



ANEXO II AO CONVENIO ENTRE A XUNTA DE GALICIA (CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL) E A FUNDACIÓN UNIVERSIDADE A CORUÑA

AVALIACIÓN E TRATAMENTO TERAPÉUTICO DE MENORES EN SITUACIÓN DE RISCO OU DESAMPARO *2019*



ÍNDICE UNA VEZ REALIZADOS/ACEPTADOS CAMBIOS HAY QUE MODIFICAR NUMERACIÓN DE ESTE ÍNDICE

RESUMO EXECUTIVO	3
XUSTIFICACIÓN DA NECESIDADE DO PROGRAMA	5
Dano e vulnerabilidade psicolóxica dos nenos no sistema de protección	5
Situacións de trauma relacional e dificultades de apego	5
Dificultades emocionais e psicolóxicas asociadas	7
Dificultades no ámbito educativo	7
Transición da adolescencia cara a emancipación	8
Conclusión: A necesidade de atención terapéutica	8
METODOLOXÍA DE APLICACIÓN DO PROGRAMA	10
Destinatarios	10
Derivación ao programa	10
Dirección, coordinación, e supervisión clínica desde a UDC	12
Coordinación e procedemento de supervisión	13
Atención de Apoio para a Intervención en Crise	15
O PROCESO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	16
Avaliación e formulación do tratamento	21
Valorar as necesidades e dificultades do menor	21
Elaborar e comunicar o plan de tratamento	21
O Tratamento	22
Definición	22
Terapia familiar	23
Intervención en Crise	23
Terapia de grupo	24
Desenvolvemento do tratamento	25
Terminación e decisións de seguimento	25
ORZAMENTO	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27



RESUMO EXECUTIVO

O presente documento define un programa para o tratamento terapéutico de nenos e adolescentes que teñen un expediente aberto polo Servizo de protección de menores dependente da Dirección Xeral de Familia, Infancia e Dinamización Demográfica e que mostran desaxustes emocionais e condutuais severos orixinados ou relacionados con:

- a situación de desprotección e/ou maltrato que sufriron
- a medida de separación da súa familia que se derivou da súa situación de desamparo
- a existencia de dificultades severas ou cronicadas na convivencia dentro da súa familia de orixe

O documento estrutúrase en varios apartados: *xustificación da necesidade* do programa, *metodoloxía* da intervención (estrutura de coordinación-supervisión de equipos, e modelo de tratamento), e *orçamento* estimado. Tanto o modelo de tratamento terapéutico coma todo o procedemento proposto para a aplicación dun servizo destas características están baseados na avaliación de resultados de programas similares levados a cabo no noso país e en países do noso ámbito. Por outro lado, as experiencias previas de servizos similares en Galicia foron unha fonte fundamental para o desenvolvemento da presente proposta. De forma especial o *programa piloto* (15 casos) levado a cabo na Unidade de Investigación en Intervención e Coidado Familiar (UIICF) da Universidade da Coruña a través dun contrato de servizo coa Consellería de Traballo e Benestar (Xunta de Galicia) en 2010-2011, ampliado despois, mediante convenio, nos anos 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018.

A creación e aplicación dun servizo especializado e de calidade para a atención terapéutica aos menores que se encontran no contexto de protección á Infancia baséase nos seguintes fundamentos:

- O servizo ha de *integrarse na rede profesional* de atención socio-sanitaria e educativa e está orientado a crear unha sinerxía óptima coa atención de saúde mental e os dispositivos de acollemento residencial (ou familiar se é o caso).
- Unha *rede de Equipos de Tratamento* fan posible que o servizo chegue a toda a Comunidade Autónoma, integrando nesa rede *recursos públicos* (equipo da Universidade da Coruña e da Universidade de Santiago) xunto con *gabinetes privados* que cumpren uns requisitos de excelencia (tanto no seu persoal coma na súa traxectoria profesional). Esta integración de recursos permite a eficacia do programa e tamén a súa *eficiencia en termos de custo-resultado*.
- A *calidade científica* do servizo garántese mediante a estrutura de recursos científico-técnicos que proporciona a Universidade da Coruña a través da Fundación Universidade da Coruña. Os ditos recursos de alta especialización acometen a valoración dos casos, formación e supervisión periódica de toda a rede de tratamento, e avaliación de resultados. A *investigación do proceso e resultados* do programa ha de proporcionar un avance continuo na eficacia e un modelo de traballo caracterizado pola innovación e a eficacia.



- O modelo de tratamento, o traballo en equipo, a supervisión clínica e a investigación son os mecanismos que permiten homoxeneizar e manter a calidade do tratamento. A supervisión farase en reunións periódicas e cando sexa necesario contará con asesoramento de profesionais da UDC en campos como a psicoloxía e a psiquiatría.
- O orzamento presentado ascende a 235.019,37 e distribúese fundamentalmente en gastos de coordinación-supervisión técnica e científica e no custo da atención terapéutica (sobre a base dunha tarifa de custo por sesión de terapia) que permitiría dar tratamento a 290 casos.

XUSTIFICACIÓN DA NECESIDADE DO PROGRAMA

Dano e vulnerabilidade psicolóxica dos nenos no sistema de protección

Os nenos no sistema de protección de menores constitúen unha poboación de gran vulnerabilidade (Bruskas, 2008; Klee, Kronstadt, e Zlotnick, 1997). Por un lado, a maioría deles, se non todos, entran no sistema despois de sufrir experiencias traumáticas de diferente índole (abandono, abuso, maltrato físico ou sexual, alto nivel de conflito, etc.) ao longo das súas vidas nos seus ámbitos familiares. Por outro lado, unha vez dentro do sistema de protección, existe o risco de que aumente a súa vulnerabilidade polo dano que lles pode producir o cambio e a inestabilidade do ámbito e dos profesionais que os atenden (Bruskas, 2008).

Polo xeral, para tomar a medida de separar un neno dos seus pais biolóxicos requírese ter comprobado a existencia de maltrato e dun alto nivel de desprotección; non se toma unha medida desta gravidade por unha mera exposición ao risco de maltrato cando hai outras alternativas. E é de grande importancia considerar que, para moitos destes nenos, tanto o maltrato previo, incluíndo o abandono, como a propia separación da familia de orixe son feitos traumáticos que poden afectar ao seu desenvolvemento socio-emocional presente e futuro, así como á súa saúde mental (Klee e outros, 1997; Schneider e Phares, 2004). Por outro lado, cando os servizos de protección poden manter aos menores coa súa familia, precisamente para evitar os efectos negativos da separación, sempre se fai baixo medidas de atención e supervisión psico-social, e só en casos nos que o nivel de risco o permite e se evidencia un compromiso da familia para cambiar.

