



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE TRABALLO
E BENESTAR
Dirección Xeral de Familia e Inclusión

FUNDACIÓN UNIVERSIDADE DA CORUÑA



El cuidado psicológico y la salud mental de los menores en el sistema de protección a la infancia de Galicia

Estudio de resultados 2012-2014 del Programa de Evaluación y Tratamiento Terapéutico de Menores en Situación de Riesgo o Desamparo

Dr. Valentín Escudero (dirección)



Contenidos

¿Qué objetivo tiene este programa?	3
¿Cómo se lleva a cabo?	4
¿Quiénes se benefician?	5
¿Cómo es el tratamiento terapéutico?	8
¿Cómo se evalúa el resultado ?	10
¿Ha demostrado eficacia?	13
¿Es eficiente?	15
¿Qué hemos aprendido?	18
Tabla resumen: los datos esenciales	19

Para más información:

Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar www.uiicf.net

valentin.escudero@udc.es interfam@udc.es

teléfono 646102004

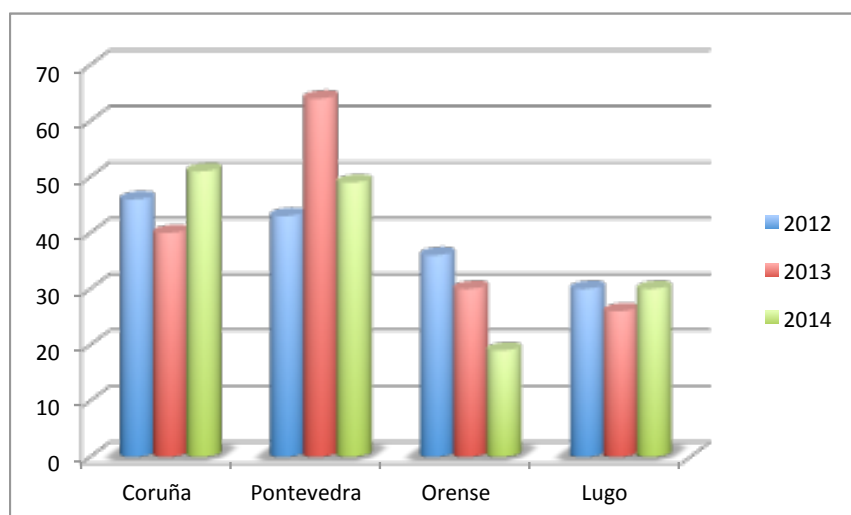
¿Qué objetivo tiene este programa?

Se trata de un programa para el tratamiento terapéutico de niños, niñas y adolescentes que tienen un expediente abierto por el Servicio de Protección de Menores y que mostraban desajustes emocionales y conductuales severos originados o relacionados con algunas de estas circunstancias: (a) la situación de desprotección y/o maltrato que han sufrido, (b) las adversidades asociadas a la medida de separación de su familia –como por ejemplo ir a un centro de acogimiento residencial–, y (c) la existencia de dificultades severas o cronicadas en la convivencia dentro de su familia de origen.

La necesidad de este programa se justifica por la situación de desprotección y/o maltrato que han sufrido la mayor parte de los menores que son beneficiarios del mismo, y también por las adversidades asociadas a la medida de separación de su familia. Pero el programa tiene también una misión preventiva que se desarrolla en el trabajo terapéutico con menores que conviven con familias de riesgo, en estos casos la terapia es principalmente familiar y se centra en generar cambios que hagan innecesarias las medidas de separación de los menores.

El programa se inició en 2012 (después de un estudio piloto en 2011) y ha atendido desde entonces más de 140 casos al año, en concreto un total de **467 casos** derivados homogéneamente en las cuatro provincias.

Figura 1. Derivaciones de casos al programa por años y provincias.



¿Cómo se lleva a cabo?

Este programa es una apuesta por la creación y aplicación de un servicio especializado y de calidad para la atención terapéutica a los menores que se encuentran en el contexto de Protección a la Infancia en nuestra comunidad. Es una iniciativa pionera en nuestro país que se ha desarrollado mediante un convenio entre la Consellería de Traballo e Benestar y la Universidad de A Coruña a través de la Fundación Universidad de A Coruña.

Hemos creado una red profesional de atención con 7 dispositivos de atención terapéutica especializada distribuidos en toda la Comunidad Autónoma (A Coruña, Ferrol, Lugo, Santiago, Ourense, Pontevedra, y Vigo) y 21 terapeutas especialistas en psicología clínica, terapia familiar, y psicoterapia infantil y adolescente. Esta red, creada para la ejecución del programa, es eficiente en términos de coste porque integra recursos públicos (equipo de la Universidad de A Coruña y de la Universidad de Santiago, colaboración de profesionales del SERGAS como supervisión clínica) junto con gabinetes privados que cumplen unos requisitos de excelencia (tanto en su personal como en su trayectoria profesional). El modelo de tratamiento desarrollado en la UDC, el trabajo en equipo, la supervisión clínica y la investigación, son los mecanismos que permiten homogeneizar y mantener la calidad del tratamiento.

