

Centros de Acogida de Menores

G. Oliván Gonzalvo, J. Fleta Zaragozano, C. Baselga Asensio, J. Andrés Sanz, M. Magaña Hernández y R. Nuel Quílez

Resumen. Se define un Centro de Acogida de Menores como un equipamiento especializado, diseñado para dar una atención temporal y con carácter de urgencia a niños y adolescentes que la precisen a causa de haber sido objeto de malos tratos, o bien estar en situación de riesgo, durante el tiempo estrictamente necesario para efectuar un diagnóstico y propuesta de futuro para la vida de los menores. Se justifica una organización funcional multidisciplinaria donde intervengan trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos, educadores, pediatras y ATS. Entre sus objetivos se destacan la función de acogida, urgente y temporal, la función educativa, la función integradora y la función diagnóstica. Se describen las fases del trabajo técnico que garantizan y ordenan la consecución de dichos objetivos. Finalmente se realiza una reflexión acerca de otras alternativas a los Centros de Acogida de Menores como modelo de prevención del maltrato infantil.

An Esp Pediatr 1994;41:97-101.

Palabras clave: Maltrato infantil. Centro de acogida. Tutela. Prevención.

INTERIM CHILD CARE CENTERS

Abstract. We have defined an Interim Child Care Center as a specialized institution designed to provide temporary care on an emergency basis to children and teenagers who have been subjected to abuse or whose situation is precarious, but only for as long as would be strictly necessary to arrive at a diagnosis and to come up with a possible solution for their future. The need to staff a center of this nature with social workers, psychologists, pedagogues, teachers, pediatricians and nurses has been justified. Some of its most important functions aim to provide emergency temporary shelter, education, integration and diagnosis. We have described the stages of the technical work that would guarantee and determine how these aims could be achieved. Finally, we have considered other options to the Interim Child Care Centers as models for the prevention of child abuse.

Key words: Child abuse. Interim care center. Wardship. Prevention.

Introducción

El concepto de Centro de Acogida de Menores (CAM) se ha expresado a lo largo de la historia como «espacio depósito» de niños desamparados (Casas de Misericordia, Hospicios, Casas Cuna y de Expósitos). Aun cuestionando la calidad humana y educativa de estos primeros centros, no cabe duda de que nacieron con una intención protectora benéfico-asistencial.

En los treinta últimos años, el avance de las ciencias sociales, el aumento de la presión social, la normativización de los derechos de la infancia y las distintas políticas de bienestar social y modelos de intervención, han ido cambiando el análisis de las situaciones por las que se llega a la separación del niño de su núcleo familiar y la forma en que se debe dar respuesta a esas problemáticas, permitiendo un cambio en la estructura y función social de los CAM. El nuevo sistema de protección de menores que se establece en nuestro país por la Ley 21/87, de 11 de noviembre, determina la reinserción del menor en su propia familia como objetivo deseable de toda acción protectora, para procurar la posibilidad de recuperación de la convivencia en el núcleo familiar en el que se produjeron los malos tratos.

En la actualidad, y desde el punto de vista conceptual, un CAM es un equipamiento especializado, diseñado para dar una atención temporal y con carácter de urgencia a niños y adolescentes que la precisen a causa de haber sido objeto de malos tratos, abusos o negligencias, o bien estar en situación de riesgo, durante el tiempo estrictamente necesario para efectuar un diagnóstico y propuesta de futuro para la vida de los menores.

Un CAM, como modelo participativo que es, se debe entender como un servicio donde se da respuesta individualizada a las necesidades del niño mientras se afronta la globalidad del problema y se responde a ella de forma coordinada desde diferentes servicios (sociales, escolares, formativos, laborales, sanitarios, judiciales, policiales, etc.), sin separar las causas de los efectos y, por tanto, priorizando su prevención. El derecho a vivir en familia, el internamiento como último, y no como único recurso, unidos al avance de las corrientes socializadoras educacionales, han de conducir a una nueva imagen de CAM definida ya en la legislación, aunque no implantada totalmente, como espacio de convivencia cualificada temporal, lo más parecido a los núcleos de convivencia familiar⁽¹⁻⁴⁾.

Grupo de Trabajo sobre el Maltrato en la Infancia, Zaragoza. Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria.

Correspondencia: Gonzalo Oliván Gonzalvo

Servicio de Pediatría. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.

Diputación General de Aragón. Carretera Madrid, s/n. (Alto Carabinas). Centros Acogida de Menores. 50012 Zaragoza.