Hai un número considerable de *investigacións que evidencian a prevalencia de problemas de desenvolvemento, emocionais, comportamentais e educativos* na poboación de nenos que están dentro do sistema de protección (Bruskas, 2008; Klee e outros, 1997; Schneider e Phares, 2004). Todos eses problemas, cando non se trataron axeitadamente, teñen ademais unha incidencia moi negativa na vida dos menores cando lles chega a idade na que teñen que facer a transición dende os seus centros de protección ou familias acolledoras á emancipación adulta; con frecuencia vense expostos a tomar decisións inadecuadas que lles impiden obter un nivel de saúde e satisfacción vital óptimo. Un dos factores que explica este risco de frac-



so nesa transición é a vulnerabilidade emocional mencionada anteriormente, que se ve cronificada cando o neno se encontra nun contexto de escaseza de recursos e apoios emocionais e materiais (Kirby e Hardesty, 1998).

Situacións de trauma relacional e dificultades de apego

Polo tanto, é necesario poñer especial atención ás situacións de maltrato e desamparo ás que se viron sometidos os nenos con medidas de protección ao longo das súas vidas, para entender os seus efectos e desa forma definir axeitadamente as necesidades terapéuticas que se requiren. O desamparo que motiva a separación do menor das súas familia de orixe susténtase na detección dun rango amplo de condutas definidas como "abuso e abandono infantil" severo que poden ser de índole física (maltrato físico) ou emocional (maltrato psicolóxico) e caracterizadas ben pola súa presenza e/ou exceso (agresividade, abuso sexual), ben pola súa ausencia e/ou defecto (abandono, indiferenza).

En moitos casos, independentemente de como foi o proceso de desprotección que sufriu o menor (se tivo que ver cun contexto de pobreza e negligencia, ou de maltrato e violencia, etc.) e que lle levou a necesitar o amparo do sistema de protección á infancia, produciuse ademais unha ruptura drástica do sentido de seguridade emocional e/ou física do menor por parte de familiares ou acolledores. Cando esa ruptura ou violación drástica do sentido de seguridade emocional e afectiva acontece en situacións puntuais pero moi críticas, ou ben en situacións continuadas e polo tanto cronificadas ao longo do tempo, aumenta a probabilidade de que esas vivencias dean lugar a experiencias de *trauma relacional* (Sheinber e True, 2009). Son experiencias críticas de desamparo que están asociadas á ruptura relacional do menor coas figuras de apego das que máis depende e confía durante a infancia, privándoo da seguridade, protección e estabilidade física e emocional necesarias para un desenvolvemento axeitado.

Estas situacións, ademais da experiencia directa de maltrato físico e psicolóxico, inclúen tamén separacións complicadas, a morte dun pai/nai, ter un coidador alcohólico ou toxicómano, ou ser testemuña de violencia doméstica. A auto-estima do menor vese afectada nestas situacións porque a subxectividade do neno/a é subxugada pola vontade dunha persoa na que confiaba e á que necesitaba. Unha característica asociada a vivir este tipo de experiencia traumática é que os nenos con frecuencia se senten culpables da situación da que son vítimas.

En contraste cun escenario óptimo de *apego afectivo*, un ámbito de maltrato e abandono pode dar lugar a estados de activación afectiva negativa no neno que en ocasións se prolongan no tempo e que poden considerarse como trauma relacional (Sheinberg e True, 2009; Schore, 2010). Cando un pai ou coidador infrinxe maltrato de calquera tipo, ademais do dano ou deterioración física concreta que se produza, está a transmitir inaccesibilidade emocional e unha resposta afectiva negativa (rexeitamento, castigo ou indiferenza) ante as expresións de vulnerabilidade e estrés do neno.

O neno que sofre vivencias de maltrato encóntrase cunha participación insuficiente ou impredecible dos pais nos procesos (psicolóxicos e tamén fisiolóxicos) de regulación emocio-



nal, cando se encontra precisamente nunha etapa do seu desenvolvemento na que depende da *figura de apego* para axudarlle a regular as súas emocións e proporcionar seguridade e protección (Schore, 2010). Nestas situacións, as respostas dos pais ou coidadores inducen (ou polo menos manteñen) niveis extremos de estrés e intensidade emocional negativa, cando o esperable é que modulasen ese tipo de respostas no neno. A presenza prolongada ou moi aguda de estados deste tipo no neno pode dar lugar a grandes danos emocionais e de desenvolvemento.

Dificultades emocionais e psicolóxicas asociadas

Os nenos cunha historia de maltrato, abandono, ou conflito, e os que adicionalmente sofren o trauma de ter que ser separados dos seus pais (cos sentimentos asociados de medo e confusión) son vulnerables a unha serie de dificultades emocionais, conductuais e psicolóxicas (Bruskas, 2008; Schore, 2010; Sheinberg e True, 2009). A investigación actual fórmúlanos que a reacción psico-biolóxica do neno fronte ao trauma mostra principalmente dous patróns diferentes de resposta: *hiperactivación e disociación* (Schore, 2010). Un ámbito con pais ou coidadores ausentes, inconsistentes, frustrados, violentos, intrusivos e/ou negligentes, non proporciona a protección e alivio necesarios para axudar ao neno a regular as súas emocións e regresar a un nivel afectivo equilibrado (caracterizado pola sensación de seguridade e serenidade). Como resultado, é frecuente que os nenos desenvolvan falta de confianza tanto nas súas propias emocións e capacidade de autorregularse, así como na capacidade doutros para axudarlles. Ante a carencia de recursos (tanto internos coma externos) para regularse, os nenos desenvolven ben estados de hiperactividade caracterizados por un alto nivel de impulsividade e falta de control, ou ben estados de disociación caracterizados pola inexpressión emocional e o illamento social.

Xunto cos problemas asociados aos déficits de apego, hai que sumar a susceptibilidade nestes nenos as dificultades emocionais e conductuais de diversa índole, incluíndo depresión, dificultades en habilidades sociais, ansiedade, e síntomas de estrés post-traumático (Bruskas, 2008).

Dificultades no ámbito educativo

A historia de vida dos nenos no sistema de protección móstranos outro aspecto de grande impacto no seu desenvolvemento psico-social: xunto ás dificultades emocionais e psicolóxicas sinaladas máis arriba, os frecuentes cambios de domicilio e a falta de apoio familiar producen grandes distorsións no seu desenvolvemento educativo. Por iso, un neno que é xa vulnerable polas dificultades que vimos describindo, faise aínda máis vulnerable ao acumular déficit no contexto educativo (Bruskas, 2008). Como resultado da súa situación, estes nenos vense obrigados con frecuencia a faltar a clase ou mesmo a cambiar de centro, coas dificultades que leva consigo integrarse nun lugar novo. Isto prexudica o seu estado de confort así como o seu nivel de implicación na escola, o que pode traducirse nun *efecto negativo na súa experiencia educativa* e nos resultados académicos a longo prazo (Bruskas, 2008).