Figura 2.

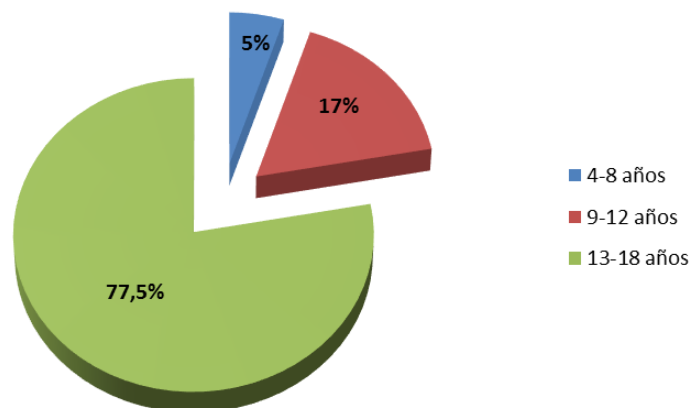


La derivación de casos al programa se hace exclusivamente desde los equipos técnicos del servicio de protección a la infancia (equipos técnicos del menor) de la Xunta de Galicia. La recepción de esas solicitudes de tratamiento se hace en la UIICF (Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar) de la UDC, donde se realiza un primer análisis de las dificultades y necesidades del caso. Posteriormente la UIICF genera un inicio del tratamiento en el equipo de psicoterapeutas del programa que esté más cerca del lugar de residencia del menor, coordinando todo el proceso de evaluación y tratamiento.

¿Quiénes se benefician?

El perfil promedio de los menores que han sido atendidos en el programa desde su inicio es un **chico o chica (casi en igual proporción, 48% chicas y 52% chicos) adolescente**.

Figura 3. *Edad de los Menores Derivados al Inicio del Tratamiento*



Los problemas que motivan el inicio del tratamiento pueden resumirse así:

- *Conflicto familiar y deterioro severo de la convivencia*: Clima de tensión y agresión verbal familiar intenso. Situaciones de alto conflicto dentro de la familia que produce un deterioro en la comunicación, las relaciones y la convivencia familiar. Violencia verbal y riesgo de producirse situaciones de violencia física.
- *Problemas de conducta*: Comportamientos antisociales que se reflejan en una violación frecuente de los derechos básicos de las personas y de las normas sociales. Por

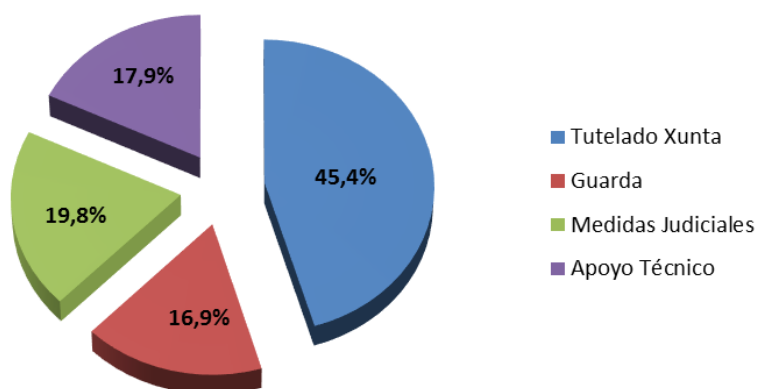
ejemplo: agresividad, mentiras, robos, romper cosas, actos vandálicos, conductas delictivas, fugas, consumo de tóxicos, etc.

- *Trastorno emocional*: Clasificado como dificultad en la identificación, manejo y expresión de emociones que dificulta su adaptación o integración. Riesgo de suicidio: ideación suicida mencionada y/o intentos realizados.
- *Trauma Relacional*: Incluyen experiencias interpersonales que tienen un grave impacto sobre los menores y pueden acarrear alteraciones en su desarrollo biológico, psicológico y social: Maltrato físico y/o psicológico, testigo de violencia doméstica, abuso sexual.
- *Negligencia severa*: Incapacidad de los padres o cuidadores para cubrir las necesidades emocionales y afectivas, así como de cuidado y protección como consecuencia de enfermedades mentales graves, abuso de sustancias, participación en actividades delictivas, etc.

En general la característica diagnóstica más común que subyace a la mayor parte de los problemas es el trastorno del apego (“trastorno reactivo del apego” en términos técnicos), es decir, la vivencia de experiencias muy adversas de crianza que no han garantizado al menor el nivel imprescindible de seguridad emocional para un buen desarrollo de su capacidad de relacionarse y adaptarse bien.