Recibido: Julio 1993

Aceptado: Octubre 1993

Organización funcional de los CAM: Multidisciplinariedad

La organización funcional de un CAM, como la de toda institución, viene determinada por su historia, entorno sociopolítico, disposiciones de orden interno y objetivos. En base a sus objetivos (la protección del menor y la orientación de éste y su familia), no se debe olvidar que el niño debe contemplarse globalmente en sus aspectos biológico, psicológico-cognitivo y afectivo-relacional, y que la problemática del menor y sus familias es multicausal. Además, es necesario tener en cuenta cuáles son las grandes áreas de intervención profesional durante la infancia-adolescencia, que son la salud, la educación y la integración al entorno social. Todo ello justifica sin duda la necesidad de un abordaje e intervención multidisciplinar, entendiéndolo como el conjunto de actuaciones técnicas que contribuyan a esclarecer la situación del niño internado en el centro y de su familia en todos sus aspectos. Por lo tanto, el equipo técnico básico para poder atender este trabajo debe estar compuesto por profesionales de las siguientes disciplinas: trabajador social, psicólogo, pedagogo, educador-tutor, pediatra y ATS, actuando uno de ellos como coordinador^(1,2,5).

Objetivos de los CAM

Función de acogida

Se entiende por tal, la función de recepción de un menor que ha sido maltratado o está en riesgo de serlo.

Al ingreso es muy importante detectar indicadores físicos y emocionales relevantes que orienten el diagnóstico y ver su evolución (por ej., aspecto físico y nutricional, vestimenta e higiene, retrasos en el desarrollo psicomotor, alteraciones en las funciones del sueño, alimentación o control de esfínteres, primeras manifestaciones verbales, indicadores emocionales como tristeza, indiferencia, ansiedad, temor, extrañeza o no ante el desconocido, etc.).

Paralelamente se cuidan los aspectos asistenciales sanitarios y psicopedagógicos, realizando y controlando los programas específicos que se establezcan para conseguir los objetivos sanitarios, educativos, madurativos, de desarrollo de la personalidad y del aprendizaje e integradores, y se ponen en marcha las acciones necesarias a fin de establecer unas primeras relaciones personales que puedan dar una cobertura emocional al niño y poner las bases de una relación con el adulto que llegue a ser estructurante para el menor.

Esta función de acogida, para conseguirse con éxito, requiere una planificación precisa y adaptable a cada caso, ya que suele comportar en el menor fenómenos traumáticos, como la posible urgencia en que se haya producido el ingreso, la traumática separación de sus familiares que pueda haber acaecido, el miedo a la novedad, la posible sensación de culpabilidad por haber sido descubierta su situación (muchos menores se creen cómplices, inconscientemente, de sus maltratadores), el miedo a las represalias de sus maltratadores, etc.

Respecto a los criterios de ubicación del menor en el centro se tiende a mantener una cierta homogeneidad en las edades

y en los niveles de desarrollo. Esta tendencia a la homogeneidad se rompe cuando hay grupos de hermanos (el mantenimiento de la unidad de la patria es de rango superior y el criterio es situarlos en la unidad que corresponde al de mayor edad) y cuando el menor presenta características especiales (autismo, déficit mental, auditivo, visual, etc.), en cuyo caso el criterio es situarlo, en base a la experiencia de los profesionales del centro, en la unidad que le permitan una mejor integración^(1,2,6,7).

Urgencia y temporalidad

En la definición que dábamos de los CAM se especificaba como objetivo que el acogimiento de estos menores debe ser con carácter de urgencia y temporal.

Respecto al carácter de urgencia, existen dos tipos de ingresos, la «urgencia aguda», que es aquella en la que el menor ha sido recientemente maltratado (generalmente se trata de casos de maltrato físico, abuso sexual o abandono) e ingresa en el centro con poca o sin ningún tipo de información previa, y la llamada «urgencia cronicada», que es la urgencia anunciada, tal vez documentada con informes previos, en la que el menor tarda semanas o meses en ingresar (generalmente se trata de casos de negligencia física, maltrato emocional, explotación laboral o corrupción); esta cronicidad alerta a los profesionales de los CAM de que están ante un caso grave, de difícil diagnóstico y costoso en tiempo.

En cuanto a la temporalidad, la transgresión del tiempo de estancia es uno de los aspectos que más preocupa a los profesionales de los CAM porque, si bien en los ingresos y en los planteamientos del caso tienen un papel inicialmente pasivo, en cuanto a la temporalidad ligada al diagnóstico son los principales agentes, aunque no únicos, y por tanto, tienen que hacer frente a su cuota de responsabilidad, en cuanto al enlentecimiento de los casos. Preocupa que los bebés de meses crezcan en un ambiente institucional con los riesgos que conlleva para el desarrollo emocional, psicomotor y cognitivo. Preocupa igualmente la privación de la escuela a los niños que están en edad escolar cuando el caso se alarga^(1,2,8).

Función educativa

La función educativa es un objetivo inherente a un CAM por ser un equipamiento destinado a niños.

