía y las Corporaciones Locales de su territorio**. Dirigidas a cubrir las necesidades básicas de los menores a cargo de las familias, son prestaciones temporales, de carácter preventivo, dinerarias o en especie. Su finalidad es la reducción, prevención o supresión de factores que crean dificultad social para los menores, con el objeto de evitar su institucionalización y facilitar su integración familiar y social. Con la **Orden de 10 de octubre de 2013, que regula las Ayudas Económicas Familiares y su gestión mediante la cooperación entre la Junta de Andalucía y las Entidades Locales**, se deroga la anterior y se amplía la cobertura de estas ayudas a toda la población, no solo a las familias objeto de Programa de Intervención Familiar (PIF) o Programa de Tratamiento Familiar (PTF).

- **Ley 1/1998 de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor**. Marco jurídico de promoción y protección de los derechos de los menores. Explicita los principios rectores de las actuaciones públicas y privadas. A través de esta ley se conforma el Sistema de Atención a la Infancia en Andalucía. Articula la

colaboración y cooperación entre distintas administraciones públicas para garantizar los derechos de los menores.

Establece que a la Junta de Andalucía compete la planificación, coordinación y control de los servicios, actuaciones y recursos relativos a la protección de los menores en Andalucía.

A las Delegaciones Provinciales de la antigua Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, hoy Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, a través de los Servicios de Atención al Niño, corresponden todos los expedientes de protección. Los Servicios de Atención al Niño han experimentado una transformación organizativa en relación a los puestos de trabajo, su número y estructura.

A las corporaciones locales corresponden las actuaciones de prevención, información y reinserción social respecto a menores, la detección de menores en desprotección y la intervención.

Esta ley concreta cuáles han de ser los criterios de actuación en cualquier intervención en materia de menores y define las situaciones de riesgo.

Contempla la creación de la figura del Defensor del Menor y una serie de órganos colegiados: el Consejo Regional y los Consejos Provinciales de la Infancia, el Consejo Andaluz de Asuntos de Menores, el Observatorio de la Infancia en Andalucía. También designa a la Dirección General de Infancia y Familias como centro directivo al que corresponden funciones relativas a adopción, acogimiento y otras formas de protección, la ordenación de recursos destinados a infancia y familias, ayudas económicas, programas específicos y centros de atención socioeducativa, principalmente.

Tras ello el Servicio de Atención al Niño se diversifica en dos servicios distintos, el de Prevención y Apoyo a la familia (seguimiento y coordinación de programas de prevención y apoyo a la familia), y el de Protección de Menores (tutela, acogimiento y adopción, así como la gestión y supervisión de los centros de menores).

Como consecuencia de la distribución de competencias de la Ley 1/1998 y de otros mandatos legales para la protección a la infancia, se fomentan las medidas de prevención y las actuaciones dirigidas a evitar la separación familiar del menor y se pone en marcha el Programa de Intervención con Familias Desfavorecidas y en Situación de Riesgo Social, a través de la **Orden de 13 de julio de 2000**. Su finalidad principal es preservar los derechos y el desarrollo integral de los menores en situación de riesgo, evitando la separación de la familia mediante un tratamiento específico e integrador, que permita la adquisición de pautas rehabilitadoras. Para ello se articulan una serie de ayudas económicas dirigidas a los ayuntamientos andaluces, con población igual o superior a 50.000 habitantes, para la constitución de equipos multidisciplinares.

Progresivamente, y fruto de una experiencia que avanza positivamente, este programa se va consolidando y creciendo. Así, **con fecha 31 de octubre de 2001, se publica una Orden de la Consejería de Asuntos Sociales** por la que se amplía el número de equipos de tratamiento familiar en municipios con población entre 180.000 y 400.000 habitantes.

En 2002 se publica la Orden de 10 de mayo, para revisión y ajuste de algunos aspectos del programa que pasa a denominarse de Tratamiento a Familias con Menores y se amplía la cobertura del programa a municipios de más de 20.000 habitantes.

En 2003 se publica Orden de 25 de marzo por la que se extiende el programa a las Diputaciones Provinciales, culminándose la implantación en toda la comunidad andaluza.

En 2005 la Orden de 20 de junio, que adecua el procedimiento y ajusta algunos aspectos técnicos del mismo, establece las bases para otorgar subvenciones a las corporaciones locales para la realización del programa de tratamiento a familias con menores y deroga las anteriores.

Decreto 494/2015, de 1 de diciembre, por el que se regula y gestiona el Programa de Tratamiento a Familias con Menores en situación de riesgo o desprotección, que por un lado pretende reafirmar este Programa y por otro modificar el sistema de financiación actual en base a subvenciones por un sistema de transferencias a las Entidades Locales.

"La familia es la unidad fundamental de la sociedad, así como la raíz de la cultura. Es una fuente perpetua de fomento, promoción, garantía y emocional reabastecimiento de combustible que permite a un niño o niña para aventurarse con confianza en el gran mundo y llegar a ser todo lo que puede ser."

Marianne Neifert, pediatra, en Dr. Mom's Parenting Guide.

1.2. MARCO TEÓRICO

El modelo sistémico de intervención familiar hunde sus raíces en una epistemología muy rica, destacando la Teoría de la Comunicación (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967), la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1954) y la Cibernética (Wiener, 1948).

Desde este modelo no se considera la patología como un conflicto del individuo, sino como una patología de la relación. La terapia familiar desplaza el interés de las teorías psicológicas tradicionales del individuo al sistema; de lo intrapsíquico a lo interpersonal.

El foco de la intervención sistémica ya no es el individuo como supuesta fuente de la patología, sino las características de la organización del sistema en el que el motivo de demanda tiene sentido. Se puede definir **sistema** como un conjunto de elementos en interacción dinámica en función de una finalidad (Hall y Fagen, 1956). De esta forma, desde este modelo teórico se considera a la familia como un sistema en el que todos sus miembros son interdependientes; por tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los demás miembros. Un síntoma de cualquier miembro de la familia en un momento determinado se ve como expresión de un sistema familiar disfuncional. Para comprenderlo se debe entender no solo a su portador, sino también a su sistema, ya que cumple la función de mantener el equilibrio del mismo.

El síntoma tiene valor de comportamiento comunicativo y es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente identificado. La terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas con el fin de facilitar nuevas formas de relación.

Las Escuelas más representativas de terapia familiar son las siguientes:

- **Escuela Estratégica:** Los autores de esta Escuela ponen el acento en la funcionalidad del síntoma, en la utilidad de la conducta disfuncional para el mantenimiento de la homeostasis familiar. La meta terapéutica fundamental es la de introducir alguna variación en esta funcionalidad, para que el síntoma deje de estar al servicio del sistema.
- **Escuela Estructural:** El objetivo terapéutico es la reorganización de la estructura familiar. Los estructuralistas se fijan más en el patrón interaccional que en el síntoma. El síntoma se explica como la respuesta de defensa de un organismo; todos los organismos cuando se ven sometidos a determinadas circunstancias reaccionan adaptándose al cambio y estas conductas de adaptación pueden llegar a ser los síntomas.
- **Escuela de Milán:** Uno de los conceptos fundamentales de esta Escuela es el de “juego relacional”. Las relaciones familiares se pueden considerar como vínculos entre vencedores y vencidos, entre quien obtiene una ganancia y quien debe pagar el precio. El objetivo de la intervención es modificar las reglas del juego familiar para tornar la interacción a una modalidad más funcional.

1.3. EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES

El Programa de Tratamiento a Familias con Menores está inscrito en el marco del Sistema de Protección a la Infancia que definen tanto la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor, como el posterior desarrollo normativo e institucional que se deriva de la misma. Este Programa tiene un carácter eminentemente preventivo, con dos modalidades de intervención:

- **PROGRAMA DE RIESGO.** Familias en cuyo seno se encuentran menores en situación de riesgo social. Desde los Servicios Sociales Comunitarios, o desde el Servicio de Protección de Menores, se ha detectado que existen carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas que los y las menores precisan para su correcto desarrollo físico, psíquico y social. Se hace necesario introducir cambios en su manera de funcionar para evitar la previsible adopción de medidas de protección de continuar las mismas circunstancias familiares. Se valora que con un tratamiento específico, integral, interdisciplinar e integrador se permitirá la adquisición de pautas rehabilitadoras que compensen la situación de riesgo social que afecta directa o indirectamente al bienestar de los menores.
- **PROGRAMA DE REUNIFICACIÓN.** Familias en las que se han adoptado medidas de protección con los o las menores; por tanto han sido separados de su medio familiar para garantizar su bienestar, estableciéndose la reunificación familiar (retorno de los menores con su familia) como la alternativa prioritaria a considerar. Para ello el ETF desarrolla y ejecuta intervenciones técnicas y terapéuticas para procurar dicho retorno del menor con su familia.