Al inicio del tratamiento casi la mitad de los menores están tutelados por la Xunta o en una situación de guarda administrativa. Como consecuencia de la conflictividad y desestructuración que ha caracterizado la vida del menor, nos encontramos con que casi un **20% de ellos tienen alguna medida judicial**. Por otro lado, **casi un 30% tomaban medicación psiquiátrica** cuando entraron en el programa.

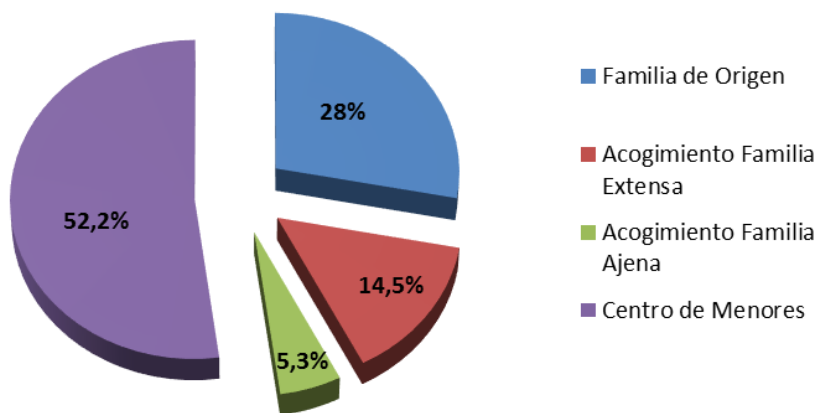
Figura 4. Medida de Protección al Inicio del Tratamiento





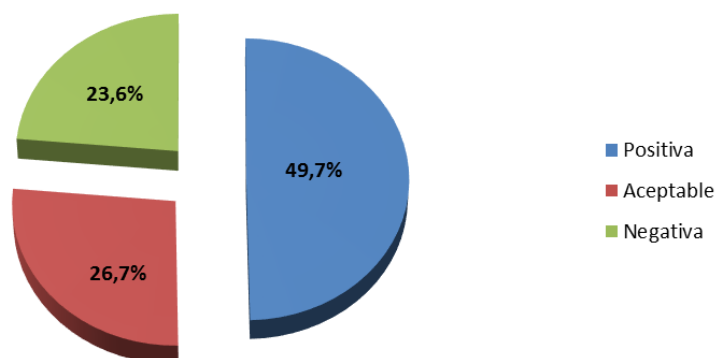
Más de la mitad de los menores que tenemos en tratamiento están en **acogimiento residencial**, es decir, en un centro o casa de familia. El 28% están con su familia de origen. El 14,5% con su familia extensa (abuelos, tíos, etc.), y el resto en acogimiento con una familia ajena.

Figura 5. Contexto de Convivencia del Menor al Inicio del Tratamiento



A pesar de que un **51% de los menores comienzan la terapia en una situación de crisis**, la mayor parte inician el tratamiento terapéutico lo hacen con una **actitud positiva**, sólo un 24% que son inicialmente reticentes o muestran una disposición negativa.

Figura 6. Actitud Inicial de los Menores ante el Tratamiento





¿Cómo es el tratamiento terapéutico?

El tratamiento se desarrolla en un período promedio aproximado de **8 meses** que **se hacen un promedio de 12 sesiones** (con un rango que oscila entre solamente 5 sesiones y algún caso excepcional de 30). Al inicio las sesiones suelen ser semanales y posteriormente se espacian más en el tiempo.

Figura 7. *Tiempo total en Tratamiento (meses)*

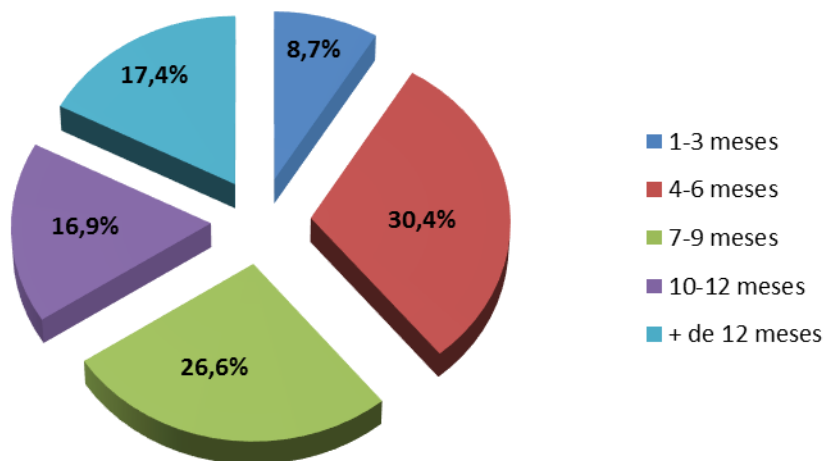
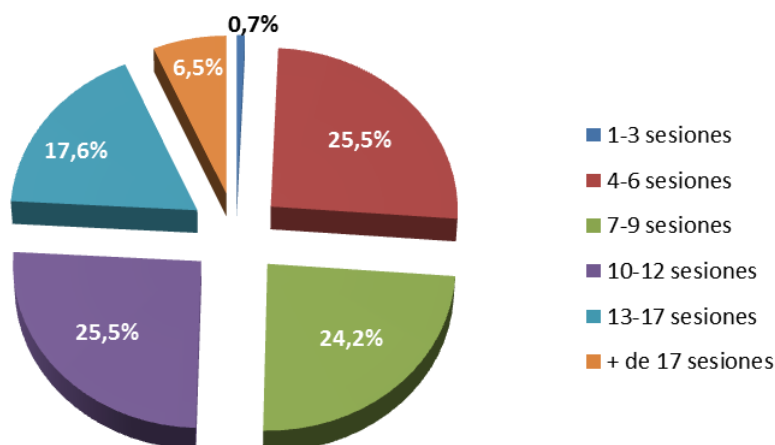