Nalgúns casos, debido aos cambios de domicilio e de centro que experimentaron os nenos, o seu expediente académico padece de grandes baleiros informativos, o que dificulta o traballo aos profesionais e o progreso educativo do neno (Zetling e Weinberg, 2004). É máis, en relación a estas dificultades e a outras, a investigación indica que unha alta porcentaxe de nenos provenientes do sistema de protección non chegan a rematar de forma axeitada a educación obrigatoria e soamente unha porcentaxe mínima continúa con educación superior (Bruskas, 2008). Todos estes obstáculos educativos e os consecuentes resultados negativos en moitos dos nenos no sistema de protección aumentan a súa vulnerabilidade e sen dúbida poden ter un impacto negativo no seu futuro.

Transición da adolescencia cara á emancipación

Outra dificultade do sistema de protección que nos atinxe é a que provén dos adolescentes que se aproximan aos 18 anos e se encontran dentro do sistema de protección e polo tanto con poucos recursos económicos, sociais e emocionais propios (Bruskas, 2008). Algúns estudos indican que con frecuencia os mozos que proveñen do sistema de protección *sofren transicións difíciles* caracterizadas por dificultades mentais, delincuencia, e dificultade para integrarse na sociedade e funcionar de xeito produtivo e independente (Courtney e outros, 2001). Desafortunadamente, estes mozos comezaron a súa emancipación ou transición á idade adulta sentíndose sós e inseguros, sen vínculos familiares fortes e fiables que ofrezan o apoio que todos necesitamos para emanciparnos (Bruskas, 2008).

Conclusión: A necesidade de atención terapéutica

Hai moitos estudos que sinalan a ausencia de atención terapéutica para os nenos que sofren dificultades severas no sistema de protección, e resaltan ademais a necesidade e urxencia en abordar estas dificultades a idades o máis temperás posibles (por ej., Stahmer e outros, 2005).

O obxectivo do presente programa é precisamente a atención e tratamento psicolóxico dos nenos que teñen estas necesidades no sistema de protección. Aínda que é necesario que todos os profesionais e coidadores do sistema de protección adquiran concienciación e coñecemento sobre esta problemática, hai casos nos que o tratamento *esixe unha formación especializada e unha dedicación intensa e sistematizada*. Esa é a función do modelo que se pretende establecer mediante a colaboración definida no convenio entre a Fundación Universidade da Coruña e a Dirección Xeral de Familia, Infancia e Dinamización Demográfica.

O tratamento debería ofrecerse a todos os nenos que mostren dificultades importantes no seu comportamento emocional e adaptativo de forma prioritaria nos casos de nenos que se encontran en acollemento residencial, pero tamén naqueles que se encontran en acollemento familiar ou ben na súa familia de orixe con medidas de supervisión e axuda do sistema de protección.

No caso do acollemento residencial, é obvio que os coidadores e educadores responsables dos menores exercen un labor esencial que en moitos casos é suficiente para que o neno encontre o nivel de seguridade e afectividade que necesita. Pero como xa se sinalou máis arri-



ba, hai casos nos que a atención terapéutica especializada. Por outro lado, o apoio a educadores e acolledores cando se presentan situacións de crise cun menor é tamén determinante na boa resolución desas crises.

En conclusión, o modelo de tratamento proposto no presente programa é unha resposta á constatación que moitos estudos fan de que, ademais da necesidade de formación e concienciación a profesionais e familias no sistema de protección, *é imprescindible unha atención terapéutica especializada a nenos que sufriron situacións traumáticas froito do maltrato e abandono* (Kirby e Hardesty, 1998; Bruskas, 2008, True; Klee e outros, 1997; Meadowcroft, Thomlison, & Chamberlain, 1994).

METODOLOXÍA DE APLICACIÓN DO PROGRAMA

Destinatarios

O programa ten como usuarios prioritarios os nenos e adolescentes que teñen un expediente aberto polo Servizo de Protección de Menores dependente da Dirección Xeral de Familia, Infancia e Dinamización Demográfica e que mostran *desaxustes emocionais e* conductuais severos orixinados ou relacionados coa situación de desprotección e/ou maltrato que sufriron e coa *medida de separación* da súa familia que se derivou da súa situación de desamparo. Os menores que estean en *acollemento familiar* poderán ser usuarios do programa cando a necesidade de tratamento non poida ser cuberta axeitadamente polo programa de acollemento ou polos pais acolledores a través de servizos de saúde mental infanto-xuvenil.

Tamén se contempla que menores que non se encontran en situación de acollemento residencial pero que teñen *dificultades severas ou cronicadas* na convivencia dentro da súa familia de orixe poidan ser beneficiarios deste programa, no caso de que o seu tratamento non poida realizarse axeitadamente noutros servizos sociais ou sanitarios (a intervención do programa de Integración familiar, os gabinetes de orientación e mediación familiar -GOF-, as unidades de saúde mental, etc.).

A capacidade do programa está estimada para a atención de **290 menores**. Como se detalla máis abaixo na descrición do modelo de tratamento, as persoas que teñen unha relación de coidado e que compoñen o ámbito afectivo do menor son considerados usuarios do programa en canto que configuran o sistema de referencia do menor.

Derivación ao programa

A derivación ao programa realízase *dende os Equipos Técnicos do Menor* mediante o Formulario de Derivación. A Figura 1 mostra a árbore de decisión para a derivación. Analízase a solicitude de derivación e remítese ao menor a un dos equipos de tratamento do programa ou ben solicita información adicional se o considera necesario antes do inicio do tratamento. No caso de existir dúbidas ou desacordo sobre a adecuación de incluír un caso particular no programa, a persoa titular do Servizo de Protección de Menores confirmará ou revogará a devandita decisión.



Dirección, coordinación, e supervisión clínica desde a UDC

Coordinación e procedemento de supervisión

A FUAC conta co compromiso e colaboración de investigadores e grupos de investigación da UDC de gran recoñecemento nacional e internacional que garanten o deseño e coordinación apropiados ao proceso de derivación e a relación co Servizo de Protección de Menores. A dita coordinación esténdese tamén aos diferentes equipos tanto das universidades (UDC e USC) coma de gabinetes privados, así como do procedemento de supervisión clínica e avaliación de resultados.

O proceso de supervisión realízase a través de dous procedementos: (a) a solicitude de calquera terapeuta do programa de consulta dun caso co grupo experto de la UDC; e (b) reunións periódicas programadas aproximadamente cada 6 semanas nas que os equipos de tratamento presentan casos que están a levar para a súa análise e supervisión. Utilizarase a colaboración dun psiquiatra cando a supervisión así o requira.