Los EQUIPOS DE TRATAMIENTO FAMILIAR están formados por Psicólogo/a, Trabajador/a Social y Educador/a Especialista, encargados de diseñar e implantar intervenciones terapéuticas específicas para cada familia, con un funcionamiento interdisciplinar, en la que cada miembro desarrolla tanto las funciones que son específicas de su perfil profesional como las inherentes al trabajo en equipo, implicándose en todas las fases del proceso de intervención con las familias:

- Presentación de la familia a las y los profesionales ETF, por parte del servicio derivante.
- Etapas del proceso de tratamiento familiar:
 - ♦ Evaluación familiar global con la que se identifican los factores e indicadores de riesgo y maltrato así como los factores de compensación o protección de la propia familia, siendo entendida como una evaluación continua a lo largo de todo el proceso.
 - ♦ Diagnóstico psico-social y educativo.
 - ♦ Planificación y ejecución de un Proyecto de tratamiento familiar personalizado.
 - ♦ Finalización de la intervención terapéutica.
 - ♦ Establecimiento de actuaciones de seguimiento, si procede.
 - ♦ Cierre del Proyecto de tratamiento.

El perfil de las familias que acceden a este contexto terapéutico reúne alguna o varias de las siguientes características:

- Tienen menores a su cargo que se encuentran en una situación de riesgo social.
- Son monoparentales, con niños, niñas o adolescentes en situación de dificultad social.
- Se han detectado situaciones de desprotección que afectan directamente a los y las menores a su cargo.
- Tienen menores con los que se ha adoptado una medida de protección y existen posibilidades de retorno.

1.3.1. EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO A FAMILIAS CON MENORES EN LA DIPUTACIÓN DE JAÉN

Los profesionales de Diputación de Jaén en los Equipos de Tratamiento Familiar inician su andadura tras la suscripción del Convenio de Colaboración entre la antigua Consejería de Igualdad y Bienestar Social y la Diputación de Jaén con fecha 3 de noviembre de 2003. En sus inicios se formaron cuatro equipos, que resultaron claramente insuficientes para dar cobertura a todo el territorio.

En el convenio de fecha 3 de noviembre de 2006 pasaron a constituirse seis equipos, los cuales se mantienen a fecha actual. Las zonas de actuación son las correspondientes a los ámbitos de influencia de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios de Alcaudete, Arjona, Bailén, La Carolina, Huelma, Jódar, Mancha Real, Peal de Becerro, La Puerta de Segura, Torredelcampo y Villacarrillo.

Concretamente cada equipo atiende a los siguientes municipios, y sus anejos:

ETF TORREDELCAMPO-ARJONA

ARJONA
ARJONILLA
VILLARDOMPARDO
LA HIGUERA
ESCAÑUELA
PORCUNA
MARMOLEJO
LOPERA
TORREDELCAMPO
TORREDONJIMENO
LOS VILLARES
FUENSANTA DE MARTOS
SANTIAGO DE CALATRAVA
HIGUERA DE CALATRAVA
FUERTE DEL REY
JAMILENA

ETF LA PUERTA DE SEGURA-VILLACARRILLO

VILLANUEVA DEL ARZOBISPO
VILLACARRILLO
IZNATORAF
BEAS DE SEGURA
ARROYO DEL OJANCO
LA PUERTA DE SEGURA
ORCERA
BENATAE
PUENTE GÉNAVE
GÉNAVE
VILLARODRIGO
SEGURA DE LA SIERRA
SANTIAGO PONTONES
SILES
HORNOS DE SEGURA
TORRES DE ALBANCHEZ

ETF ALCAUDETE-HUELMA

ALCAUDETE
CASTILLO DE LOCUBÍN
VALDEPEÑAS DE JAEN
FRAILES
HUELMA
BELMEZ DE LA MORALEDA
CAMBIL
CABRA DE SANTO CRISTO
LOS CÁRCELES
CAMPILLO DE ARENAS
NOALEJO

ETF JÓDAR-MANCHA REAL-BAEZA

JÓDAR
BEDMAR-GARCÍEZ
JIMENA
ALBANCHEZ DE MÁGINA
MANCHA REAL
PEGALAJAR
TORRES
VILLATORRES
LA GUARDIA
BAEZA
IBROS
TORREBLASCO PEDRO
BEGIJAR
LUPIÓN
RUS
CANENA
SABIOTE
TORREPEROGIL

ETF POZO ALCÓN

CAZORLA
LA IRUELA
CHILLUEVAR
SANTO TOMÉ
HINOJARES
POZO ALCÓN
HUESA
LARVA
PEAL DE BECERRO
QUESADA

ETF LA CAROLINA-BAILÉN-SANTISTEBAN DEL PUERTO-MENGÍBAR

LA CAROLINA
VILCHES
ALDEAQUEMADA
SANTA ELENA
BAILÉN
CARBONEROS
BAÑOS DE LA ENCINA
GUARROMÁN
SANTISTEBAN DEL PUERTO
ARQUILLOS
NAVAS DE SAN JUAN
CASTELLAR
MONTIZÓN
CHICLANA DE SEGURA
SORIHUELA DEL GUADALIMAR
MENGÍBAR
CAZALILLA
VILLANUEVA DE LA REINA
ESPELUY
JABALQUINTO

Los Centros y municipios sombreados son atendidos exclusivamente en el caso de familias incluidas dentro del Programa de Reunificación.

Teniendo en cuenta que el total de personas menores de edad en la provincia de Jaén es de 136.067 y que 98.078 entran dentro del ámbito competencial de la Diputación de Jaén (municipios de menos de 20.000 habitantes), los seis Equipos de Tratamiento Familiar de esta Institución cubren el 100% de esta población a través del Programa de Reunificación Familiar y el 84% mediante el Programa de Riesgo.

Los profesionales de los ETF han contado desde su implantación con el apoyo por parte de las administraciones autonómica y local, las cuales han apostado por la formación de calidad y dotación de medios a los profesionales.

La formación específica para Equipos de Tratamiento Familiar Andaluces se ha desarrollado desde el año 2005 hasta el 2012 por parte de la Administración Autonómica. Para ello se ha contado con profesionales especializados tanto a nivel regional y nacional como internacional, tales como Miguel Garrido, Valentín Escudero, Iñigo Ochoa, Stefano Cirillo o Gonzalo Musitu.

Se han realizado igualmente cursos de especialización por parte de la Diputación de Jaén y otras administraciones, y a nivel particular por los diferentes técnicos especialistas de los equipos.

Los profesionales venimos desarrollando desde hace doce años de trabajo la puesta en práctica de este Programa, aplicando los conocimientos adquiridos en los procesos de formación, en el ámbito de la Diputación Provincial.

2. JUSTIFICACIÓN

"En todas las maneras concebibles, la familia es un vínculo con nuestro pasado y nuestro puente hacia el futuro."

Alex Haley, escritor.

Las investigaciones en el área social surgen como iniciativas para mejorar la propia ejecución profesional e incrementar el conocimiento de la población a la que van dirigidas. En la realización de un estudio se busca proporcionar elementos que permitan confirmar o refutar las hipótesis que se presentan, de tal manera que otros puedan continuar el trabajo, hacer aportaciones o hacerlo más extenso o completo.

Tras doce años de la puesta en marcha y consolidación de los Equipos de Tratamiento Familiar en la Diputación de Jaén, consideramos que es el momento adecuado de realizar un estudio para constatar la eficacia, eficiencia y la mejora de las condiciones de las familias que han sido atendidas en los últimos años. Contamos con el deseo de avalar mediante un estudio la labor de las y los profesionales en un campo que consideramos prioritario en la atención social, por tratarse de las generaciones futuras, y el desarrollo de sus condiciones básicas en todos los aspectos de la infancia, como soporte para una sociedad con calidad de vida para sus miembros.

Nos resulta interesante plasmar mediante datos objetivos la repercusión de la labor de los Equipos en la vida de las familias más vulnerables, mediante la reducción de los factores de riesgo en las y los menores, para, por un lado, validar los resultados de la efectividad de dicha intervención terapéutica y, por otro, para poder dar a conocer dichos resultados.

Es por ello que, con el fin de realizar una reflexión más profunda sobre la calidad del servicio que ofrecen los Equipos de Tratamiento Familiar de la Diputación de Jaén a las familias con menores, se inicia una investigación que pretende delimitar los indicadores de éxito que, a juicio de las y los profesionales implicados en el sistema de la atención a la infancia, se consideran mínimos y que deben estar presentes tras la intervención del Equipo de Tratamiento Familiar, ya que van a garantizar el bienestar de las y los menores en el seno familiar.

