

CONCEPTOS BASICOS EN PROTECCIÓN INFANTIL

Material Elaborado por: Alberto Porras Luque. Psicoterapeuta. Técnico en Protección Infantil.

San Sebastián 2022

1. El procedimiento general de intervención en Protección Infantil

En la mayoría de los textos de protección infantil se establece que el trabajo con estos casos implica varias fases, con contenidos diferenciados: en primer lugar, una detección (fase 1), donde un particular o profesional detecta indicadores en un menor susceptibles de ser atribuidos a un maltrato familiar. En ocasiones esta persona notificará a los Servicios Sociales su sospecha¹ y entraremos en la fase 2 (notificación), que dará lugar posiblemente a la actuación de dichos Servicios Sociales. La ley marca que la primera de estas actuaciones sea la de comprobar la veracidad de esta sospecha y la gravedad de la situación en caso de confirmarse fase 3, que llamamos investigación. Una vez comprobada, o esta sospecha se descartará, finalizando actuaciones o se confirmará y se clasificará en un nivel de gravedad. Esto dará paso a la fase 4 (evaluación), cuyo cometido es analizar las causas de esta situación para, partiendo de ellas, plantear un posterior tratamiento. Dicho tratamiento será la fase 5, que se prolongará hasta que la situación sea controlada y se cierre el caso (fase 6). En este periodo interventivo se deben realizar revisiones periódicas (semestrales) para analizar si la intervención es efectiva o debe ser modificada.

Este procedimiento no es sólo como un proceso administrativo por fases para construir un expediente que cumpla con los requisitos que establece la ley. Tiene además otra una razón de ser muy clara: su aplicación mejora el resultado de nuestra intervención, y su aplicación incorrecta reduce dichos resultados. Para ilustrar bien esta idea, comparemos el procedimiento descrito arriba para casos de desprotección infantil, con otro procedimiento de atención a patologías con el que estamos más familiarizados: la intervención médica.

Si un niño muestra un síntoma de enfermedad (tos fuerte y continuada) que no desaparece en el tiempo, estoy detectando una posible patología (fase de detección). Lo natural será que lo lleve al médico y le informe de mi preocupación (notificación). Posiblemente ese médico hará una pequeña investigación para determinar si la tos es indicativa de una patología o no, para ello es posible que tenga que hacer alguna prueba diagnóstica (investigación). Si se detecta enfermedad (digamos, una neumonía) el médico ha de establecer, antes de prescribir un tratamiento, el origen causal de esa neumonía (evaluación), ya que distintos tipos de neumonía se deben

¹Según nuestro marco legislativo cualquier persona que tenga conocimiento de una posible situación de maltrato infantil debe notificarlo a la autoridad competente: Servicios Sociales o Juzgados (Ley Orgánica 1/96, Ley Organica 8/2021).

a distintos tipos de microorganismos (virus, bacterias, hongos) y podrían precisar de variaciones en el tipo de tratamiento. Una vez decidido dicho origen se prescribirá dicho tratamiento e iniciará la fase de intervención.

Supongamos ahora que al identificar los síntomas el médico prescribe un tratamiento x a este chico. El médico, al preguntar sus padres el porqué de este tratamiento, responde “no se, no tengo muy claro qué tiene el niño o las causas, pero vamos a probar con esto a ver que tal y si mejora pues ya está”. Es de suponer que estos padres se pondrían muy nerviosos, puede que incluso acudieran a otro médico que les inspirase más confianza. Y de hecho, harían bien en preocuparse, porque incluso si los síntomas desaparecen, si no tenemos una buena explicación causal de los mismos corremos el riesgo de haber eliminado el síntoma pero no la enfermedad, que seguirá provocando otro tipo de malestar. Esto no los ha enseñado ya la medicina a través por ejemplo de la Psiquiatría.