Adicionalmente, a FUAC (a través da Unidad de Investigación en Intervención y Cidado Familiar da UDC) programará un xornada intensiva de traballo ao ano para revisar o proceso e resultados do programa.

Atención de Apoio para a Intervención en Crise

O programa establece un dispositivo de [Apoio á Intervención en Crise](#) para dar apoio aos coidadores (educadores ou acolledores) dos menores en tratamento cando xurda unha situación de crise.

Este servizo utilizarase só para situacións de especial dificultade que xurdan no comportamento do menor que está en tratamento dentro do programa. A xustificación técnica da intervención en crise está descrita máis abaixo dentro da sección Proceso de Intervención Terapéutica.

O procedemento a seguir neste servizo ten catro pasos:

1. [Consulta telefónica](#) dende o coidador/familiar á unidade experta da UDC que dispón dun teléfono con 16 horas de atención para informar da situación do menor. A resposta a esta primeira chamada pode ser inmediata mediante un profesional do equipo da universidade ou en contacto co terapeuta que leva o caso do menor, ou ben demorada para unha consulta telefónica posterior (paso 2).
2. [Consulta telefónica](#). Producirase nun prazo breve (1-2) días desde da chamada de consulta de crise e farase co equipo que se encarga do tratamento terapéutico do menor. No caso de que se considere necesario pola situación de crise, farase unha sesión adiantada (con respecto á cita que o menor tivese programada) de terapia co menor e coidadores.
3. [Sesión de terapia adiantada](#). Se a valoración previa (pasos 1 e 2) da situación de crise o fai recomendable, realizarase unha sesión extraordinaria adiantada á cita programada; esta



sesión abordará a situación de crise co menor e coidadores e terá como obxectivo a toma de decisións sobre a situación de crise cando sexa necesario.

4. **Grupo Experto de Supervisión de Crise.** Este grupo confórmase polo persoal experto da UDC e os educadores responsables de menores que se encontran nunha situación de especial vulnerabilidade ou inestabilidade. O seu obxectivo é a análise dos factores que afectan ao menor, o deseño de intervencións preventivas e que eviten situacións de contención ou cambio de recursos residenciais, e un seguimento continuado da evolución do menor en crise.

O PROCESO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

O proceso de intervención caracterízase dende o seu inicio por unha énfase especial en conseguir que o menor se sinta seguro e confiado neste contexto de tratamento. O tratamento podería aumentar a vulnerabilidade e as dificultades do menor se este o vive como outro cambio ou outro procedemento ao que está obrigado pola súa situación de desprotección. A consecución e mantemento dunha *alianza terapéutica* (Friedlander, Escudero, e Heathe-rington, 2009) co menor é polo tanto unha constante do proceso.

Poden diferenciarse dúas fases do proceso de intervención: (a) *a avaliación inicial* que se realiza para formular axeitadamente o tratamento, e (b) o propio *desenvolvemento do tratamento* que ha de concluír cun seguimento apropiado. Non obstante, estas dúas fases están na práctica moi relacionadas xa que o contexto de axuda psicolóxica comeza dende o primeiro contacto do psicólogo co menor.

A **Figura 1** detalla as tarefas e procedementos básicos do proceso de intervención deste tratamento. A **Figura 2** é un diagrama de fluxo que mostra a intervención dende a perspectiva das decisións fundamentais que hai que tomar durante o proceso. O epígrafes e seccións posteriores ás Figuras 1 e 2 describen os aspectos esenciais do modelo de tratamento.

Figura 1. Proceso de Intervención

AVALIACIÓN INICIAL E FORMULACIÓN DO TRATAMENTO					
TAREFAS	PROCEDEMENTO	OBXECTIVOS	RESPONSABLE	SESIÓNS/TEMPO	RESULTADO
1 Valorar as necesidades e dificultades do menor	1.1 Análise do informe de derivación e contacto co técnico de ETM	• Coñecer todos os antecedentes e valorar qué información hai que confirmar, ampliar. • Primeiro acercamento á severidade, cronicidade e crise no caso.	Equipo da UDC	Na semana de derivación	Apertura do caso no programa (Formulario de derivación)
	1.2. Decisión de inicio de tratamento e asignación de equipo terapéutico	• Iniciar o tratamento unha vez confirmadas as condicións para este. • Asignar o tratamento ao equipo máis axeitado por lugar de residencia do menor.	Equipo da UDC		
	1.3 Entrevista(s) inicial(is) co menor	• Acollemento psicolóxico e crear alianza terapéutica. • Explorar a súa perspectiva sobre as dificultades que vive, atención ás situacións de crises recentes . • Explorar a súa reacción á intervención • Detectar a existencia de trauma relacional (crises recentes, perdidas, abusos, violencia, .etc). • Valorar a necesidade de medicación, ou a súa eficacia se xa a toma; decidir a necesidade de axuda psiquiátrica	Terapeuta encargado do caso coa supervisión do seu equipo	2-3 sesións en semanas consecutivas	Rexistro das sesións iniciais
	1.4 Entrevista con cuidadores de referencia (educador – tutor ou director do centro no que está o menor; tamén algún familiar)	• Entrevista cos educadores para coñecer as reaccións do menor no centro: resposta social a iguais, educadores, rutinas, disciplina, expectativas do tratamento, etc.. • Cando o entorno familiar (familia biolóxica ou acolledora) cumpre unha función relevante de coidado, entrevista para coñecer ben os factores que conforman a estrutura que mantén o problema do menor e os recursos para o tratamento: historia familiar, historias de apego e crianza, eventos traumáticos, estilos educativos, entorno social.	Equipo terapéutico e supervisor	2-3 sesións no prazo de dúas semanas	Formulario de Plan de Tratamento
2. Elaborar o plan de tratamento	2.1 Formular e comunicar o plan de tratamento	• Definir o tratamento en función da valoración que se fixo das necesidades do menor, dos factores que explican a súa vulnerabilidade, e dos recursos para o tratamento.. • Definir obxectivos e indicadores de cambio da terapia. • Definir cómo se vai facer a intervención: calendario, participación dalgunha relación significativa para o menor, formato de grupo, etc. • Facer unha primeira estimación de tempo no que se esperan conseguir cambios.		Idealmente nas dúas semanas posteriores 1.4	

Figura 1 (continuación)