En un principio surgieron diferentes líneas de investigación sobre las que fundamentar el estudio, entre otras:

- La pasación de pruebas pre y post tratamiento para valorar los resultados obtenidos tras el trabajo desarrollado con la familia.
- La influencia que puede tener la cohesión y el buen funcionamiento del Equipo profesional en el resultado final obtenido.
- Enlazar la investigación con los informes que elaboran los ETF para las derivaciones al Servicio de Protección de Menores.
- Investigar sobre las estrategias de intervención que resultan más eficaces.
- Investigar sobre los perfiles familiares más comunes derivados a los Equipos, los casos reincidentes y su relación con los anteriores, su cronicidad y las competencias parentales.
- La evaluación de la higiene y salud mental de los/as profesionales y su relación con el éxito en el avance de la familia.

- Analizar el tiempo de mantenimiento de los resultados exitosos por parte de las familias para funcionar de forma autónoma, una vez desvanecido el Equipo.
- La posibilidad de establecer unos mínimos requisitos, que habría de cumplir una familia para no ser susceptible de derivación al ETF.

Finalmente, una vez valoradas las diferentes opciones por las y los profesionales, se determina que *el objeto del estudio sea el análisis de una serie de indicadores que reflejen el éxito del trabajo desarrollado con las familias durante el proceso de tratamiento familiar y seguimiento del mismo*, mediante la pasación de pruebas evaluativas antes, durante y después del tratamiento familiar.

3. METODOLOGÍA

"Gran parte de lo mejor que hay en nosotros está ligado a nuestro amor a la familia, que sigue siendo la medida de nuestra estabilidad porque mide nuestro sentido de la lealtad. Todos los otros pactos de amor o temor derivan de ella y se modelan sobre ella."

Haniel Long, poeta y novelista.

Tras justificar y argumentar el porqué de este estudio, sus pretensiones y finalidad, de manera consensuada se acuerda una forma idónea de investigación: la longitudinal, con medidas repetidas de cada indicador en diferentes momentos del proceso de tratamiento familiar.

En cada sesión de trabajo ha participado, al menos, un representante de cada uno de los seis Equipos de Tratamiento Familiar de la Diputación de Jaén y la Coordinadora de los mismos. Generalmente ha asistido la misma persona por equipo, al objeto de hacer más funcionales las reuniones. No obstante el trabajo desarrollado, las propuestas y todo lo abordado ha sido compartido con todos los miembros de los ETF.

La metodología de trabajo ha sido grupal y eminentemente participativa. Esta forma de proceder es compatible con la que se utiliza en Ciencias Sociales, entendida como un conjunto de procedimientos racionales con el objetivo de obtener explicaciones veraces. Abarca una serie de procedimientos de recogida de datos, cuya naturaleza condiciona también los métodos de análisis. Se ha empleado la observación, las encuestas, la documentación, el análisis estadístico y métodos cualitativos.

La metodología se ha basado en el triángulo diseño-recolección-análisis. Primero se han buscado los datos adecuados y veraces para un objetivo específico y, finalmente, se ha dado una explicación.

El comienzo de cada sesión parte de una síntesis de la anterior, de lo acordado, reparto de tareas que se asignaron para la presente, dando paso al trabajo en base al objetivo de la sesión en ese momento.

En las primeras sesiones el método fue de generación de ideas y análisis, y estudio de artículos y material escrito sobre el objetivo del estudio, y en las sucesivas la metodología ha sido básicamente expositiva, de debate, análisis y consenso.

Cuando han surgido dudas en la aplicación de algún instrumento se ha trabajado grupalmente, mediante el análisis de la casuística concreta, como por ejemplo en el caso del instrumento Beavers mediante la visualización de la grabación de la sesión familiar. Tras el análisis, el grupo ha consensuado la actuación idónea en cada caso.

Después de cada sesión se ha elaborado un acta al objeto de sintetizar y concluir lo trabajado.

En total las sesiones de trabajo han sido 22, siendo la primera el día 27 de abril de 2012 y la última el 25 de mayo de 2015, además de numerosas sesiones de trabajo por cada uno de los equipos.

3.1. OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

Se plantea como Objetivo General del Estudio la medición de la calidad de la intervención de los Equipos de Tratamiento Familiar de la Diputación de Jaén.

3.2. METODOLOGÍA DE LA 1ª PARTE

3.2.1. OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar los indicadores relacionados con el éxito del tratamiento familiar, según consulta a las y los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios y Equipos de Tratamiento Familiar de la Diputación de Jaén, y Servicio de Protección de Menores de la provincia, miembros todos ellos del sistema de protección a la infancia.

3.2.2. PROCEDIMIENTO

A la hora de valorar qué indicadores iban a ser los definitorios del éxito en el tratamiento, se elaboró un listado de 18 indicadores de éxito sobre el que se decide hacer una **consulta a expertos** para identificar finalmente los cinco indicadores de éxito más sobresalientes sobre los que centrar este estudio. Se consideró muy importante que cada indicador propuesto fuese acompañado del correspondiente argumento teórico (por qué se considera indicador de éxito). También se valoró que el profesional aportara junto con el indicador propuesto, aquellas pruebas o instrumentos que conociesen para su evaluación.

En un primer momento se considera hacer dicha consulta a los profesionales de los 6 ETF de la Diputación de Jaén, pero posteriormente se propone hacerla extensiva al Servicio de Protección de Menores de Jaén y a los Servicios Sociales Comunitarios de la Diputación de Jaén, puesto que se valoró que se ganaría mayor validez en las conclusiones de dicha consulta al ampliar tanto la muestra como el contexto de trabajo de las y los profesionales consultados.

Lo que se ha pretendido es recapitular indicadores de éxito que se consideran más relevantes y el nivel de consecución de los mismos, así como los criterios mínimos en una unidad familiar que justificarían que no hubiera necesidad de trabajar desde la intervención especializada de los ETF (aunque sí pudiera hacerse desde otros recursos sociales).

Se definen esos criterios como los objetivos mínimos a alcanzar para considerar exitoso el Tratamiento Familiar. Dichos indicadores se extrajeron a través de revisión bibliográfica, así como de las Actas de Aceptación de las Familias para ser atendidas por el ETF, concretamente en el apartado del acta “Criterios de Inclusión”. Con esta segunda herramienta dispusimos de todos los casos derivados desde 2005 a los ETF hasta el inicio del estudio.

Una vez definidos dichos criterios se recapitulaban en modo de listado los 18 indicadores de éxito mencionados, y se solicitó en la consulta a expertos que los ordenasen según la importancia que les atribuyeran. Estos indicadores son:

1. Conciencia y reconocimiento personal de la existencia en un conflicto en las relaciones intra y extrafamiliares.

2. Relaciones familiares caracterizadas por una comunicación asertiva, con ausencia de insultos personales y agresiones físicas o verbales.
3. Asunción de roles familiares claros y pertinentes, con límites claros y flexibles (adaptados a la realidad familiar).
4. Sistema de reglas de funcionamiento familiar conocido y consensuado por todos los miembros familiares, que sea socialmente aceptado.
5. Motivación e interés para mantener el proceso de cambio.
6. Conocimiento y uso adecuado de los recursos existentes en la comunidad.
7. Capacidad de algún miembro adulto de la familia para ejercer como cuidador principal, incluso si fuese necesario con apoyos externos.
8. Disponibilidad de vivienda que reúna unas mínimas condiciones de habitabilidad (espacios, seguridad, higiene y mobiliario).
9. Existencia de ingresos económicos mínimos suficientes que garanticen, de forma estable, la cobertura de las necesidades básicas familiares.
10. Conocimiento de las necesidades de los hijos/as en función de la edad y de su nivel madurativo.
11. Se provee de una estimulación activa, física, cognitiva y social, a los/as hijos/as.
12. Progenitores que se responsabilizan de las funciones relacionadas con el proceso educativo de los/as hijos/as.
13. Cuidadores principales que nutren emocionalmente a los menores, de forma igualitaria.
14. Mantenimiento de hábitos saludables de alimentación, sueño, higiene personal y vestuario.
15. Asistencia normalizada a los recursos sanitarios y adecuado cumplimiento de los tratamientos prescritos.
16. Participación familiar en actividades de la comunidad.
17. Consenso en las decisiones parentales, en lo referente a los/as hijos/as, independientemente de la naturaleza de la relación de los progenitores.
18. Actitud activa hacia la búsqueda de empleo y habilidades personales para mantenerlo.