Figura 8. *Número total de Sesiones*



El proceso de tratamiento se basa en un Manual desarrollado por la UIICF e implica los siguientes aspectos:

- (a) Crear **alianza terapéutica** con el menor: lo que significa establecer una buena conexión emocional con el menor y crear seguridad en el contexto del tratamiento; estos factores propician la participación activa e implicación del menor en el tratamiento.
- (b) Análisis de los **factores que mantienen los problemas** del menor, haciendo una hipótesis sobre los efectos pasados y presentes de su historia de crianza y apego en la conducta adaptativa del menor.
- (c) Trabajar **motivación e inicio del cambio** a través de establecer indicadores de pequeños cambios que puedan ser apreciados por el menor y que refuercen la motivación para hacer transformaciones.
- (d) **Fase de cambio**, avanzando en el tratamiento mediante la generalización y estabilización de los cambios que el menor va produciendo en su comportamiento.
- (e) En el proceso intermedio del tratamiento cabe considerar la realización de **sesiones con familiares y/u otras relaciones significativas** del menor, así como combinar las sesiones de formato individual con la participación del menor en terapia de grupo.
- (f) La **fase final** del tratamiento se focaliza en trabajar el reconocimiento de mejoras y consecución de metas que se plantearon al principio del mismo.

Las dificultades y la vulnerabilidad de los menores derivados a este programa están asociadas a la situación de maltrato y des-protección que han padecido en el seno de su familia y en por lo tanto el contexto de relaciones disfuncionales. El tratamiento que se proporciona en este programa considera todas estas circunstancias de la historia de vida del menor y no define el problema como una patología que tiene su etiología en la psique o personalidad del menor, sino como un problema originado en las relaciones más importantes del menor. Es una evidencia que gran parte de los menores derivados al programa han tenido y mantienen un vínculo problemático con su familia o parte de su familia biológica (nuclear o extensa) o muestran dificultades en su adaptación a una familia acogedora cuando el sistema de protección ha tenido que descartar la posibilidad de una vuelta a la familia de origen.

Cuando se ha valorado la incidencia de un trauma relacional familiar en la vida del menor, el tratamiento focaliza su atención en estas experiencias del menor y su incidencia en las dificultades de comportamiento y relación que actualmente tiene. En el curso del

tratamiento puede ser recomendable incluir sesiones en las que participen personas que tienen una relación muy significativa para el niño. Pueden ser miembros de la familia de origen con los que tenga un vínculo importante, pero también pueden ser miembros de la familia acogedora o incluso educadores del centro de acogimiento residencial.

Por todo ello, la terapia puede ser **individual (con el menor) (51% de los casos) o bien familiar (con el menor y las personas significativas de su familia (49% de los casos).**

¿Cómo se evalúa el resultado ?

El diseño de este programa establece una serie de mediciones a través de cuestionarios y observación rigurosa que, sin interferir en el desarrollo espontáneo de la terapia, nos permita estimar el nivel de eficacia del programa. Algunas de esas mediciones se hacen al principio y finalización de la terapia para valorar los cambios, pero también se hacen mediciones y observaciones durante el transcurso de la terapia para conocer cómo cambia la experiencia subjetiva del menor o familiar que acuden a la terapia. La Figura 9 muestra esquemáticamente esas mediciones:

Figura 9. *Esquema de mediciones realizadas para medir proceso y resultado*

Inicio del Tratamiento	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación Global del Ajuste del Menor (CGAS <i>Children Global Assessment Scale</i>) • Escala de Consecución de Objetivos (GAS <i>Goal Attainment Scale</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza Terapéutica (SOATIF) • Efecto de la Sesión en el Menor • Percepción de Utilidad de la terapia • Percepción de la Mejoría • Percepción del Problema • Satisfacción del Terapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> • POST Evaluación Global del Ajuste del Menor (CGAS) • POST Escala de consecución de Objetivos (GAS)

La escala del Funcionamiento Global del Menor (CGAS, Figura 10) proporciona una medida global del nivel de funcionamiento en niños y adolescentes que están en tratamiento terapéutico. El instrumento proporciona una única puntuación global, en una escala de 1-100. La evaluación es realizada por terapeutas y educadores. Consideramos 60 como la puntuación debajo de la cual el funcionamiento es preocupante y requiere atención especial.