En los años 50-60 se produjo en el ámbito de la Psiquiatría un gran avance en la investigación, desarrollo y uso de psicofármacos que mejoraron sustancialmente la vida de muchos pacientes (Clorpromacina en los años 50, Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina más adelante en los 60-70...etc). Fue sin duda un avance importante que mejoró y continúa mejorando la vida de muchos pacientes.

Pero décadas después sabemos que colocar las causas de la enfermedad mental en una disfunción cerebral que produce una desregulación en alguna sustancia química es una evaluación de la situación excesivamente simplista que no conducirá a una mejoría real de la vida del paciente, sino a un adormecimiento de sus síntomas, sin atacar la génesis del problema, que persistirá, ocasionado otros problemas. Si por ejemplo medicamos a una niña para su ansiedad o agresividad, y ésta se reduce, probablemente sus profesores, padres, compañeros convendrán que la intervención ha sido un éxito. Si esta ansiedad/agresividad estaba causada por un abuso sexual de su padre, todos estaremos más tranquilos, pero la niña seguirá sufriendo la misma enfermedad que se mostrará con bastante seguridad con el tiempo en otra sería de síntomas. Eliminar un síntoma no es resolver un problema.

Este ejemplo ilustra cómo seguir este método ayuda al profesional médico a mejorar su trabajo: ante un problema, y antes de tratarlo, primero lo diagnosticamos para conocer su alcance y origen. Una vez conocemos sus causas elegimos el mejor de los tratamientos que tenemos disponible para mejorar dichos factores causales. Una vez el tratamiento está en marcha hay que evaluarlo periódicamente en nuevo para comprobar si funciona o no. Quizás lo que habitualmente funciona, con este paciente no lo hace, o quizás mi análisis de las causas era erróneo.

Lo mismo sucede en Protección Infantil: por muy buenos equipos de intervención que tengamos, sino sabemos apuntar bien a las causas del problema al inicio y durante el tratamiento, no mejoraremos realmente la vida de las familias. De igual forma, sino calibramos bien la gravedad del problema, corremos el riesgo de comprometer la eficacia de la intervención o la salud del propio menor. De ahí la importancia de conocer el procedimiento general de trabajo en Protección Infantil y el papel de la Investigación-Evaluación en el mismo. Es una idea muy simple en realidad, que probablemente no sorprende a nadie. Sin embargo, esta simple idea, tiende en ocasiones a difuminarse y perderse en la práctica diaria en Protección Infantil debido a lo complejo y a veces urgente de nuestro trabajo, lo cual puede generar riesgos tan graves como los ilustrados en el ejemplo anterior.

En realidad, contamos con muchas dificultades en el trabajo que favorecen estos errores: en ocasiones tenemos más trabajo del que podemos asumir. Otras veces la urgencia del caso nos moviliza tan rápido que no hay tiempo de pensar sobre causas. Y otras veces es la propia familia la que, en su difícil situación, nos inunda de peticiones, demandas e información de forma que nos hacen perder de vista lo esencial y nos sentimos perdidos con el caso.

En estas ocasiones se corre el riesgo cometer errores diferentes, todos ellos de calado. Te describo algunos de ellos a modo ilustrativo:

- Activar “intervenciones reactivas”: llamo así a aquellas intervenciones que buscan reducir síntomas sin preguntarse por sus causas. Es como hemos visto un error que puede darse también en Psiquiatría cuando la medicación sustituye el análisis causal de la problemática del paciente. En nuestro caso se trata de intervenciones que depositan una importante carga de energía en reducir síntomas como la agresividad, el consumo de drogas o el absentismo escolar, sin analizar a qué se deben esos síntomas y si ese análisis causal deriva en una necesidad de tratamiento diferente.
- Intervenir durante largo tiempo con una familia sin preguntarnos por la evolución del nivel de eficacia de la intervención: que podemos testar por ejemplo midiendo el nivel de gravedad de la desprotección periódicamente para comprobar la situación del menor y la pertinencia de mantener mi intervención.
- Tomar decisiones importantes sobre un caso sin evaluarlo en detalle previamente, o lo que algunas autoras han llamado “visión de tunel” (Munro, 1999). Cuando hay mucha información sobre un caso, pero a la hora de tomar una decisión sobre el mismo, debido a la carga de trabajo generalmente, nos basamos en las informaciones más recientes, o las más llamativas, sin valorar el caso en su conjunto.