AVALIACIÓN INICIAL E FORMULACIÓN DO TRATAMENTO					
TAREFAS	PROCEDEMENTO	OBXECTIVOS	RESPONSABLE	SESIÓNS/TEMPO	RESULTADO
3. Desenvolvemento do tratamento	3.1 Crear alianza terapéutica co menor	• Crear conexión emocional co menor • Crear seguridade para o menor no contexto do tratamento • Crear enganche do menor para o tratamento • Intervención especial cando o tratamento estea comezando por unha crise	Terapeuta encargado do caso e coa supervisión do equipo	2 sesións semanais consecutivas	SOFTA positivo
	3.2 Traballar motivación e inicio do cambio	• Crear indicadores para pequenos cambios baseados na motivación do menor		1 sesión na semana posterior	
	3.3 Fase de cambio en factores individuais que manteñen o problema	• Crear e estabilizar cambios nos factores que manteñen a conduta problemática do menor		6-9 sesións en lapsos de 1-2 semanas	GAS positivo (escalas de consecución de obxectivos) Follas de rexistro das sesións Escalas de mellora Escalas de apego
	3.4 Terapia Familia: Considerar incluír sesións coas familias ou outras relacións significativas do menor cando se dan as condicións	• Crear seguridade e alianza de traballo nas sesións con este formato. • Traballar cambios de pautas de interacción entre todos, dificultades de apego, riscos de conflito familiar, etc. • Preparación da familia para os cambios que se queiran facer no réxime de vida do menor – saída do menor do centro, medidas de acollemento, emancipación, etc.		Entre 1-5 sesións	
	3.5 Terapia de Grupo: Considerar incluír ao menor en terapia de grupo con outros menores en tratamento	• Para algúns menores, o traballo en grupo pode ser un complemento do tratamento individual • O grupo utilízase como recurso para a comunicación e a apertura emocional do menor • O grupo utilízase como recurso educativo para traballar habilidades		5-6 sesións de grupo	
	3.6 Traballar o recoñecemento de mellorías e consecución de metas	• Valoración de mellorías co menor e preparar a terminación • Nos casos en que o menor ten tamén un tratamento con medicación: valorar os efectos terapéuticos da medicación		2 sesións en lapsos de 2-3 semanas	
	3.7 Fase de terminación	• Crear seguridade no menor ante o fin do tratamento		1-2 sesións de revisión	
4. Finalización e decisións de seguimento	4.1 Entrevistas para elaborar o termo de tratamento	• Explicar ao ETM e ao Centro as decisións que o equipo tomou sobre o tratamento e o que se conseguiu con el e buscar apoio e compromiso no menor e os seus coidadores para o seguimento	Terapeuta encargado e o seu equipo	En función do proceso e resultado do tratamento	Escalas de melloría
	4.2 Seguimento	• Propoñer unha formulación de seguimento (telefónico, entrevistas, etc.) indicando a súa duración e periodicidade	Equipo FUAC ETM Centro de acollemento residencial ou familiar		

Figura 2

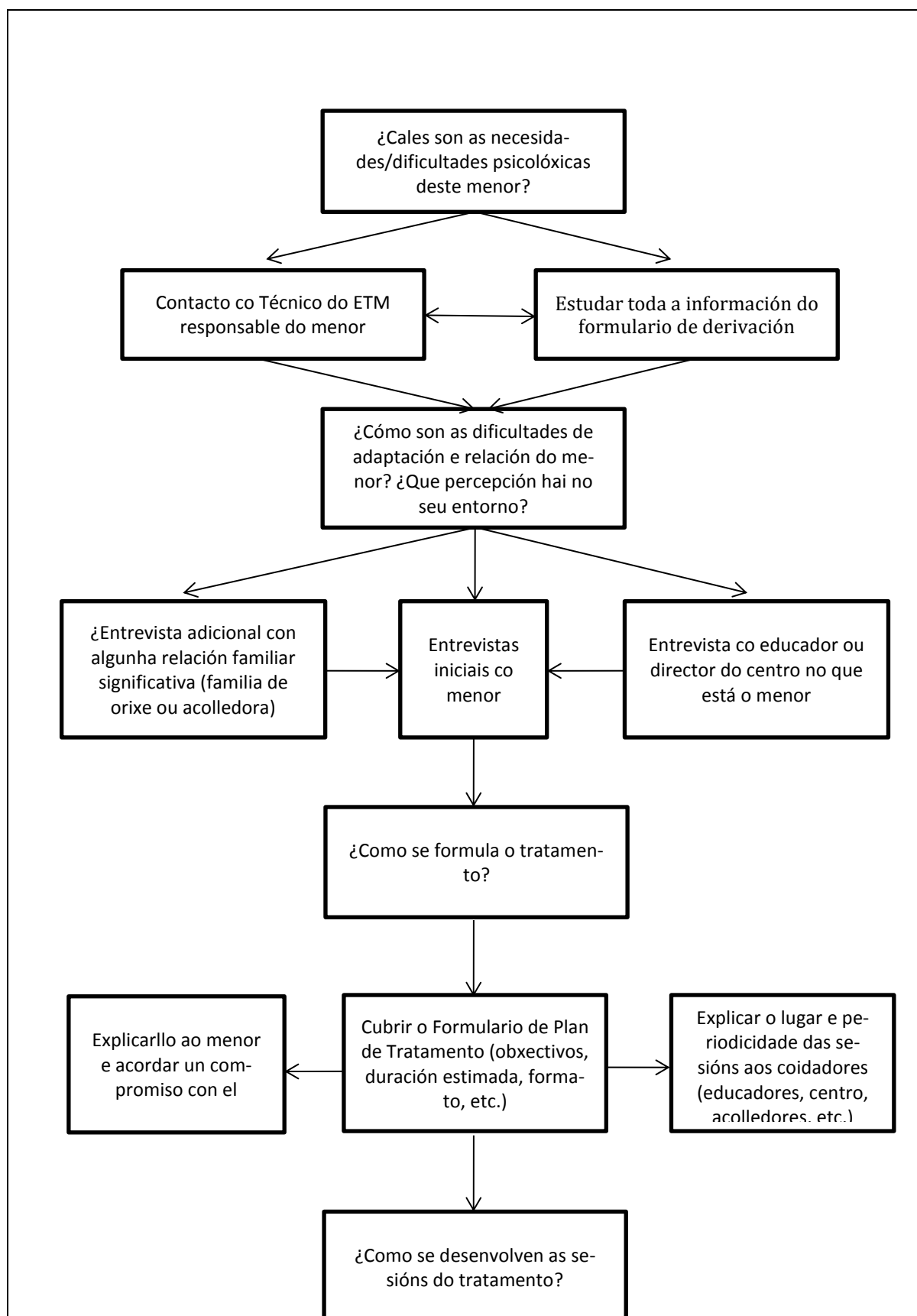
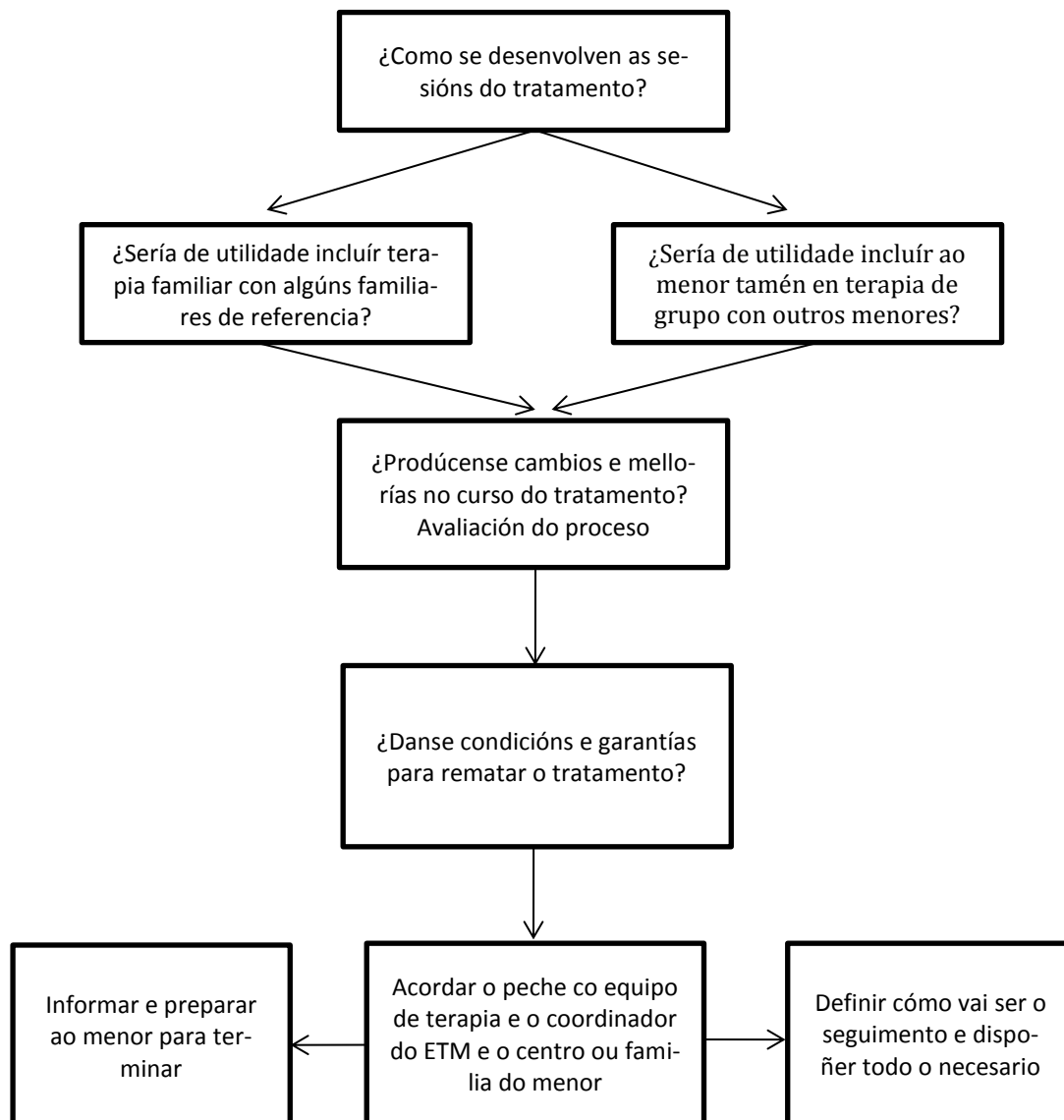