3.2.3. MUESTRA

En esta consulta sobre la clasificación de los indicadores por orden de prioridad, que cada profesional atribuye al éxito del tratamiento, participaron 93 profesionales relacionados con la atención a la infancia divididos en los siguientes subgrupos: 71 profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios de la Diputación de Jaén, 6 profesionales del Servicio de Protección de Menores de la actual Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Jaén, y 16 profesionales de Equipos de Tratamiento de la Diputación de Jaén. Por profesiones serían: 54 Trabajadores/as Sociales, 18 Educadores/as Especialistas, 8

Psicólogos/as, 12 Coordinadores/as y Directores/as de Centros y 1 Abogado del Servicio de Protección de Menores.

Dado lo heterogéneo de este grupo, tanto de perfiles profesionales como de número de representantes por perfil y entidad de pertenencia, se decidió utilizar medias ponderadas para igualar la importancia en el resultado final, independientemente del número de personas que integraran cada subgrupo.

3.2.4. INDICADORES SELECCIONADOS

Para identificar los indicadores de éxito más sobresalientes sólo se tuvieron en cuenta los cinco primeros seleccionados por cada profesional consultado.

La consulta a expertos arroja unos resultados que muestran que los indicadores valorados con más frecuencia como preferiblemente deseables al finalizar un tratamiento familiar son los siguientes:

1. Motivación e interés para mantener el proceso de cambio (59,13%).
2. Conciencia y reconocimiento personal de la existencia de un conflicto en las relaciones intra y extra familiares (51,61%).
3. Asunción de roles familiares claros y pertinentes, con límites claros y flexibles (adaptados a la realidad familiar) (50,63%).
4. Existencia de ingresos económicos mínimos suficientes que, garanticen de forma estable, la cobertura de las necesidades básicas familiares (47,31%).
5. Capacidad de algún miembro adulto de la familia para ejercer como cuidador principal, incluso si fuese necesario con apoyos externos (45,16%).

3.3. METODOLOGÍA DE LA 2ª PARTE

3.3.1. OBJETIVO ESPECÍFICO

Medir la presencia de los cinco indicadores seleccionados por los expertos cuya existencia al finalizar el trabajo del ETF con la familia identificaría el éxito del tratamiento familiar.

3.3.2. MUESTRA

Tal y como se describe en la metodología del presente estudio, se plantea un perfil temporal estricto para poder incluir a las familias de tratamiento en él, dado que deben cumplir la condición de encontrarse en fase de evaluación a fecha de inicio de recogida de datos (15 de octubre de 2012), o bien ser alta posterior a dicha fecha y que sea baja en el ETF a fecha de finalización de recogida de datos (31 de diciembre de 2014).

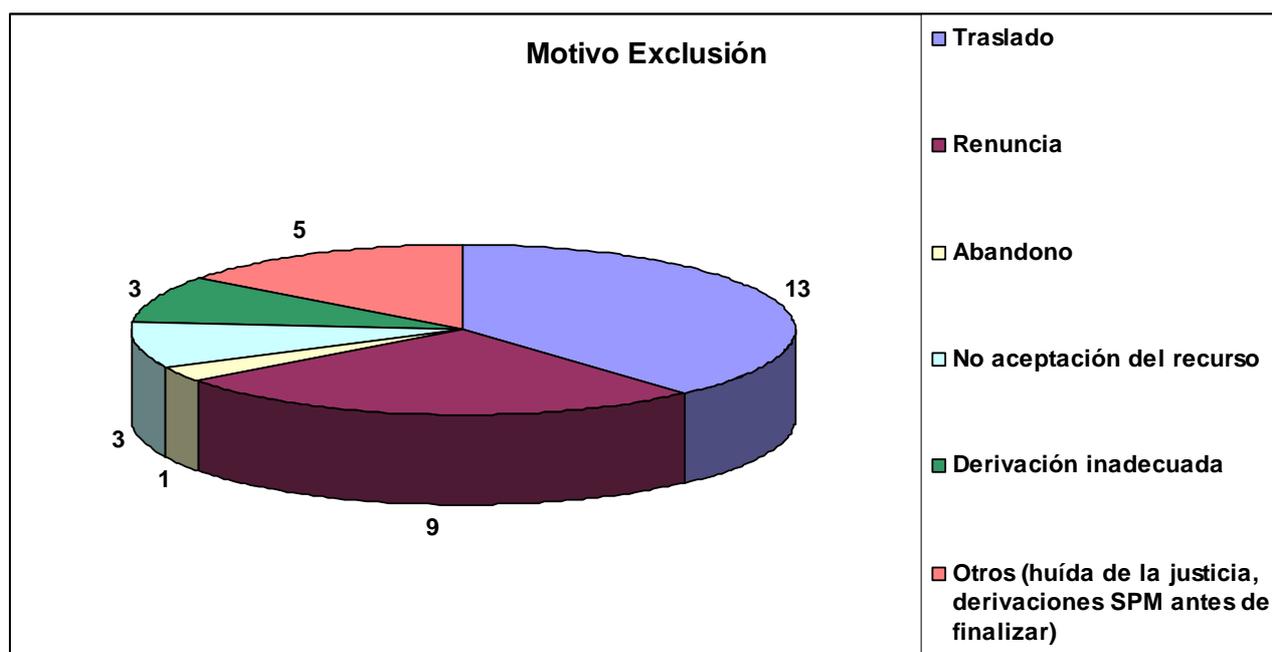
Teniendo en cuenta que la media de trabajo con las familias suele oscilar entre los 18 y 24 meses, se preveía una muestra válida para la investigación no demasiado extensa.

Estos datos se muestran en la siguiente tabla:

FAMILIAS ATENDIDAS DURANTE EL ESTUDIO	
Contabilizadas en el estudio	34
Excluidas durante el estudio	34*
Excluidas por hallarse en fase avanzada	53
Excluidas por no haber concluido el tratamiento	68
Nº Total de familias atendidas	189

Así pues, de las 189 familias con las que se ha trabajado en los Equipos de Tratamiento Familiar de la Diputación de Jaén a lo largo del periodo de recogida de datos, han podido tenerse en cuenta para el estudio 34. Otro número semejante de familias no se han incluido en el estudio por diversas causas, que se exponen en el siguiente gráfico, aunque a priori sí formaban parte del mismo. Y otras 53 familias, estaban en una fase demasiado avanzada de tratamiento para poder ser consideradas en este estudio, si bien se ha trabajado con ellas durante ese mismo tiempo. A la fecha de finalización del estudio 68 se encontraban de alta.

El siguiente gráfico describe los motivos de exclusión de las 34* familias que, si bien en un principio cumplían con el perfil temporal descrito, finalmente no han sido podido ser incluidas en el presente estudio (consideradas para el tratamiento).



3.3.3. MEDICIÓN DE LOS INDICADORES

El acuerdo al que finalmente se llega para la evaluación de cada indicador es el siguiente:

- ***Indicador 1: Motivación e interés para mantener el proceso de cambio:***

Para medir este indicador, se propuso la siguiente tabla para ser cumplimentada de forma conjunta y consensuada entre familia y ETF.

OBJETIVOS	INICIO TTO.	FINAL TTO.	FINAL SEG.
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Tras la fase de evaluación familiar, de forma paralela a la elaboración del PTF, se redactaba junto con la familia una lista de objetivos, alcanzables a través del trabajo de la familia y el acompañamiento del equipo. Al inicio de la fase de tratamiento, familia y equipo consensuaba la presencia de ese objetivo en la familia, asignándole una puntuación de 1 a 5, siendo 1 ausencia total de esa meta y 5 presencia total de la misma. Al finalizar la fase de tratamiento, se volvería a consensuar junto con la familia una nueva puntuación para cada uno de estos objetivos y del mismo modo se haría al finalizar la fase de seguimiento, si la hubiera.

Se considerará éxito cuando:

- La valoración en la medición al finalizar la fase de tratamiento es de ≥ 3 . No obstante puede darse el caso de que al finalizar el tratamiento no alcanzan la puntuación de 3 pero que cuando se finaliza el seguimiento si se alcanza 3 ó más, al ser frecuente que algunas familias manifiesten las mejoras en el seguimiento, momento en el que puede dar sus frutos el trabajo terapéutico realizado, sin obviar la influencia que puedan tener otras variables.
- A pesar de producirse un retroceso en la puntuación al finalizar el seguimiento, respecto de la conseguida al finalizar el tratamiento, dicha puntuación es de ≥ 3 .
- Es indispensable que al finalizar la fase de seguimiento se obtengan puntuaciones de ≥ 3 puntos en el 50% ó más de los objetivos del PTF para considerar el éxito.