De hecho, algunos estudios ya clásicos han demostrado que en la base de muchas decisiones erróneas sobre casos, que costaron la vida a niños y niñas, estaba el no contar con una buena evaluación en ese momento que ayudara a dicha

decisión cometiendo estos u otros errores en la toma de decisión (Reader y Duncan, 1999).

Cuando esto sucede, la familia y el profesional corren el riesgo de aliarse, casi siempre sin saberlo, en una resistencia al cambio en la que lo más probable es los cambios que se den no sean sino sobre cuestiones secundarias, porque ir al meollo del problema sería muy doloroso para unos y otros. Son situaciones que corren el riesgo de frustrar mucho a profesionales y familias, ya que se consumen muchas energías por ambas partes para no producir apenas resultados.

Durante muchos años trabajando en este terreno, he llegado a la conclusión de que la capacidad de realizar buenas (y ágiles) investigaciones-evaluaciones de un caso es una gran herramienta de trabajo en Protección Infantil, que ayuda a prevenir estos y otros riesgos, mejorando la calidad de la intervención. Esto implica la capacidad de investigar-evaluar casos de forma ágil y eficaz. Sin embargo, las tareas de investigación y evaluación en Protección Infantil tienden a verse como procesos largos y costosos que se realizan una sola vez en la vida de un caso.

Este es el origen de este libro: ayudar al profesional que trabaja en cualquier parte del sistema de protección infantil a contar con herramientas prácticas para investigar y evaluar un caso de forma ágil y eficaz en cualquier momento de la intervención con el caso.

Para ello describiremos con detalle qué es y como se realizan estos procesos de trabajo. Así que volvamos por un momento al principio, definiendo bien de qué vamos a hablar cuando nos referimos a la investigación y la evaluación de un caso.

2. Investigación y evaluación de sospechas de desprotección infantil: de qué hablamos

Según uno de los manuales de Protección Infantil más utilizados en España (De paul y Arruabarrena, 2001), la investigación es básicamente el conjunto de gestiones realizadas por el profesional con el objetivo de verificar si la notificación recibida, que obviamente referirá una sospecha más o menos clara de una situación de maltrato infantil, es o no cierta. Si lo fuera, debe determinar también otras tres cosas: a) cuál es su nivel de gravedad, es decir, cuanto de peligrosa es la situación para el menor, b) qué riesgo de re-ocurrencia existe, es decir, discernir si ha sido un incidente puntual que no parece probable se repita o por el contrario hay riesgo de que se repita y c) si son o no necesarias medidas urgentes de protección, en los casos más extremos, será pertinente separar al menor de su familia para ponerle a salvo mientras se recogen más información y se toman decisiones más estables.

La investigación es pues el momento para tomar 3 decisiones sobre un caso: a) ¿es un caso de desprotección infantil?, b) ¿Qué nivel de gravedad tiene?, y c) ¿debo adoptar o proponer alguna medida urgente?

Responder estas preguntas requiere un tipo de información. Para recoger dicha información, en términos generales, será necesario realizar entrevistas y contactos con las figuras parentales y es muy posible que con otros miembros de la familia, el propio menor y aquellos profesionales en contacto con él (profesores, pediatras...etc). Estas entrevistas tendrán por objeto responder las preguntas del párrafo anterior.

En cuanto a la evaluación, tiene sentido únicamente tras la constatación de la existencia de una situación de desprotección, ya que su objetivo es identificar los factores causales de la misma y determinar el mejor y más simple tratamiento posible para su remisión. Para determinar el tratamiento será necesario a su vez contar con un pronóstico de capacitación familiar, es decir, que probabilidad de cambios atribuimos a los miembros de la familia.