Figura 10. CGAS

CGAS *Children's Global Assessment Scale*

- Se evalúan el deterioro (nada, leve, moderado y grave) del funcionamiento del menor en 6 áreas: Escolar, de Convivencia (Familia o Centro), Social, Capacidad de Juicio y Comprensión, Pensamiento y Estado de Animo.
- Escala de Puntuación global
 - ❖ 100-91 Funcionamiento óptimo
 - ❖ 90-81 Buen funcionamiento en todas las áreas
 - ❖ 80-71 No más que un leve deterioro en el funcionamiento
 - ❖ 70-61 Algunas dificultades en una única área, pero el funcionamiento general es bastante bueno
 - ❖ 60-51 Funcionamiento variable con dificultades esporádicas o síntomas en varias áreas – pero no todas – las áreas sociales
 - ❖ 50-41 Deterioro moderado en el funcionamiento de la mayoría de las áreas sociales o deterioro severo en el funcionamiento de un área
 - ❖ 40-31 Deterioro importante en el funcionamiento de varias áreas e incapaz de funcionar en una de esas áreas
 - ❖ 30-21 Incapaz de funcionar en casi todas las áreas
 - ❖ 20-11 Necesidad considerable de supervisión
 - ❖ 10-1 Necesidad constante de supervisión

Otro de los instrumentos esenciales de medición de resultados es el GAS (Goal Attainment Scale, Escala de Consecución de Objetivos). Este es un procedimiento desarrollado para evaluar la consecución de metas en el trabajo de intervención con los menores y la familia. Básicamente consiste en identificar los problemas y trabajar con el menor, la familia y/o los educadores, para consensuar los cambios y logros necesarios y deseables como resultado del proceso de terapia. Lo ideal es definir las escalas de objetivos en las 3-4 primeras sesiones; de hecho uno de los objetivos de estas sesiones es la definición de metas del tratamiento.



Figura 11. Procedimiento de objetivos (GAS)

META/OBJETIVO (Definir con un título/etiqueta positiva)			
	Tiempo/sesión		Intervenciones
Indicadores de que lo hemos conseguido +3			
"otro paso" (Intermedio) +2			
Indicadores del "primer paso" +1			
SITUACIÓN ACTUAL 0			
Bajar (un paso atrás) -1			

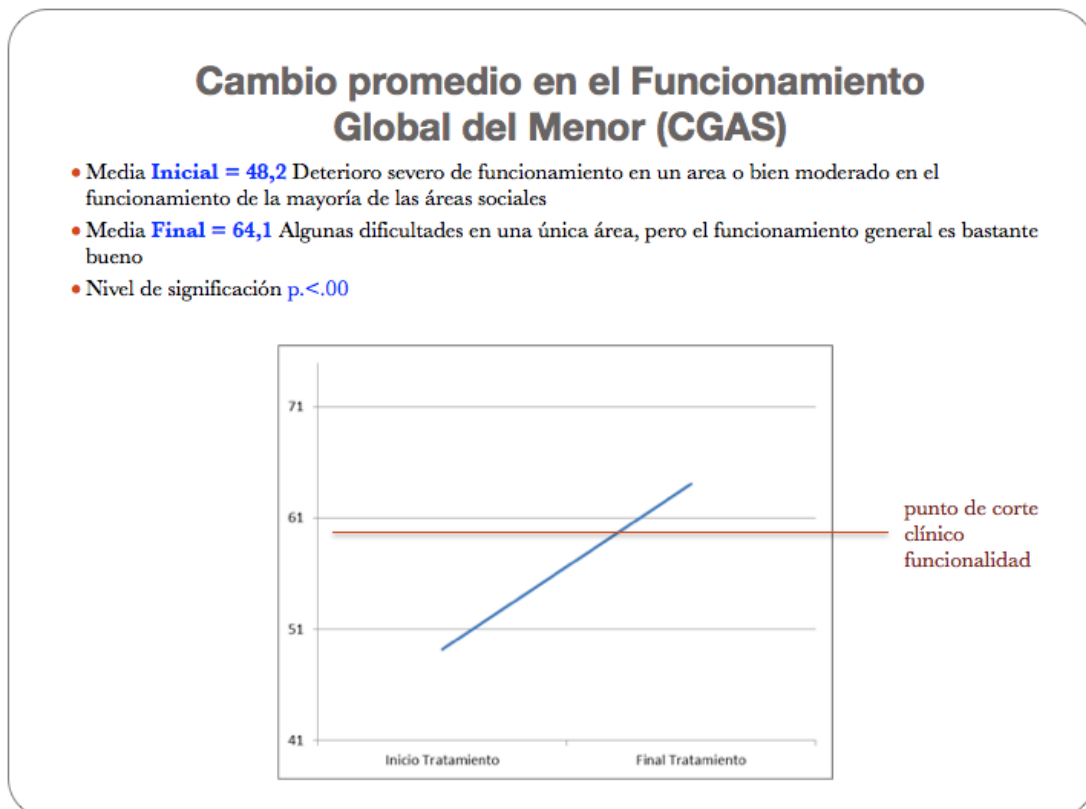
Las metas que se definen en las escalas de consecución van a ser contrastadas al final de la terapia con los logros que realmente se han conseguido. Tanto los menores como la familia y/o educadores de centros tienen que entender que en un periodo de varios meses (lo que dure el tratamiento) se va a evaluar la consecución de las metas definidas, y que esa evaluación va a ser analizada por un supervisor del equipo de terapia con el que están trabajando, de manera que es importante que muestren claramente que entienden y aceptan el proceso de evaluar la consecución de metas.