No se considera éxito:

- El incumplimiento de cualquier punto anterior.
- Familias que no inician un proceso de cambio (familias por lo general resistentes que no inician cambios). Estas familias serán tenidas en cuenta y presentadas en los resultados de esta investigación.

- **Indicador 2: Conciencia y reconocimiento personal de la existencia de un conflicto en las relaciones intra y extra familiares:**

Para medir este indicador, se propuso tomar como referencia la evolución de la demanda que la familia realiza al equipo de tratamiento a lo largo de la intervención. Para sistematizar esta evaluación, se registra la demanda planteada por la familia en la primera entrevista familiar. Tras la fase de evaluación, se le devuelve a la familia hipótesis en clave relacional de su funcionamiento, que sitúa las dificultades en las relaciones familiares, y se evalúa si la familia acepta esta nueva forma de entender sus dificultades.

Por último, al final del tratamiento, se ha tenido en cuenta si la familia ha ido aceptando el trabajo desde la óptica relacional propuesta por el equipo, y se registra la nueva narrativa en relación a la evolución del tratamiento y de las dificultades familiares.

Para sistematizar la recogida de toda esta información, se propuso la siguiente tabla resumen:

NOMBRE DE LA FAMILIA:

Demanda inicial	<i>(Que debe ser grabada o registrada en primeras sesiones, responde a la pregunta ¿Qué pedís a este ETF??. El profesional determina si la demanda es lineal o relacional)</i>
¿Acepta la devolución en clave relacional?	<i>(Tras la evaluación se le devuelve a la familia el diagnóstico en clave relacional. Se valora si esta devolución es aceptada o no por la familia). Respuesta Si/No</i>
¿Ha colaborado con el tratamiento en clave relacional?	<i>(Valoración profesional. Respuesta Si/No.)</i>
Nueva narrativa de la familia acerca de la evolución del tratamiento y de las dificultades familiares	<i>(Valoración de si existe una nueva narrativa familiar a cerca de la evolución del tratamiento y de las dificultades familiares. Comprobar si se ha producido una evolución de la narrativa en clave relacional, no lineal)</i>

Se considera éxito cuando:

- Se producen diferencias significativas entre la demanda inicial planteada por la familia y la nueva narrativa al finalizar el tratamiento familiar, siempre en clave relacional. La demanda de la familia deja de poner el foco de la intervención en un miembro de la misma, seleccionado como paciente identificado, ampliando el prisma al resto del sistema familiar como fuente de dificultades; este cambio de óptica familiar facilita la implicación de toda la familia en el proceso de intervención.

- ***Indicador 3: Asunción de roles familiares claros y pertinentes, con límites claros y flexibles:***

Se propuso trabajar con la Escala Observacional de Beavers, que aporta información relacionada con liderazgo, jerarquía, competencia, estilo y salud familiar. Tal instrumento se pasaría al inicio y al final de nuestra intervención.

Dicho instrumento consiste en una escala observacional donde se miden dos variables: la competencia y el estilo familiar, donde el constructo principal evaluado con relación a la competencia indica en qué medida la familia realiza bien sus funciones necesarias: dando apoyo y sustento, estableciendo límites generacionales y liderazgos eficaces, potenciando la separación y la autonomía evolutiva de los hijos, negociando los conflictos y comunicándose eficazmente. El estilo familiar mide las necesidades de dependencia, conflicto adulto, espaciamento físico, presentación social, expresión de cercanía, cualidades asertivas/agresivas y la expresión de sentimientos positivos/negativos.

Para determinar la consecución positiva del indicador 3 de nuestro estudio, la combinación de la puntuación obtenida por la familia en los ejes de competencia y estilo familiar, siguiendo como guión la matriz de tipología familiar propuesta por Beavers, debe dar como resultado que estamos ante una **familia media, adecuada u óptima**.

No obstante, es importante que en la valoración de resultados se mencionen aquellas familias que en el inicio eran muy disfuncionales las cuales consiguen mejoras, aún cuando no hayan alcanzado este mínimo exigible, ya que esto es un logro muy importante en contextos familiares muy deteriorados.

- ***Indicador 4: Existencia de ingresos económicos mínimos suficientes que garanticen, de forma estable, la cobertura de las necesidades básicas:***

Se han evaluado tres categorías dentro de este indicador: ingresos económicos por miembros de la unidad familiar (62% SMI + incremento del 8% por cada miembro de la unidad familiar distinto al solicitante hasta alcanzar el 100% del SMI, basándonos en el criterio que se establece para acceder al Programa de Solidaridad de los andaluces para la erradicación de la marginación y la desigualdad en Andalucía, recogido en el Decreto 2/1999 de 12 de enero), la existencia de un circuito estable de obtención de recursos económicos, y la priorización del gasto en la cobertura de las necesidades básicas de los menores.

Se realiza su medición al cierre del proceso de tratamiento, considerando los ingresos de los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de evaluación. Se propuso la siguiente tabla como herramienta de registro:

INGRESOS ECONÓMICOS SUFICIENTES	SÍ	NO	OBSERVACIONES
(62% SMI + incremento del 8% por cada miembro de la u.f.)			
Existe un circuito estable para la obtención de ingresos económicos			
Se prioriza la cobertura de las necesidades básicas de los menores			

Se considera éxito cuando:

- Se cumplan estos tres criterios recogidos en la tabla en la medición que se realice una vez concluya la fase de seguimiento.

- ***Indicador 5: Capacidad de algún miembro adulto de la familia para ejercer como cuidador principal, incluso si fuese necesario, con apoyos.***

Para evaluar este indicador se ha utilizado el cuestionario CUIDA. Este instrumento ha sido creado para evaluar, mediante las variables que incluye, la capacidad de una persona para proporcionar la atención y los cuidados adecuados a un hijo biológico, adoptado, en acogida o tutelado, o a un menor al cargo de una institución. También sirve para evaluar la capacidad para atender a una persona en situación de dependencia, es decir, personas mayores, enfermos, discapacitados, etc.

Está compuesto por 189 ítems que miden las variables afectivas, cognitivas y sociales que están relacionadas con la capacidad de establecer relaciones funcionales para el cuidado de otras personas. Estos 189 ítems se distribuyen a lo largo de 14 escalas primarias: Altruismo, Apertura, Asertividad, Autoestima, Capacidad de resolver problemas, Empatía, Equilibrio emocional, Flexibilidad, Independencia, Reflexibilidad, Sociabilidad, Tolerancia a la frustración, Capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego, y Capacidad de resolución del duelo.

La combinación de las anteriores escalas da lugar a tres factores de segundo orden: Cuidado responsable, Cuidado afectivo y Sensibilidad hacia los demás; además de un factor adicional: Agresividad.

Precisamente, en este estudio, nos hemos basado en estos tres factores de segundo orden para valorar el cumplimiento o no de este quinto indicador por parte de cada una de las familias del estudio.

1. **Cuidado responsable:** capacidad de hacer frente a situaciones que requieren una atención eficaz y una respuesta comprometida ante las necesidades del otro. Integrado por las escalas: Capacidad de resolver problemas, Equilibrio emocional, Flexibilidad, Independencia, Reflexividad y Tolerancia a la frustración.

2. **Cuidado afectivo:** capacidad para hacer frente a situaciones que requieren dar o recibir afecto, con un manejo adecuado de las propias emociones y habilidades para dar apoyo emocional. Integrado por las escalas: Asertividad, Autoestima, Empatía, Equilibrio emocional, Sociabilidad, Capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego y Capacidad de resolución de duelo.
3. **Sensibilidad hacia los demás:** capacidad de percibir las necesidades de los otros. Está relacionado con quienes se preocupan por las personas, se sienten afectados por las necesidades ajenas, se implican en los problemas de los otros y conceden gran importancia a lo emocional. Integrado por las escalas: Apertura, Altruismo, Capacidad de resolver problemas, Empatía, Flexibilidad, Sociabilidad y Capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego.

Su pasación se realiza al finalizar el proceso de tratamiento, al menos a uno de los cuidadores principales, que puede ser el que se considera con más probabilidad de reunir estas cualidades.

Según la prueba nos indica, se considerará éxito cuando las puntuaciones obtenidas en los tres factores mencionados se encuentran entre los 3 y 7 puntos de valoración, cumpliendo los criterios de discapacidad social, validez y consistencia que aporta la prueba.

4. RESULTADOS

Poder asegurar el bienestar y desarrollo de un niño o una niña, como resultado de un trabajo colectivo, equivale a producir una de las melodías más maravillosas que los comportamientos sociales humanos son capaces de realizar.”

Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan, psicoterapeutas.