También para ello serán necesarias entrevistas y contactos con miembros de la familia, el menor y otros profesionales. En este caso, el objeto de dichas entrevistas será el de responder a lo indicado también en el párrafo anterior.

Pese a que responden a preguntas diferentes y por lo tanto requerirán información diferente y en muchos casos, técnicas y estrategias diferentes, Investigación y evaluación son procesos que muy a menudo van unidos y son simultáneos.

Esto es así porque la diferenciación que hacemos entre ambos es puramente teórica. En la práctica las personas con las que trabajamos contenidos relativos a la investigación o evaluación son las mismas. Por ejemplo: en una entrevista de investigación trato de determinar la gravedad una situación de violencia de género para evaluar cómo afecta a los menores. La madre al hablar de esto conecta con la situación en casa cuando ella tenía la edad que ahora tienen sus hijos y lo mal que lo pasó. Esta es una situación frecuente y no parece muy sensato contestar a esta madre “lo siento, pero estoy investigando y ahora no me interesa tu infancia, ya hablaremos de tu infancia cuando lo diga mi procedimiento”. Estoy pues investigando y evaluando al mismo tiempo. Sin embargo, esto no implica que ambas tareas no estén conceptualmente diferenciadas ni que el profesional no deba saber diferenciarlas. Veamos esto más despacio con un ejemplo, ya que tiene implicaciones prácticas importantes en el trato con las familias.

En un contexto de una primera investigación tras una notificación de una sospecha de maltrato físico un padre nos cuenta que el día anterior su hijo adolescente había llegado dos horas más tarde de lo estipulado. Al reprimirle por ello, ambos iniciaron una escalada de conflicto que acabo, según el padre, en dos fuertes bofetones del padre al menor.

Una respuesta habitual puede ser la de empalmar con el menor y tratar con el padre otras alternativas para trabajar y mantener los límites con su hijo sin necesidad de la agresión física. Otra bastante habitual puede ser la de explorar con el padre los motivos por los que precisa de este método y no otros. Cualquiera de ambas dos, pierden de vista que estamos en una fase de investigación donde hemos de

comprobar la existencia y gravedad de un supuesto maltrato físico. Parece más adecuado si tenemos esto en cuenta, mostrar una actitud corporal y lingüística de impasibilidad ante lo referido por el padre y dirigir la conversación hacia otras veces en las que hayan sucedido estos incidentes, los detalles del mismo con el objetivo de trazar la intensidad y la frecuencia del maltrato físico. Si optamos por las primeras respuestas, es muy posible que, de forma consciente o no, traslademos al padre nuestra percepción de lo inadecuado de este comportamiento, lo que muy posiblemente provocará el retraimiento a la hora de trasladarnos más información al respecto. Hemos de tener claro la diferencia entre investigar y evaluar y modular nuestras estrategias de comunicación en base a ello.

Diferenciar entre investigación y evaluación no es pues algo meramente teórico, sino que como vemos, tiene implicaciones prácticas que condicionan como interactuamos en las familias, como enfocamos intervenciones, como redactamos informes. Como muchas otras clasificaciones que no son la realidad, sino un simple mapa de la realidad, la clasificación y división entre investigación y evaluación, usada debidamente es de gran utilidad práctica. Debemos ser capaces de usarlas de forma ágil en diferentes momentos clave de la evolución del caso.

3. Utilidades prácticas de la investigación-evaluación concebidas como herramientas de trabajo

Además de lo anterior, y esto es esencial, la investigación y evaluación de un caso debe verse también como un proceso de análisis necesario antes de adoptar cualquier decisión importante sobre un caso. Son tareas que deben considerarse parte de la intervención, una intervención en sí misma. Es decir, debemos entenderlos como procesos dinámicos y continuos, no sólo como una fase de trabajo estanca que va al final de la notificación y al antes de la intervención, tal y como como lo describen muchos manuales de procedimiento en muchas Comunidades Autónomas. Más bien por el contrario, en cualquier intervención eficaz el profesional debe poder investigar-evaluar el caso (reevaluarlo en realidad) de forma ágil e intuitiva muchas veces. Esto dificultará que caigamos en la trampa de las resistencias y tratemos en cada momento lo esencial del caso, y no lo secundario.