¿Ha demostrado eficacia?

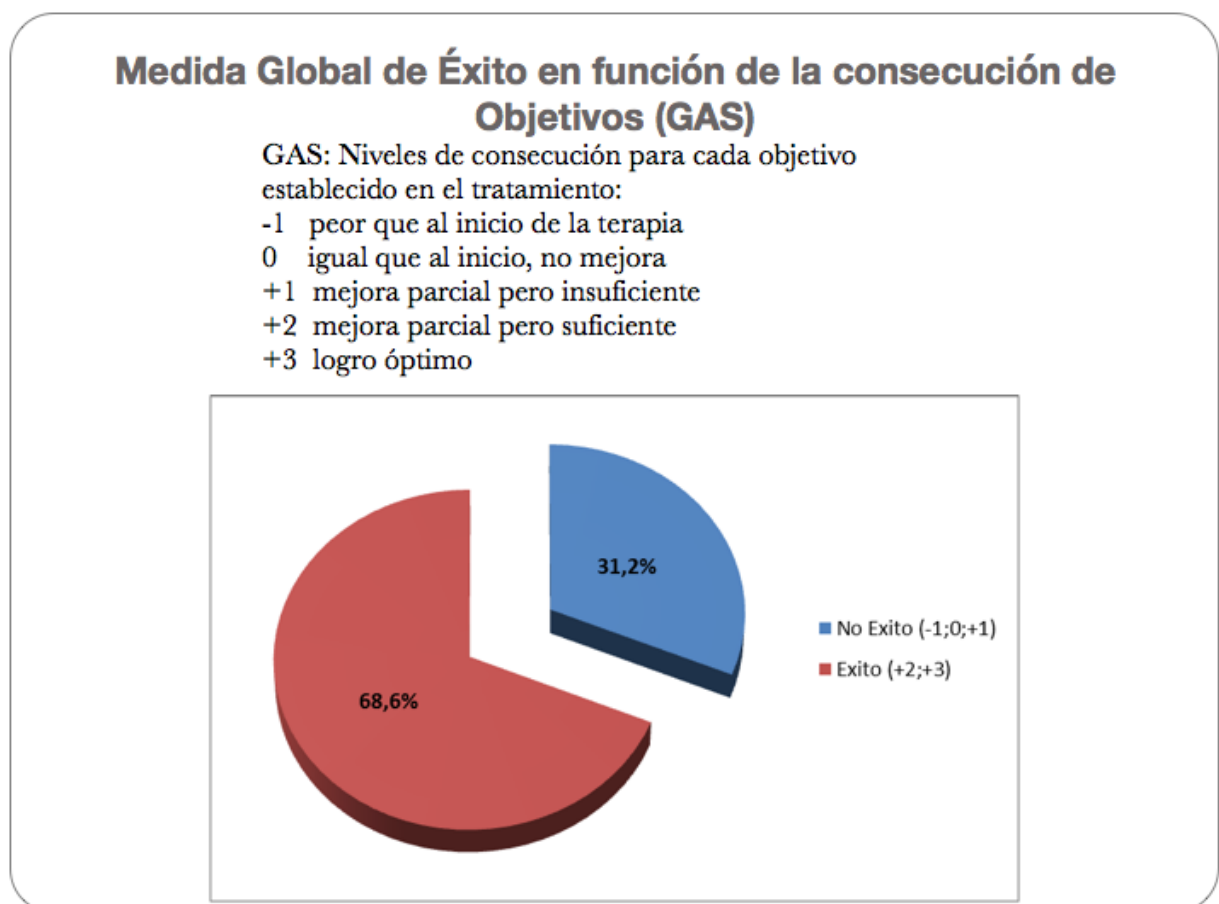
Considerando la medición del CGAS, el nivel de cambio promedio que se produce después del tratamiento demuestra que éste tiene un resultado positivo. Como puede verse en la Figura 12, el cambio promedio indica que se pasa de un rango de disfuncionalidad a un nivel aceptable, con algunas dificultades en un única área que comúnmente se corresponde con el area escolar. Este resultado es muy similar (e igualmente significativo) cuando se analizan los resultados en terapias individuales con el menor y en terapias con el menor y la familia. Como promedio, los menores que han estado en el programa mejoran 16 puntos en la valoración del CGAS, un **resultado estadística y clínicamente significativo**.