Para desarrollar la vertiente educativa de este tipo de centros, se han de tener presentes los siguientes condicionantes:

- Estructura institucional de quien depende administrativamente, que dispondrá el margen de actuación educativa que se permite al centro como tal.

- Temporalidad: la función educativa se desarrolla en un tiempo, pero en un CAM ese tiempo es desconocido por lo que las intervenciones tienen que tener un alcance «atemporal».

- Recursos: cuál es la dotación de espacio, presupuestaria, de ratio de personal y de formación técnica de los educadores.

- Necesidades reales de la población atendida (teniendo en cuenta y respetando su extracción social natural).

Los objetivos más claros dentro del proyecto educativo de

un CAM consisten en la realización de planes de intervención educativa individualizados para la adquisición y/o consolidación de hábitos, cambio de actitudes, promoción de la autonomía del sujeto (valores y aptitudes) y para el aprendizaje de pautas de conducta y de comportamientos socialmente adaptados, aspectos esenciales que los menores que han sufrido malos tratos con frecuencia no tienen integrados o están desestructurados^(1,2,9).

Función integradora o normalizadora

Los menores que ingresan en los CAM proceden de situaciones sociofamiliares graves, con fuerte deterioro y, generalmente, de larga evolución. Las problemáticas que presentan las familias, son en principio, de una gran multicausalidad y generalmente implicadas unas en otras, por lo que presentan considerables dificultades al diagnóstico y a la investigación. No obstante, dentro de ese mosaico de problemas, siempre se perfila alguno que por su fuerza, reiteración y/o precocidad, se presenta como predominante entre los demás. Ateniéndose a esa problemática preponderante, se configuran cuatro grandes grupos de tipología familiar:

a) Familias con problemática de toxicomanía (problemas de drogodependencia, de años de evolución, con grave deterioro personal y social).

b) Familias con problemática de salud mental (trastornos mentales graves, sin tratamiento o con terapias sin continuidad).

c) Familias de riesgo al maltrato (amplio y heterogéneo grupo de familias que abarcan dentro de sí mismas múltiples causas de riesgo y predisposición al maltrato: por ejemplo, madres adolescentes o muy jóvenes; embarazos no deseados; madres «border-lines», en sentido psiquiátrico e intelectual; historia transgeneracional de institucionalización; situación de separaciones familiares y familias mal reconstituidas con sucesivas parejas de los padres; problemas inherentes de la prostitución, inmigración, paro, delincuencia, pobreza económica y cultural).

d) Familias multiproblemáticas: combinan problemáticas de a), b) y/o c).

En los CAM se trata de conseguir que los familiares de los niños ingresados entiendan cuál es su situación (la del niño y la de ellos) y puedan actuar en consecuencia, facilitándoles el acceso a los recursos normalizados de la sociedad, rompiendo las ligaduras institucionales que puedan atarles, en una acción progresista y positiva para superar el aislamiento de la marginación y aumentar las oportunidades de mejorar las relaciones con el entorno más cercano hasta que esas pautas sean aceptables e incorporadas al comportamiento habitual.

Los profesionales del centro deben ser vistos por los familiares como aquéllos que garantizan el bienestar del niño y que pueden ayudarles a resolver su situación familiar. Ello significa que las familias deben disponer de toda la información y orientación posible, lo que les permitirá seguir los planes de trabajo propuestos. Por otra parte, las familias podrán entender que los técnicos especializados y los educadores no son «la administración» que les ha retirado la tutela de sus hijos, sino que tanto ellos como los propios profesionales están sujetos a un marco

legal que les compete a todos y que, por lo tanto, les mantiene en un orden global aceptable por toda la sociedad^(1,2,10).

Función diagnóstica

Es tal vez el objetivo más importante, en el sentido de que constituye la finalidad última que define las actividades de un CAM. Este objetivo conlleva para su realización, una gran pulcritud técnica y una planificación y metodología perfectamente planificadas (véase apartado siguiente). Con ello se conseguirá una valoración del caso ajustada y una propuesta de futuro óptimo^(1,2).

Los métodos: Fases del trabajo de un CAM

Los métodos que garantizan y ordenan la consecución de estos objetivos, especialmente la función diagnóstica, son los siguientes^(1-3,7,11):

Recogida de información

Una correcta información es la base en la que se asientan las posibilidades de conseguir un diagnóstico del caso. La recogida de la información debe abarcar todos los ámbitos que rodean al menor y su familia; por ello, aunque al inicio de ésta existe una cierta focalización en el trabajador social, se ha de tener en cuenta la especificidad de cada una de estas informaciones (provenientes de servicios hospitalarios, centros de atención primaria, centros de salud mental, servicios de drogodependencias, centros educativos, equipos psico-pedagógicos, etc.), por lo que la recogida de la información debe ser un proceso multidisciplinar.