En resumen, te planteo ver la investigación y evaluación de un caso como una herramienta de trabajo con muchas utilidades durante todo el proceso interventivo con un caso, más que como una fase del trabajo. Veamos con ejemplos concretos cuáles son algunas de estas las utilidades de estas herramientas de trabajo, como verás tienen que ver con evitar los errores a los que antes hacíamos referencia.

- Economiza esfuerzos profesionales

Diferenciar adecuadamente entre investigación y evaluación permite aplicar en un primer momento, tras la recepción del caso, la primera de una forma más rápida en una primera investigación para determinar si existe desprotección y su nivel de gravedad y según el resultado decidir si se realiza o no un trabajo más completo sobre las causas de la misma. Recuerdo una notificación de una sospecha

de negligencia en la capacidad de unas figuras parentales de supervisar adecuadamente a unos niños pequeños, provocada al encontrar a un niño de 5 años solo en la calle a las 21.00 horas. La investigación indicó que fue un accidente fortuito que no parecía fuera a repetirse y el expediente se cerró en ese mismo momento, sin necesidad de un trabajo más exhaustivo. Realizar en primer lugar una investigación inicial focalizada en el motivo de la notificación, antes de tomar la decisión de evaluar el caso o poner en marcha una intervención es una práctica muy sensata.

- Ayuda a redirigir intervenciones que están fallando

Un equipo de intervención lleva dos años y medio trabajando en un caso con importantes dificultades de la madre para interactuar de forma afectiva y calurosa con sus dos hijos de 4 y 6 años y una importante impredecibilidad en su funcionamiento diario (cambios habituales de pareja, de domicilio, dificultad para organizar rutinas y horarios...). Las parejas iban y venían con lo que el trabajo principal era con la madre y sus hijos, bajo la hipótesis de que para mejorar la capacidad de interactuar con sus hijos de esta madre era necesario trabajar a través de un tratamiento psicológico individual ciertos eventos traumáticos que la bloqueaban y a nivel educativo ayudarle a estructurar su vida y el tiempo de calidad que pasaba con sus hijos.

Después de algunos avances y mejoras importantes en la familia, se dan 8 meses en los que hay un retroceso importante en la no disponibilidad afectiva de la madre para con sus hijos y las resistencias hacia la intervención, que habían aumentado hasta el punto de que los profesionales tenían la sensación de que no merecía la pena seguir trabajando con esta madre. Tras analizar el caso en detalle aparece un elemento clave, bastante claro, pero que hasta ahora no habíamos considerado: la madre hacia poco menos de un año inició una relación con un hombre que, aunque no convivía con ella y los niños, tenía una fuerte relación e influencia sobre ella.

Este hombre había convencido a la madre de que el equipo de profesionales a cargo de la intervención tenían por objeto incapacitarle como madre para quitarle a sus hijos (esa había sido su experiencia previa con otra pareja), y de que ella realmente no tenía dificultad alguna con sus hijos. Esto, unido a la dependencia de esta madre hacia su nueva pareja, provocó probablemente una regresión en las mejorías adquiridas y una desconfianza hacia la intervención.

Sin embargo, el equipo de intervención tenía puesta la “marcha interventiva” habitual, tratando de seguir con el plan de intervención previsto y preocupándose por el empeoramiento del caso: no se había dedicado ni una sola de las horas de intervención a un análisis sosegado del caso para re-evaluar su empeoramiento: todas las horas de trabajo seguían dedicadas a tratar de sacar adelante el plan de intervención diseñado. Al analizar el caso detenidamente en una supervisión para re-evaluarlo el equipo se ofrece la posibilidad de ordenar, sentir e integrar la información con la que cuenta del caso y aparece la hipótesis arriba indicada: desde

hacia unos meses existía una nueva variable causal que modificaba la situación, las creencias trasladadas por su nueva pareja y la dependencia de esta mujer hacía él. Se había seguido con el mismo esquema interventivo cuando la evaluación causal debía modificarse. El contenido de la intervención debía pues modificarse como consecuencia de una nueva evaluación y no seguir como se venía haciendo hasta ahora. No fue necesario aquí de hacer una nueva evaluación completa empezando del caso, sino de adaptar la existente.