Figura 12.



Si tomamos las puntuaciones del GAS (consecución de objetivos marcados en cada caso de forma específica) los resultados muestran igualmente un alto nivel de eficacia. **Cerca del 70% de los casos finalizan con un resultado valorado como “Logro Óptimo” o “Mejora parcial pero suficiente”.**

Figura 13. Resultados GAS.





¿Es eficiente?

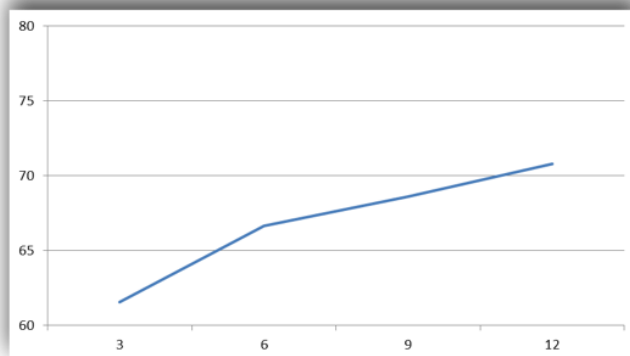
La **eficacia** nos muestra el nivel de consecución de objetivos del programa. Y la **eficiencia** se refiere a la relación entre los recursos utilizados y la consecución de logros. Obviamente la eficacia es prioritaria en este programa por el valor inconmensurable que tiene el bienestar psicológico de los menores del sistema de protección. No obstante podemos considerar también la importancia de su eficiencia, en dos aspectos: **(1) el coste económico** y **(2) el nivel de aceptación de este recurso por sus usuarios**.

En relación con el coste económico, la estimación en términos de su aplicación en el año actual es de **641 € por cada caso**. Esa estimación se incrementa a **835 € por cada caso** si consideramos todos los costes indirectos incluidos (diseño y coordinación del programa, evaluación, valoraciones clínicas, tratamiento, etc.). La comparación con otros servicios del sistema de protección a la infancia no es pertinente porque las necesidades y objetivos de cada servicio son muy diferentes y complementarias. Pero sin ninguna duda se puede afirmar que el programa es un recurso eficiente en términos de la calidad y coste del servicio.

Otro indicador de eficiencia es el nivel de aceptación del programa por sus principales usuarios que son los menores que reciben el tratamiento. Todas las mediciones realizadas en el proceso de terapia, mediante sencillas escalas que los menores contestan voluntariamente, ofrecen un perfil muy positivo. En las Figuras 14, 15, 16, y 17 se muestran los resultados de la Alianza Terapéutica (nivel de colaboración, seguridad, y conexión emocional con el terapeuta), del impacto de las sesiones en el menor, y de la cómo va evolucionando la percepción de mejoría del menor a lo largo del tratamiento.

Alianza Terapéutica con las familias

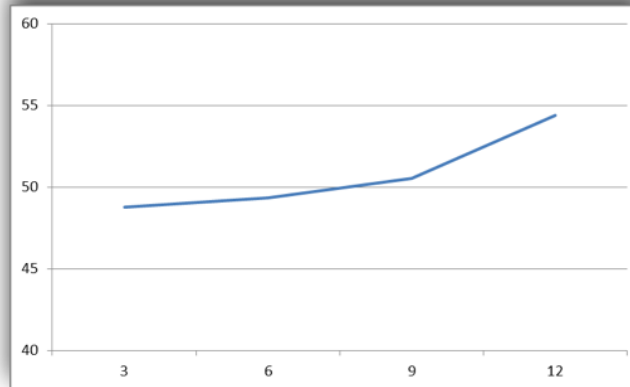
- Cuestionario Autoinforme Alianza (SOATIF Individual) aplicado cada tres sesiones (puntuación máxima 80)





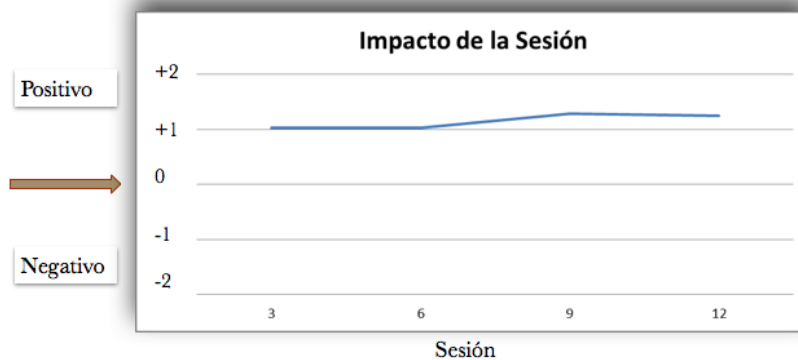
Alianza Terapéutica con el Menor

- Cuestionario Autoinforme Alianza (SOATIF Individual) aplicado cada tres sesiones (puntuación máxima 60)