4.1. RESULTADOS GENERALES

En este estudio se ha partido del hecho de que las familias incluidas en él no cumplen los indicadores de éxito a medir, con la excepción del indicador 4, que como se amplia con posterioridad, se considera menos definitorio o predictivo del éxito del tratamiento.

A continuación se presenta la tabla de datos obtenidos durante la investigación.

Familias	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Conclusión ETF
MG	0	0	0	1	0	0
SR	0	0	0	1	0	0
MM	0	0	0	1	0	0
CMN	0	0	0	1	0	0
LM	0	0	0	0	0	0
MC	0	1	0	1	0	0
RF	0	0	0	0	0	0
AM	0	0	0	1	0	0
RM	0	0	0	1	0	0
JP	0	0	0	1	0	0
EP	1	1	0	1	0	1
RH	1	0	1	0	0	1
MC	1	1	0	1	0	1
LA	1	1	1	0	1	1
TM	1	1	1	1	0	1
PL	0	1	0	1	0	1
AN	0	0	0	0	1	1
RF	0	0	0	1	0	1
UM	0	1	0	1	0	1
VP/PC	1	0	0	0	0	1
AD	0	1	0	1	1	1
SV	1	0	1	1	1	2
CC	1	1	1	0	1	2
BF	1	1	1	1	0	2
RM	1	1	0	1	0	2
GC	1	1	1	1	1	2
GS/FG	1	1	1	1	1	2
LG	1	1	1	1	1	2
DA	1	1	1	0	1	2
CV	1	1	1	1	0	2
SE	1	1	0	0	1	2
HC	1	1	1	0	1	2
GS/DP/AM	1	1	1	0	1	2
AC	1	1	1	1	0	2

La anterior tabla refleja el muestreo de datos obtenidos durante el estudio, reflejando las iniciales de cada una de las familias que finalmente han entrado en él, y los resultados obtenidos en cada uno de los cinco indicadores más importantes en la consulta a expertos realizada al inicio del estudio.

Los resultados por indicadores vienen configurados en valores de consecución (1) o no consecución (0), mientras que la última columna muestra la resolución tras el trabajo con el ETF según el siguiente esquema de puntuación:

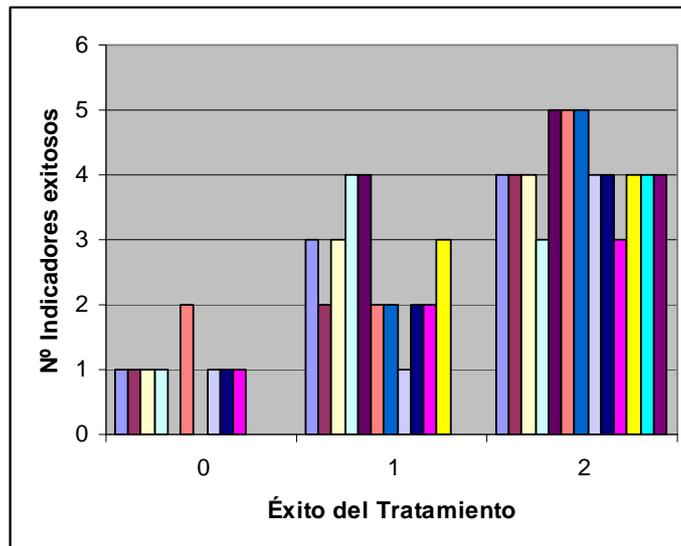
- Puntuación 0: familias con propuesta de declaración de desamparo por parte del Servicio de Protección de Menores.
- Puntuación 1: familias exitosas con recomendación de seguimiento por los Servicios Sociales Comunitarios.
- Puntuación 2: familias exitosas sin recomendación de seguimiento.

De esta forma, un primer análisis porcentual del resultado del trabajo de los ETF con las familias que se han valorado para el estudio, arroja los siguientes datos:

Resultados del trabajo con los ETF	
Total de familias exitosas:	70,58 %
• <i>Con seguimiento</i>	32,35%
• <i>Sin Seguimiento</i>	38,23%
Familias con propuesta de desamparo	29,41 %

Respecto a los casos no exitosos, un análisis pormenorizado revela que en el 90% de dichos casos eran familias con menores adolescentes, de 14 años o más. Este dato correlaciona de forma positiva con la experiencia diaria de trabajo de los ETF, que refleja la especial dificultad del trabajo con estas familias. Esto puede ser debido a la idiosincrasia propia de esta época evolutiva, así como la enorme dificultad de cambio de comportamientos y actitudes no solo de los adolescentes en sí, sino también del resto del núcleo familiar, debido a la cronicidad de las relaciones problemáticas que se vienen dando desde muchos años atrás.

La constatación del dato anterior refuerza la importancia de la detección precoz y la prevención en el trabajo con familias. Por tanto las actuaciones, ya sea de forma preventiva a través de programas comunitarios familiares, o bien en forma de tratamiento familiar cuando los menores son aún pequeños, o las problemáticas menos graves e intensas, son un decisivo aval para el éxito de estas medidas y la correcta evolución de las unidades familiares.



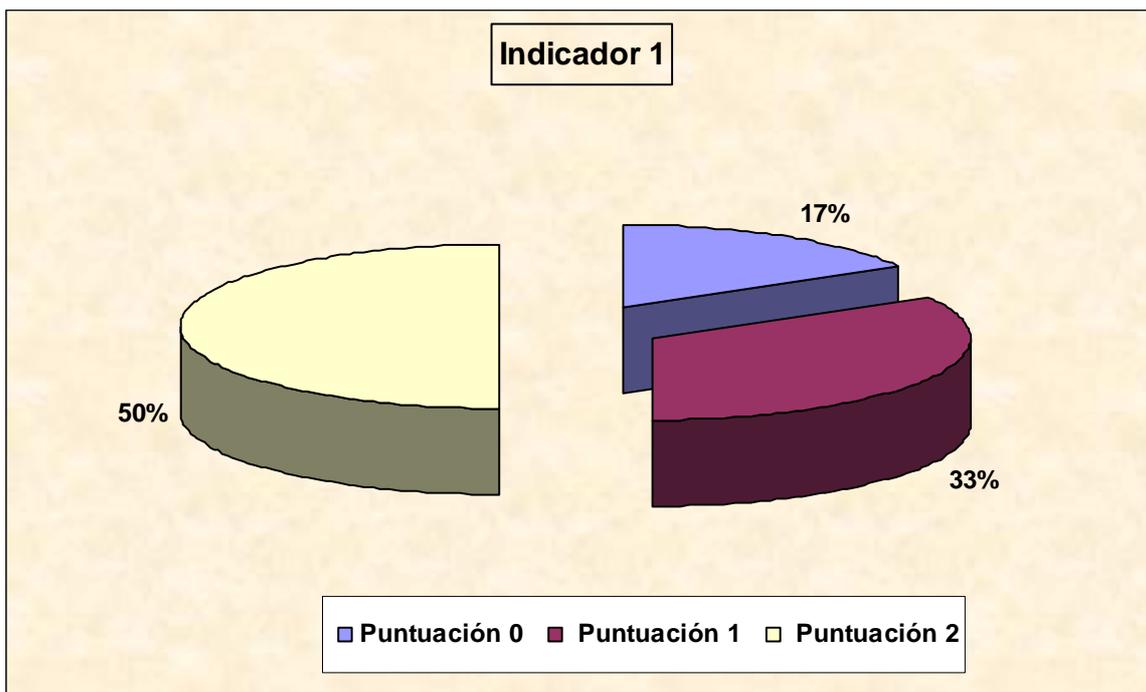
En la gráfica anterior cada columna representa a una familia incluida en el estudio agrupadas en función de la resolución del trabajo de los ETF, mostrando el número de indicadores conseguidos en cada caso.

Como se aprecia, hay una clara correlación entre la valoración del éxito del tratamiento y el número de indicadores alcanzados.