- Ayuda a medir la eficacia de una intervención y tomar decisiones en consecuencia.

Tras 3 largos años de intervención, la situación de atasco con una familia hace que un equipo interventivo consulte el caso para su supervisión. La situación es muy mala, 4 niños/as muy pequeños (de entre 2 y 6 años) viviendo en condiciones de higiene, alimentación y cuidados básicos muy precarios. Revisando la evolución del caso vemos que desde el inicio de la intervención la situación era similar y no ha variado. Pese a los intentos desde diversas perspectivas interventivas, la familia no ha producido ningún cambio relevante. Los profesionales muestran una gran impotencia y frustración y piden ayuda sobre qué estrategias de intervención desplegar para producir cambios. El análisis de la investigación del caso en varios momentos del mismo (al inicio, los dos, tres y cuatro años de intervención) nos hace ver que la gravedad de la situación de los menores no solo no ha mejorado, sino que empeora, siendo ya muy alta desde el principio.

Esto nos permite identificar uno de los problemas fundamentales en la gestión de este caso: los profesionales se han adaptado al fracaso en esta familia y toleran unos niveles de gravedad en unos menores de edades muy tempranas que entran dentro en lo intolerable en términos de seguridad y cuidados básicos de niños tan pequeños. Algunos autores han descrito esto como el “síndrome de acomodación al fracaso” (Munro, 1999). Tomar conciencia de esto permite analizar el caso desde otra perspectiva, no preguntándose que estrategias de intervención puedo desplegar sino si los niños pueden convivir en ese domicilio más tiempo. Esto solo es posible si podemos analizar con facilidad los distintos niveles de gravedad del caso en distintos momentos de la intervención para analizar el resultado de la misma.

- Ayuda a mejorar la eficacia de una intervención desde su inicio

Andrés, menor de 12 años es hiperactivo y muestra mucha agresividad en el contexto escolar, que tras tratar de corregir la situación con el menor y sus padres y no conseguirlo, notifica a servicios sociales esta situación. Se inicia un tratamiento educativo y psicológico cuyo objetivo es “reducir la ansiedad y agresividad del menor”. Esta puede ser una situación relativamente común en Servicios Sociales.

La evaluación de las causas de su agresividad puede dar diversos resultados: ¿tienen un problema hormonal?, ¿quiere mostrar a su padre, en la cárcel por delitos violentos, que él también es un hombre fuerte? ¿es su forma de elaborar el maltrato físico recibido? ¿arremete solo contra mujeres porque odia a su madre...o por que la

teme? ¿se defiende de un acoso de la mejor que puede?... Antes de iniciar el tratamiento debo tener una hipótesis al respecto ya que en función de si la causa de ese comportamiento agresivo es una u otra de las mencionadas, el tratamiento puede ser bien diferente. Si en la base de este comportamiento hay una idealización de su padre y la intervención se centra trabajar la relación con su madre es posible que no consigamos lo que queremos. Si en la base de este comportamiento esta su imposibilidad de elaborar episodios violentos en casa, que solo puede manejar recreándolos, y el tratamiento se centra en cómo defenderse de un acoso de iguales (que puede existir también) es posible que tampoco tengamos buenos resultados.

Contar con una buena hipótesis causal antes de iniciar un tratamiento mejorará el resultado del mismo. Revisar y actualizar esta hipótesis para afinarla según nuevas informaciones del caso también. Si esto no es posible, antes de iniciar la fase de tratamiento, el equipo interventivo dedicará la fase de evaluación para obtener dicha hipótesis y desde ella plantear un tipo de tratamiento u otro. Tener en marcha una intervención sin una hipótesis causal del daño en el menor es siempre arriesgado. De hecho, acertar en dichas hipótesis es en mi opinión una de las claves del éxito de una intervención, sino tenemos claro a dónde apuntar, da igual las armas que tengamos.