Efecto de cada sesión en el estado anímico del menor

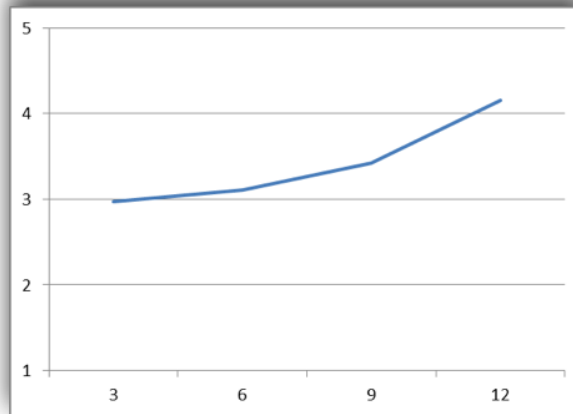
- Una pregunta al final de cada sesión evalúa el efecto que esta ha tenido sobre el estado anímico del menor (qué impacto global ha tenido en él) – “Después de esta sesión me siento...” – en una escala de 5 puntos, donde -2 = mucho peor, -1 = peor, 0 = igual, +1 = mejor, +2 = mucho mejor





Progresión de la percepción que tiene el menor de mejoría durante todo el tratamiento

- Escala que se aplica al inicio de cada sesión (1=nada; 2=poco; 3=algo; 4=bastante; 5=mucho)



¿Qué hemos aprendido?

Los indicadores cuantitativos y cualitativos utilizados para medir la eficacia global del programa ofrecen resultados positivos. La descripción de las características de los usuarios del programa (número y procedencia de las derivaciones, situación de los menores, problemas, etc.) indican que está siendo aplicado sin sesgos ni desviaciones al llevarlo a la práctica.

El análisis del resultado en los casos finalizados muestra con claridad un nivel de eficacia indudable, ofrece dos datos claros sobre la eficacia del tratamiento: más del 65% de las terapias se finalizan por una “consecución plena o suficiente” de los objetivos marcados al inicio del tratamiento y el 68% de los casos entran en la clasificación de Éxito.

Es importante considerar además que estos resultados pueden considerarse muy satisfactorios en términos de COSTE/RESULTADOS, en virtud del diseño colaborativo entre instituciones y de trabajo en red que tiene el programa.

No obstante, en el contexto de estos resultados favorables, hay una serie de aprendizajes que hemos de tener en cuenta para mejorar la eficacia del programa:

- La **intervención en las crisis**: Sería de gran utilidad crear y estructurar adecuadamente una red profesional de expertos en intervención en las crisis de los menores, configurada fundamentalmente por personal de centros, técnicos de los ETMs, y terapeutas del programa de tratamiento.
- **Evitar la “cronificación” de las situaciones de riesgo y vulnerabilidad**: la experiencia de terapia con menores que llevan mucho tiempo en situación de dificultad o desamparo nos indica claramente que sería mucho mejor hacer una intervención terapéutica más temprana y en algunos casos más intensa.
- **Iniciar el trabajo con los menores antes** de que su comportamiento se haya deteriorado mucho. Dos indicadores claros de ese deterioro: (1) cuando el menor incurre en actos que le llevan a tener medidas judiciales; y (2) cuando el menor requiere de medicación psiquiátrica. Estos son indicadores que hay que evitar con un trabajo preventivo e intensivo.



Tabla resumen: los datos esenciales

- 467 menores han sido derivados a este programa en tres años (2012-2014)
- la proporción de chicas (48%) y chicos (52%) es similar
- la edad promedio de los menores es de 14 años (rango entre 3 y 18 años)
- el 20% tienen alguna medida judicial
- a pesar de que un 51% inician la terapia en situación de crisis, un 77% tienen una actitud positiva
- 30% toman medicación psiquiátrica
- Formato de la Psicoterapia:
 - Individual con el menor (49%)
 - Familiar Conjunto (51%)
- el tratamiento medio dura 8 meses y se realizan 12 sesiones
- el programa integra la colaboración de 21 psicoterapeutas (psicólogos clínicos en su mayor parte) en 7 ciudades de Galicia
- la terapia es eficaz en el 69% de los casos y en ningún caso ha resultado perniciosa
- la terapia es muy eficiente en términos de coste y aceptación de los usuarios
- cuanto más joven es el menor y menos tiempo lleva en el sistema de protección, más eficaz es la terapia
- una de las dificultades principales es el manejo de las crisis de los menores y familias