Figura 2 (continuación)



Avaliación e formulación do tratamento

A avaliación que se realiza neste programa ten unha **finalidade aplicada ao tratamento**, é dicir, é unha avaliación que senta as bases da formulación do tratamento. Para avaliar a situación do menor e entender os factores que inflúen no desenvolvemento e mantemento das súas dificultades, é esencial facelo dende unha perspectiva sistémica, que atenda ao carácter complexo e inter-relacionado dos elementos implicados. Polo tanto, as dificultades do menor enténdense non só como resultado de problemas individuais do neno/a senón como resultado dunha estrutura de elementos individuais, familiares, e sociais, que interactúan de xeito dinámico. Neste modelo de avaliación e intervención, un bo **coñecemento do sistema do menor** (fundamentalmente o seu sistema familiar e a súa historia de vida, pero tamén outros ámbitos como o escolar e social) é esencial cara a decidir sobre a planificación e o propio desenvolvemento da intervención.

Valorar as necesidades e dificultades do menor

A análise da información proporcionada na derivación polos Equipos Técnicos do Menor é moi importante, pero a información hase de obter principalmente de xeito directo **a través do neno e dos seus coidadores**. Débense identificar os síntomas e comportamentos que representan un problema para o neno e para o seu ámbito, e sobre os que será necesario actuar no tratamento. Non obstante, xunto con esta avaliación dos factores individuais, é crucial atender aos factores do sistema familiar, da súa historia de apego e desprotección, así como de todo o que ten que ver coa súa sociabilidade e adaptación ás medidas do sistema de protección. Con esta lóxica, o programa establece estes procedementos para valorar as necesidades e dificultades do menor (ver Figura 1): (1) Análise da documentación de derivación -follas de derivación e información adicional adxunta; (2) Contacto co técnico que fai a derivación (3) Entrevista(s) inicial(is) co menor; (4) Entrevista con coidadores de referencia (sistema profesional e familiar)

Elaborar e comunicar o plan de tratamento

O resultado dunha valoración axeitada das necesidades do menor, que pode facerse nun período aproximado de 5-7 semanas, é a formulación precisa dun plan de tratamento. Aínda que o tratamento pode variar durante o proceso de execución (tanto no seu ritmo e formato coma nos seus obxectivos cando acontecementos importantes acontecen durante o proceso), é importante que se defina ben e se comunique a todas as partes implicadas (ETM, usuarios, e educadores-coidadores do menor) para optimizar a **creación do sistema terapéutico**.

O fundamental do plan de tratamento é que defina axeitadamente: (1) O tratamento en función da valoración que se fixo das necesidades do menor, dos factores que explican a súa vulnerabilidade, e dos recursos para o tratamento; (2) Obxectivos e indicadores de cambio que se persegue co tratamento; (3) Como vaise facer a intervención: calendario, participación dalgunha relación significativa para o menor (familiar, educador, acolledor, etc.), formato de grupo, etc.; (4) Facer unha primeira estimación de tempo no que se esperan conseguir cambios. Todo isto queda reflectido no Formulario de Plan de Tratamento.