- Ayuda a evitar el riesgo de alargar intervenciones de forma innecesaria. Durante las intervenciones, marcamos objetivos de trabajo adecuados y positivos para la familia. Pero, ¿hasta cuándo debemos trabajar con una familia? Cuando se ha alcanzado el nivel de logro adecuado para cerrar una intervención. No debemos olvidar el principio de mínima intervención posible que nos pide que intervengamos en las familias con el tiempo y la intensidad mínimas para mejorar la situación. En ocasiones, especialmente tras intervenciones largas, podemos correr el riesgo de prolongar intervenciones innecesariamente porque la familia o el profesional así lo demandan, en una dependencia mutua. El análisis del nivel de gravedad de un caso es una variable determinante (no la única) para decidir sobre el fin de nuestras intervenciones. Cerramos cuando obtenemos una reducción del nivel de gravedad suficiente y acorde a nuestras competencias. Para ello es necesario realizar análisis periódicos del nivel de gravedad del maltrato que sufre un menor, es decir, investigaciones.

4. Conclusión

En resumen: manejar de forma fluida y ágil los contenidos y procedimientos tanto de una investigación, como de una evaluación es una herramienta básica en todo el proceso de interventivo con un caso mejorará la eficacia con la que trabajas con los casos. En Protección Infantil hemos entendido las tareas de investigación y evaluación como procesos complejos, largos y ligados a la redacción de informes que sustentan el inicio de una intervención. Con menos frecuencia nos volvemos a hacer las preguntas de la investigación o de la evaluación en el transcurso de la intervención. Esto ha provocado que la evaluación sea realizada una única vez, y no de forma flexible a lo largo de toda la intervención con el caso. Lo mismo sucede creo con la investigación.

Ahora bien, usarlas ágilmente presenta algunas dificultades prácticas importantes: ¿Cómo diferencio en la práctica una investigación de una evaluación, cuando las personas entrevistadas son las mismas? ¿Qué información es la más importante en cada caso para responder a los objetivos de la investigación/evaluación? ¿Cómo optimizo estos procedimientos en un contexto de sobrecarga de trabajo? ¿Cuál es un procedimiento estándar adecuado para estas dos tareas? ¿Cómo aplico ese procedimiento con más o menos exhaustividad de forma habitual en un caso? ¿Cómo entrevisto a un niño/a en este contexto de trabajo? ¿y a un adulto? ¿Cómo les motivo para ello?

Así que dominar estas cuestiones con soltura de forma que sean una herramienta más de las muchas que vamos a necesitar para que la intervención con las familias que trabajamos sea más eficaz no parece mala idea.

La tabla siguiente resume las distintas fases de intervención y las principales preguntas/tareas a realizar en cada una de ellas. En el resto de documentos de la web puedes ver con más detalle cada una de estas tareas.