4.1.1. INDICADOR 1. MOTIVACIÓN E INTERÉS POR MANTENER EL PROCESO DE CAMBIO

Se observa una relación directa entre el cumplimiento de este indicador y la valoración de éxito en el tratamiento sobre todo en los extremos dado que:

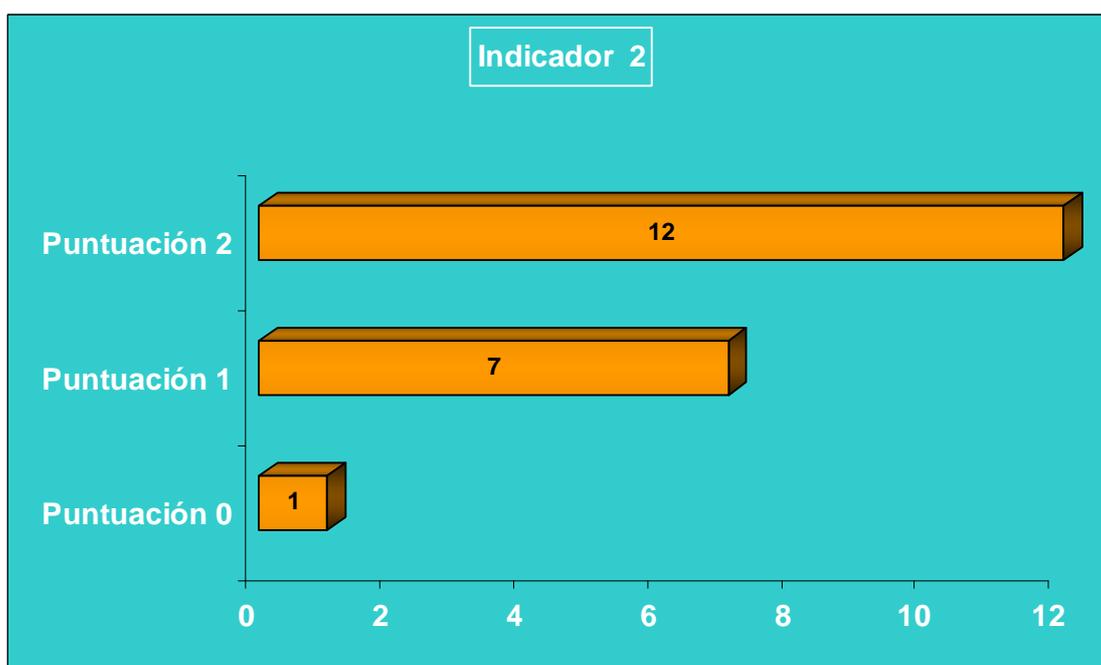
- Ninguna de las familias que fueron propuestas para medidas de protección cumplen este indicador.
- Todas las familias en las que el tratamiento se consideró de éxito sin necesidad de seguimiento cumplen el indicador.



4.1.2. INDICADOR 2. EXISTENCIA DE CONCIENCIA DE CONFLICTO

Se evidencia una clara relación entre este indicador y el éxito en el tratamiento dado que:

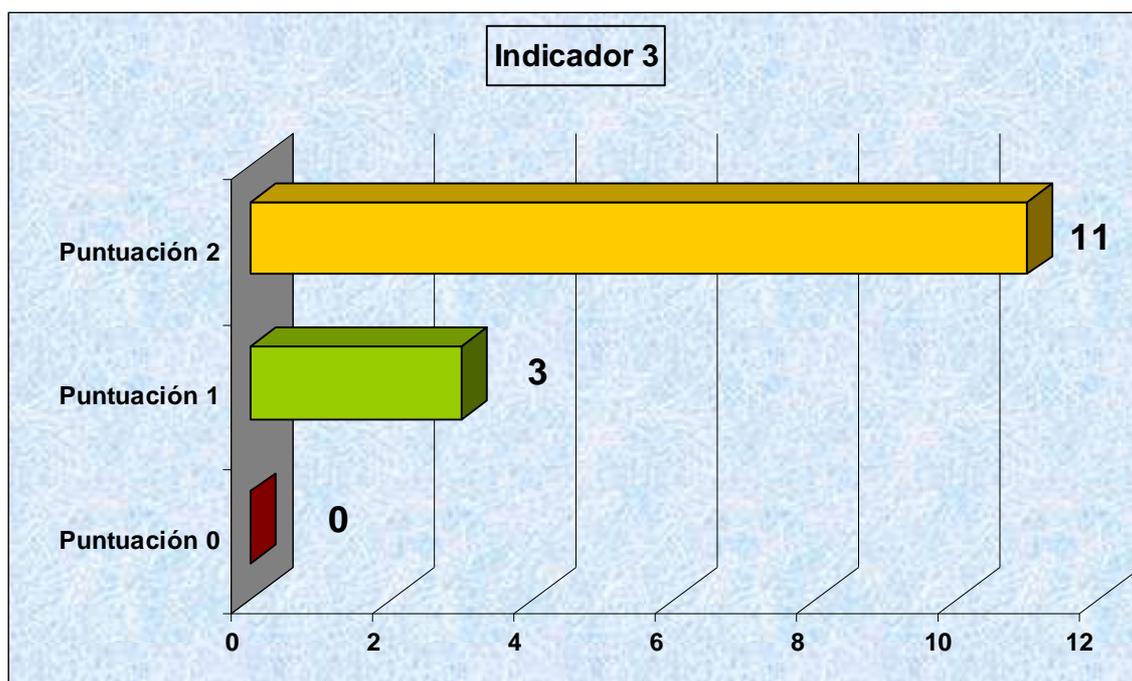
- Solo una de las familias propuestas para medida de protección cumple este indicador.
- Todas las familias en las que se consideró éxito sin necesidad de seguimiento cumplen el indicador excepto en un caso, aunque ha de señalarse que dicho caso sí muestra éxito en todos los demás indicadores, lo que puede actuar como compensador.



4.1.3. INDICADOR 3. ASUNCIÓN DE ROLES FAMILIARES CLAROS Y PERTINENTES

Nuevamente encontramos relación entre el éxito en este indicador y la consideración de éxito en el tratamiento, si bien no de forma tan clara y directa como en los anteriores indicadores.

- Ninguna de las familias que fueron propuestas para medidas de protección cumplen este indicador.
- Solamente dos de las familias en las que se consideró éxito en el tratamiento sin necesidad de seguimiento no cumplen este indicador y, en ambos casos, sí que se cumplen los dos anteriores.



4.1.4. INDICADOR 4. EXISTENCIA DE INGRESOS ECONÓMICOS MÍNIMOS SUFICIENTES

Este indicador se presenta, a priori, como el menos definitorio y predictivo del éxito del tratamiento familiar, encontrando familias que lo cumplen y que no lo cumplen en todos los niveles de resolución del trabajo de los ETF.

Como se explicaba en el apartado de medición de los indicadores, para considerar superado este indicador se evalúan tres subapartados:

- Ingresos suficientes.
- Circuito estable de obtención de ingresos.
- Prioridad de la cobertura de las necesidades de los menores en los gastos familiares.

Analizando los resultados, teniendo en cuenta esta subdivisión y centrándonos en las familias en las que no se considera exitoso el indicador, encontramos lo siguiente:

	Suficiencia	Estabilidad	Priorización	Resolución
LM	0	1	1	0
RF	0	1	1	0
RH	1	0	1	1
LA	0	1	1	1
VP/PC	0	1	1	1
AD	0	1	1	1
CC	0	1	1	2
DA	0	1	1	2
SE	0	1	1	2
HC	0	1	1	2
GS/DP/AM	0	1	1	2

A la vista de estos datos, se percibe claramente que el apartado menos predictivo y relacionado con el éxito familiar es la cantidad de ingresos económicos, siendo predictores más eficaces la estabilidad de los mismos y la priorización de gastos. Estos datos pueden explicarse en base a que los indicadores de suficiencia y estabilidad quedan en gran parte fuera de las competencias de los ETF. Sin embargo, sí es objeto de trabajo de los ETF la priorización de la cobertura de las necesidades de los menores, lo que queda conseguido en todas las familias.

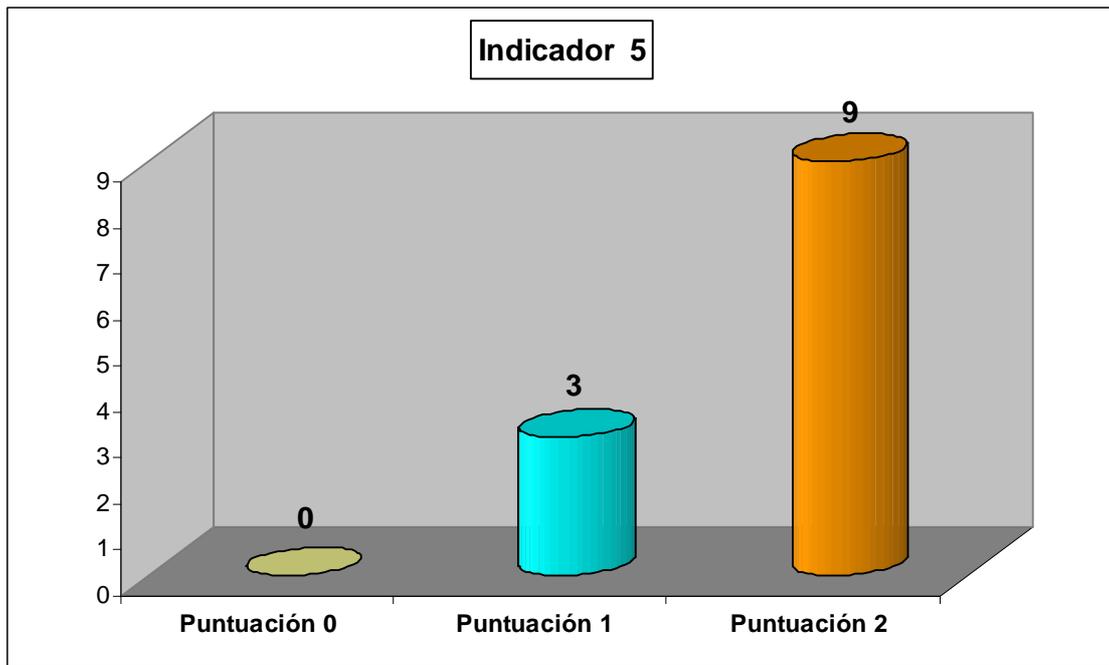
Respecto a la insuficiencia de ingresos, se debe tener en cuenta la situación de crisis económica que se vivía en el momento de la realización del estudio.