O Tratamento

Definición

O tratamento que se proporciona é unha axuda psicolóxica que un profesional acreditado achega a un menor no contexto dunha **relación voluntaria e segura** entre ambos os dous. O tratamento, tanto no seu modelo como no seu desenvolvemento técnico está **fundamentado cientificamente** dentro do campo da psicoloxía. O obxectivo principal é promover cambios no comportamento, a adaptación ao ámbito, a integridade da identidade e o benestar bio-psico-social do menor. No curso do tratamento psicolóxico empréganse un rango amplo de técnicas baseadas no desenvolvemento dunha relación terapéutica segura e próxima, no diálogo e a comunicación e no cambio de conduta.

A maioría das orientacións en psicoterapia utilizan a conversación como medio de traballo. Non obstante, especialmente con nenos e adolescentes, outras formas e medios de comunicación e expresión son recomendables e eficaces, como a escritura, o xogo, a arte, a dramatización, a narrativa ou mesmo a música. A través destes medios de expresión búscase **afondar nas emocións e percepcións do menor** para construír intervención terapéutica que reduza o sufrimento emocional e comportamentos mal-adaptativos.

Cos menores que son usuarios deste programa é especialmente importante que o tratamento faga uso de técnicas activas que serven de instrumento para favorecer o contacto, especialmente vivo e directo, coas emocións, os sentimentos e as fantasías do neno. Entre os obxectivos do tratamento inclúense as seguintes tarefas ou procesos básicos de cambio:

- Axudar o menor a darse conta dos propios pensamentos, sentimentos, motivacións, condutas e relacións.
- Crear un marco positivo no que integrar as experiencias frustrantes ou traumáticas asociadas a encontrarse no contexto dos servizos de protección, reparando a identidade.
- Mellorar a comprensión das situacións, dos puntos de vista doutras persoas e da nosa imaxe ou acción sobre elas; cunha énfase especial á mellora das relacións interpersoais do menor.
- Investigar e descubrir a posibilidade e a propia capacidade de novas e máis funcionais opcións de conduta (novas respostas), especialmente no relativo a reaccións de ira e sentimentos de rabia.
- Re-establecemento de relacións seguras e afectivas, relacións de apego, con persoas claves do ámbito familiar (ou do ámbito de relacións persoais) do menor.

Terapia familiar

As dificultades e a vulnerabilidade dos menores derivados a este programa están asociadas á situación de maltrato e desprotección que padeceron no seo da súa familia e polo tanto **o contexto de relacións disfuncionais**. O tratamento que se proporciona neste programa considera todas estas circunstancias da historia de vida do menor e non define o problema como unha patoloxía que ten a súa etioloxía na psique ou personalidade do menor, senón co-

mo un problema orixinado nas relacións máis importantes do neno. É unha evidencia, que gran parte dos menores derivados ao programa tiveron e manteñen un vínculo problemático coa súa familia ou parte da súa familia biolóxica (nuclear ou extensa) ou mostran dificultades na súa adaptación a unha familia acolledora cando o sistema de protección tivo que descartar a posibilidade dunha volta á familia de orixe.

Cando se valorou a incidencia dun trauma relacional familiar na vida do menor, o tratamento focaliza a súa atención nestas experiencias do menor e a súa incidencia nas dificultades de comportamento e relación que actualmente ten. No curso do tratamento pode ser recomendable incluír sesións nas que participen persoas que teñen unha relación moi significativa para o neno. Poden ser *membros da familia de orixe cos que teña un vínculo importante*, pero tamén poden ser membros da *familia acolledora* ou mesmo *educadores* do centro de acollemento residencial.

A terapia sistémica, tamén chamada psicoterapia de familia, é un modelo de tratamento cuxa énfase é a inclusión das relacións máis significativas (como o caso da familia para un menor) na conceptualización e tratamento das dificultades emocionais dos clientes. O tratamento sistémico polo tanto atende a factores individuais (vulnerabilidade, danos ou desequilibrios orgánicos, síntomas, etc.) pero tamén aos patróns relacionais do menor como elementos esenciais na aparición, desenvolvemento, e solución dos problemas psicolóxicos. Nas últimas décadas, os avances no campo e o cúmulo de estudos empíricos ofrecen evidencia da importancia e utilidade de considerar o sistema familiar e o apego na explicación e tratamento dos problemas de nenos e adolescentes.

O obxectivo principal das intervencións sistémicas vai dirixido a *influír nos patróns e dinámicas relacionais que manteñen os problemas* e potenciar aqueles aspectos relacionais positivos (en todas as relacións significativas do menor no presente) que contribúan ao desenvolvemento dunha socialización e dinámica familiar sa. Con este fin, búscase crear unha estrutura de relacións segura e afectiva para o menor.

Intervención en Crises

É moi frecuente que a intervención cos menores neste programa teña que afrontar situacións de crise, de feito a propia entrada dun menor ao programa puido estar motivada por unha crise de consecuencias ou riscos severos. Ofrecendo aos menores e coidadores o apoio e os recursos necesarios para superar as crises, é posible converter unha situación caracterizada de risco e malestar nunha de oportunidade de aprendizaxe e crecemento. É importante ter en conta que un evento en si non constitúe crise senón que o carácter de crise vai determinado pola percepción das persoas deste evento e a súa resposta a el. Un estado de crise acontece cando un menor percibe a súa situación como desesperada ou ameazante e irremediable. Isto dá lugar a un desequilibrio psicolóxico e a unha serie de sentimentos intensos difíciles, como a ansiedade, a culpa, a desesperanza e o medo. Outro tipo de síntomas nos menores poden tamén acompañar estas fases: cambios en hábitos alimenticios e de sono, illamento dos demais, cambios bruscos do nivel de actividade (de moita enerxía pasar a desánimo e decaemento), agresividade, etc..

A intervención en crise consiste nunha **resposta profesional para axudar aos menores e coi-dadores** usando un número de estratexias clínicas. A primeira tarefa do equipo terapéutico é identificar que as persoas implicadas están en situación de crise, axudar a reducir os medos e preocupacións, promover os sentimentos de esperanza e competencia para superar a situación e activar os recursos necesarios para recuperar o equilibrio emocional. Unha parte esencial deste proceso é considerar o nivel de risco do menor. En casos en que a situación e nivel de risco é moi alto (p. ex. violencia, problema de saúde, etc.) pode ser necesario implementar un plan de acción específico ao inicio da intervención co fin de alcanzar un nivel suficiente de seguridade e equilibrio que permita continuar o traballo co menor.