RECEPCIÓN DEL CASO (Protocolo recepción)	INVESTIGACIÓN (Informe de investigación)	EVALUACIÓN (Informe de invest-evaluación)	INTERVENCIÓN (Plan de caso)
<p>1. <i>Recepción de la notificación y análisis inicial del nivel de prioridad/urgencia.</i></p> <p>¿Quién y cómo notifica? ¿Debo “limpiar” la notificación? Si es que sí, ¿Cómo? ¿La familia está informada? ¿Qué actitud tiene la familia? ¿Hay que preservar al notificante de alguna forma? ¿El niño/a está en peligro? ¿Qué prisa debo darle? ¿Es un caso de desprotección o intervención temprana?</p> <p>2. <i>Estudio del expediente disponible.</i></p> <p>¿Qué información hay en mi servicio u otros servicios de protección al menor? ¿Qué parte de esa información está contrastada y no está?</p> <p>3. <i>Focalización inicial del caso</i></p> <p>¿Qué preguntas ha de aclarar mi investigación inicial? ¿Qué tipologías de maltrato se notifican? No preguntarse por lo ya contrastado (Evitar repeticiones de informaciones ya contrastadas)</p> <p>4. <i>Planificación gestiones investigación</i></p> <p>¿Cómo voy a hacer el encuadre inicial? ¿Qué entrevistas necesito hacer en la investigación y con quien para responder al/los foco/s? ¿Qué pretendo obtener de cada entrevista para mi foco? ¿Debo entrevistar al niño/a? ¿Test? ¿Instrumentos?</p>	<p>1. <i>Gestiones de recogida de información sobre los focos identificados anteriormente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportamiento parental: ¿Qué aspectos concretos de la parentalidad está comprometidos? ¿Cuáles funcionan bien? Los focos han de formular en qué partes concretas de la parentalidad se ha de prestar especial atención. ¿Qué elementos hay en el contexto que compensan los déficits parentales (familia extensa, amigos...etc?) ▪ Daño en el menor/necesidades: ¿qué indicadores presenta el menor? ¿cómo afectan esos indicadores da su vida diaria? ¿Qué factores de protección tiene el menor? ¿Compensan los indicadores de riesgo? Los focos han de formular en qué partes concretas de la vida del menor nos vamos a centrar. ▪ Elementos críticos: ¿cuáles son las informaciones clave en este caso a contrastar? <p>2. <i>Re-focalización y establecimiento del nivel de gravedad: Tras la recogida de información ¿han surgido nuevos focos? ¿Están contestados? Nivel de gravedad atribuido al caso</i></p>	<p>1. <i>Recogida de información sobre causas de la situación de desprotección</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Historia previa ▪ Mensajes conductas mal-tratantes ▪ Modelo explicativo del caso <p>2. <i>Recogida de información sobre el pronóstico de capacitación</i></p> <p>3. <i>Re-focalización: surgen nuevos focos al hablar de los puntos anteriores. ¿quedan contestados? ¿pueden contestarse durante la intervención?</i></p> <p>4. <i>Confirmación nivel de gravedad: ¿El pronóstico de capacitación modifica el nivel de gravedad? ¿hay nueva información que modifica el nivel de gravedad)</i></p> <p>5. <i>Plan de tratamiento: ver columna siguiente.</i></p>	<p>1. <i>Definición del modelo explicativo</i></p> <p>No es necesario que esté en el propio plan, pero se ha de entrever.</p> <p>2. <i>Plasmar el modelo en los objetivos de un plan de caso</i></p> <p>¿He puesto pocos objetivos? ¿los objetivos hacen referencia a los aspectos claves del caso? ¿si alguien lee mis objetivos se hace una idea de mi modelo explicativo? ¿los objetivos que he puesto son realistas a conseguir en el periodo de tiempo que marca el plan? ¿cómo voy a medir si consigo los objetivos?</p> <p>3. <i>Marcar recursos y estrategias en el plan de caso para lograr los objetivos</i></p> <p>4. <i>Evaluar tras un periodo de intervención: a) qué objetivos se han logrado/no logrado y no logrado, b) que cambios de estrategia/recursos/objetivos se desprenden de la evaluación anterior. Incorporar cambios de estrategia/recursos si es preciso</i></p> <p>5. <i>Elaborar un nuevo plan de caso</i></p> <p>6. <i>Cierre del caso ¿motivos? Análisis motivos por los gestores del programa</i></p>

5. Bibliografía

De Paúl, J y Arruabarrena, M.I (2001): Manual de protección infantil (2ª ed.).

Barcelona: Masson.

Reader, P., and Duncan,S (1999). *Lost Innocents*. Routledge. London.

Munro, E. (1999): "Common error of reasoning in child protection". *Child Abuse & Neglect*. Volume 23, Issue 8, August 1999, Pages 745-758