4.1.5. INDICADOR 5. CAPACIDAD DE ALGÚN MIEMBRO ADULTO PARA EJERCER COMO CUIDADOR PRINCIPAL

La evaluación de este indicador ha resultado compleja desde el inicio del estudio debido a la casi total ausencia de pruebas objetivas referidas a la medición de este aspecto. De hecho, solo se ha encontrado una prueba, debidamente traducida y ponderada para la población española: el Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA), por lo que ésta fue, por necesidad, la prueba elegida.

Desde el principio y a la vista de la naturaleza de la prueba (cuestionario con 189 situaciones a evaluar, construidas en un lenguaje que exige un nivel mínimo de formación), se observó que pudiera resultar complicada su pasación a algunas de las familias de ETF, precisamente por las capacidades observadas o por el escaso nivel de formación académica de las mismas.

Estas dificultades pueden explicar que no haya resultado un instrumento adecuado para la predicción del éxito en el tratamiento, dado que familias en distintos niveles de resolución lo cumplen o no indistintamente, aunque sí que puede observarse una cierta tendencia a la superación de esta prueba en las familias consideradas como exitosas.



5. CONCLUSIONES

“Los mejores momentos de la vida son aquellos que se disfrutan en el hogar, en el seno de la familia.”

Thomas Jefferson, Presidente 3° de los Estados Unidos de América.

5.1. CONCLUSIONES

A la vista del análisis de los datos pueden obtenerse varias conclusiones:

- El trabajo de los ETF resulta efectivo en un 70,58 % de los casos estudiados, evitando así la necesidad de separación del menor de la unidad familiar.
- Se considera que cobra una especial importancia la detección precoz de las problemáticas familiares y todas las acciones que puedan desarrollarse encaminadas a la prevención ya que el 90% de los casos no exitosos, los menores de edad tenían 14 o más años, lo que implica que estaban inmersos en plena adolescencia. Este dato se muestra como un nuevo indicador de la especial dificultad del trabajo con familias con adolescentes debido, entre otros factores, a la gravedad y cronicidad de los comportamientos presentados y la de los roles familiares ejercidos durante muchos años.
- Se confirma la información obtenida en la consulta a expertos tanto en los indicadores a evaluar como en la ponderación de su importancia, de manera que los dos primeros indicadores (Motivación e interés para mantener el proceso de cambio, y Conciencia y reconocimiento personal de la existencia de un conflicto en las relaciones intra y extra familiares) se muestran como los mejores predictores del éxito en el tratamiento familiar.
- El indicador económico, y más concretamente la cantidad de ingresos económicos familiares, no se muestra relacionado con el éxito del tratamiento, siendo el mejor predictor en cuanto a los ingresos económicos, la priorización de la cobertura de las necesidades de los menores.
- Con la realización de este estudio se ha conseguido revelar las claves para hacer aun más efectivo nuestro trabajo, pudiendo incrementar los resultados positivos y, por tanto, la motivación profesional.

5.2. OTRAS REPERCUSIONES DEL ESTUDIO

- Este estudio ha supuesto una oportunidad para poder compartir conocimientos y experiencias entre los distintos Equipos de Tratamiento Familiar de la Diputación de Jaén, igualmente con otros profesionales que han intervenido en la fase inicial de elaboración del proyecto y que se han implicado con la aportación de sus propios conocimientos y prácticas.

- Se ha conseguido incrementar el número de herramientas de evaluación y unificarlas, mejorando la percepción general sobre nuestra labor terapéutica como profesionales especializados.
- La interdisciplinariedad de los equipos permite dar una atención integral en las áreas más relevantes y que las propias familias visualicen sus dificultades, tomen conciencia de ellas y desarrollen sus potencialidades.
- Consideramos que se ha producido un enriquecimiento en la labor profesional de los técnicos en cuanto a formación y reciclaje profesional, un conocimiento más profundo de las familias en sus diferentes ámbitos de funcionamiento y una mejor detección y valoración de los riesgos asociados a las diferentes situaciones estresantes o de cambio. Del mismo modo ha permitido una mayor concreción y eficacia en la elaboración de los Proyectos de Tratamiento Familiar, y en los informes de derivación al Servicio de Protección de Menores, mejor avalados y fundamentados.
- Nos ha permitido conocer qué variables inciden de manera más determinante en la dinámica de las familias a las que va dirigido nuestro trabajo, y con ello poder incidir de manera más intensa en aquellas que son más definitorias para lograr el éxito en el tratamiento.
- El estudio aporta una visión ampliada acerca del objeto de tratamiento de los equipos, constatando que no solamente se trabaja con las familias que tradicionalmente son identificadas como desestructuradas y/o multiproblemáticas en el contexto de los Servicios Sociales, sino con perfiles mucho más variados.
- Ayudar a realizar una reflexión y crítica sobre qué aspectos son claves para el buen funcionamiento familiar y en cuáles podemos incidir, así como sobre los modelos de familia con los que trabajamos, su predisposición al cambio y el conocimiento de las estructuras familiares.
- El estudio ha servido para fomentar e impulsar las buenas prácticas en el campo del trabajo con familias.
- Se revela de gran importancia el trabajo previo de los agentes derivantes como herramienta facilitadora del cambio en la familia.
- Incide en la necesidad de que exista una coordinación efectiva entre los diferentes equipos, los profesionales de Servicios Sociales Comunitarios, así como con el resto de profesionales implicados en el trabajo con familias y menores.
- Aspira a fomentar el espíritu crítico en nuestra labor profesional analizando las ideas preconcebidas fruto del bagaje profesional.
- Permite ofrecer al ámbito social pautas y herramientas de trabajo que puedan ayudar a detectar posibles situaciones de riesgo de la forma más precoz posible. Esto permitiría

realizar las derivaciones de forma más inmediata, con lo cual prevenimos e incrementamos la posibilidad de éxito en el tratamiento.

- Mediante su difusión, las y los profesionales pueden obtener una visión global de nuestra labor. De igual modo puede ayudar al desarrollo de nuevos enfoques que a su vez generen nuevos estudios originando una sinergia que fomente la investigación en este campo.

“Una intervención terapéutica consiste en dar a cada miembro de la familia la posibilidad de conversar sobre su sufrimiento y dificultades, ayudarles a enfrentar su dolor y descubrir sus potencialidades para poder cambiar.”

Jorge Barudy, psicoterapeuta.

ESTUDIO REALIZADO POR:

-Comisión de trabajo:

- Angulo Otiñar, Ernesto. Trabajador Social del ETF Pozo Alcón.
- Barranco Carrillo, Ana. Educadora especialista del ETF Jódar-Mancha Real.
- Camacho Luque, Rosario. Psicóloga del ETF Alcaudete-Huelma.
- Cortés Arroyo, M^a del Carmen. Psicóloga del ETF Torredelcampo-Arjona.
- González de la Torre, M^a Luisa. Coordinadora de los ETF.
- Hernández Jiménez, José Antonio. Psicólogo del ETF Jódar-Mancha Real.
- Lara Palomino, Mario. Psicólogo del ETF La Puerta de Segura-Villacarrillo.
- López Garrido, Rocío. Trabajadora Social ETF Alcaudete-Huelma.
- Mendoza Anguita, Teresa. ETF Torredelcampo-Arjona.
- Simón López, Fernando. Psicólogo del ETF La Carolina-Bailén.

-Participación en el mismo:

-Todos y todas los profesionales que forman parte de los seis equipos de Tratamiento Familiar de la Diputación de Jaén.