Terapia de grupo

Para algúns menores, especialmente para adolescentes, combinar as sesións individuais do tratamento con sesións en grupo (nas que participan varios menores que son usuarios do programa) pode resultar de grande utilidade. A intervención en grupo é un formato terapéutico no que un psicólogo trata un grupo reducido de menores de xeito conxunto. Este recurso pode optimizar os seguintes aspectos do tratamento dos menores: (a) a **apertura emocional** dos menores ao compartir experiencias con outros menores que tiveron vivencias similares; (b) o **adestramento en habilidades** específicas (p. ex. de manexo da ira, de habilidades interpersoais, etc.); (c) a **construción da identidade** propia, mediante o intercambio e a socialización que promove o grupo.

En definitiva, un dos factores máis característicos e definitorios deste formato de traballo cos menores é a posibilidade de tratar os problemas nun contexto interpersoal no que se fai posible compartir perspectivas e experiencias persoais diferentes, axudarse mutuamente, ofrecer retroalimentación e apoio emocional. A creación dun grupo forte e cohesionado, no que os membros se sintan cómodos e seguros, ofrece un medio moi valioso no que fomentar a cooperación, a solidariedade, o altruísmo, a expresión de emocións e, polo tanto, o desenvolvemento de relacións positivas cos outros membros e o terapeuta. Ao escoitar as experiencias dos demais, os rapaces e rapazas poden aprender dos outros ou ofrecer o seu apoio e consello aos que están a expresar sentimentos difíciles. Isto facilita e axuda a que os menores aprendan a expresar as súas emocións dun xeito san, sen defensividade, nin medos e a que desenvolvan relacións positivas e reparadoras.

Desenvolvemento do tratamento

O tratamento desenvólvese nun período aproximado de entre 5 e 9 meses cun rango de sesións entre **10 e 25**. Como se mostra nas Figuras 1 e 2, o proceso de tratamento implica os seguintes aspectos:

- (a) Crear alianza terapéutica co menor: o que significa establecer unha boa conexión emocional co menor e crear seguridade no contexto do tratamento; estes factores propician a participación activa e implicación do menor no tratamento.
- (b) Traballar motivación e inicio do cambio a través de establecer indicadores de pequenos cambios que poidan ser apreciados polo menor e que reforcen a motivación para facer transformacións.

(c) Fase de cambio, avanzando no tratamento mediante a xeneralización e estabilización dos cambios que o menor vai producindo no seu comportamento.

(d) No proceso intermedio do tratamento cabe considerar a realización de sesións con familiares e/ou outras relacións significativas do menor, así como combinar as sesións de formato individual coa participación do menor en terapia de grupo.

(e) A fase final do tratamento focalízase en traballar o recoñecemento de mellorías e consecución de metas que se formularon ao principio deste.

Terminación e decisións de seguimento

As condicións familiares e sociais dos menores que están no sistema de protección á infancia levan consigo dificultades que en moitos casos dificultan as decisións de terminación do tratamento. É frecuente que o menor teña que afrontar cambios e adaptacións difíciles posteriormente á finalización do tratamento, por iso é de vital importancia establecer mecanismos axeitados para asegurar un seguimento eficaz do tratamento. Non obstante, facer ben a terminación do tratamento é importante para non confundir esta intervención terapéutica concreta cos servizos que está a ofrecer o sistema de protección á infancia (acollemento, intervención psico-social, educación familiar, etc.).

A finalización do tratamento reflíctese nun informe final que define con precisión os seguintes aspectos: (a) **resultados** do tratamento; (b) **recomendacións** para a traxectoria futura do menor; (c) formulación do procedemento e prazos do **seguimento**.

En relación co seguimento, o procedemento a seguir garante que **todos os casos que reciben tratamento** (é dicir, casos nos que se realizasen máis sesións das 2-3 iniciais de avaliación) terán polo menos un **seguimento aos 3, 6, e 9 meses** realizado polos terapeutas responsables do caso ou polo equipo da UDC. Este seguimento faise a través de entrevistas (que poden ser telefónicas ou presenciais, segundo se considere máis axeitado) co menor e os seus coidadores de referencia, e faise tanto para os casos que completen satisfactoriamente o tratamento como para aqueles casos nos que houbese un abandono ou interrupción deste. Non obstante, na formulación do seguimento para cada caso particular pódense **engadir outros procedementos ou actuacións** específicas dependendo das características do caso (contacto telefónico máis regular do menor ou dun coidador, informes da participación nalgún programa concreto de tipo educativo ou rehabilitador, etc).

ORZAMENTO

ACTIVIDADE	CUSTO (EUROS)
Dirección, supervisión clínica e atención en crise	9.700,00
Reunións de supervisión (5 reunións)	2.500,00
Material funxible (formularios, memorias, expedientes)	950,00
Xestión administrativa (FUAC-UDC).	25.775,10

A C T I V I D A D E	C U S T O (E U R O S)
BASE IMPOÑIBLE	38.925,10
IVE (21%)	8.174,27
SUBTOTAL	47.099,37
Atención terapéutica (290 casos 3.480 sesións 54,00 € por sesión). Exención de IVE Lei 37/1992 art 20, UN-3	187.920,00
TOTAL ORZAMENTO	235.019,37

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bruskas, D. (2008). Children in Foster Care: A Vulnerable Population at Risk. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21, 70-77.

Escudero, V. (2009). Guía Práctica para la Intervención Familiar. Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

Fraenkel, P., Sheinberg, M., & True, F. (2004). Making families safe for children: Handbook for a family-centered approach to intrafamilial child sexual abuse. New York: Ackerman Institute for the Family.

Friedlaner, M., Escudero, V., e Heahterington, L. (2009). La alianza terapéutica. Editorial Paidós.

James, S. (2004). Why Do Foster Care Placements Disrupt? An Investigation of Reasons for Placement Change in Foster Care. *Social Service Review*, 601-627

Kirby, K. M. & Hardesty, P. H. (1998). Evaluating Older pre Adoptive Foster Children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 428-436.

Kiresuk, T.J., Smith, A. e Cardillo, J.E. (1994). Goal attainment scaling: Applications, theory and measurement. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Klee, L., Kronstadt, D., & Zlotnick C. Foster Care's Youngest: A Preliminary Report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 290-299.

Schneider, K. M., & Phares, V. (2005). Coping with parenteral loss because of termination of parenteral rights. *Child Welfare*, 84, 819-842.

Schore, A. N. (2010). El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo: interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias. *Psiquiatría Universitaria*, 6, 296-308.

Sheinberg, M. & True, F. (2005). Treating Family Relational Trauma: A Recursive Process Using a Decision Dialogue. *Family Process*, 47, 173-195.

Stahmer, A. C., Leslie, L. K., Hurlburt, M., Barth, R. P., Webb, M. B., Landsverk, J., et al. (2005). Developmental and behavioral needs and service use for young children in child welfare. *Pediatrics*, 116, 891-991.