Análisis previo y aproximación diagnóstica

Una vez recogida la información cada profesional analizará la que le corresponde con los instrumentos que le dote su propia disciplina antes de proceder a traspassarlo al equipo. En el análisis de la observación se valorarán, entre otros, los siguientes factores: razones que determinan la retirada del menor; situación del menor a su ingreso (estado físico, nutricional, emocional, secuelas de negligencia o maltrato, etc.); duración e intensidad del «duelo» de separación o ausencia de éste; estudio de las informaciones sobre la familia, si las hubiera; análisis de la respuesta de la familia ante el hecho del ingreso (lentitud o celeridad en acudir al centro, llamadas telefónicas, etc.); reacciones emocionales en la familia y calidad afectiva de las primeras visitas; posibilidad de encontrar otros vínculos en la familia extensa; repercusiones en el menor, etc.

Esta criba y valoración permitirá que el análisis multidisciplinar posterior se realice sobre contenidos elaborados y suficientemente contrastados, que permitan constituirse en la base del futuro diagnóstico del caso. La aproximación diagnóstica, en consecuencia, será la primera convergencia de las distintas conclusiones previas a las que hayan llegado los técnicos y que conducirá a la elaboración multidisciplinar de un plan de intervención.

Plan de intervención y validación de la hipótesis diagnóstica

El plan de intervención hay que entenderlo desde dos visio-

nes distintas, aunque complementarias. Por una parte, se diseñará el plan global para el caso y, por otra, el programa individualizado para el niño, en referencia a su vida en el centro. El desarrollo y seguimiento multidisciplinar del plan de intervención conducirá a la validación de la primera hipótesis diagnóstica o, por el contrario, a su rechazo y elaboración de una nueva hipótesis diagnóstica basada en las distintas aportaciones técnicas.

Diagnóstico final

Consiste en la culminación del proceso que comprende el plan, sucesivos planes de intervención, más las sucesivas valoraciones de los mismos de forma conjunta y multidisciplinar, es decir, la aceptación o no de la hipótesis diagnóstica. Dicho diagnóstico final conducirá a la valoración de la propuesta.

Propuesta

Una vez realizado el diagnóstico final, llega el momento de la toma de decisiones que, como todo proceso, ha de contemplar la realidad global del niño y de la familia. Los factores de riesgo detectados han de valorarse contrastándolos con la realidad de la vinculación afectiva y con las posibilidades de cambio. Como elemento de reflexión, recordaremos que muchos de estos niños, a pesar de ser maltratados, quieren a sus padres, por lo que la separación es muy dolorosa, y por descontento, nunca será inocuo.

La propuesta constituye la instrumentalización práctica del diagnóstico emitido, puesto que se trata de dar elementos a la administración pública y a la administración de justicia para la toma de decisiones. La confección de esta propuesta requiere un considerable conocimiento de todos los canales que configuran el ámbito de la atención a la infancia en la legislación vigente. Esto es imprescindible para poder adecuarla a la realidad socio-administrativo-legal existente, ya que de otra forma se llegarían a confeccionar propuestas inviables en la práctica.

Alternativas a los CAM

Tal y como se ha definido aquí un CAM, podríamos llegar a la conclusión de que se trata de algo consustancial al hecho real, presente en nuestra sociedad, del maltrato infantil. No obstante, consideramos muy conveniente preguntarse, desde una perspectiva crítica, sobre la conveniencia de este modelo de prevención del desamparo.

Para introducirnos en este tipo de reflexión, es imprescindible partir del concepto de familia, puesto que entendemos el fenómeno de los malos tratos como parte de una distorsión en este ámbito, y ésta, lejos de afectar únicamente al sujeto pasivo de los malos tratos, afecta al sistema en su conjunto y al entorno social. Esto significa que la sociedad debe asumir como propias las disfunciones familiares cuando se trate de la defensa de un menor.

El concepto de protección a la infancia ha sido dejado tradicionalmente en manos de un subsistema social regido por postulados religiosos y caritativos. Actualmente, en la mayoría de

comunidades este tipo de caridad ha sido ya superada, sin embargo la Administración ha suplido este papel, con la asunción total de la responsabilidad a la protección infantil. Con ello, no sólo se imposibilita el ejercicio de una solidaridad social con contenidos prácticos, sino que se hace francamente difícil la aplicación de mecanismos evitativos de los malos tratos infantiles, tan importantes como la prevención y la sustitución, para lo cual es imprescindible poder contar con la solidaridad ciudadana.

La separación del niño de su entorno social (la familia) genera un futuro incierto. El trabajo previo, con el objeto de evitarla, es la clave para mejorar su situación. Los tratamientos que puedan efectuarse con las familias vulnerables son la verdadera alternativa a la declaración de desamparo. La coordinación y el trabajo conjunto con la red sanitaria (salud mental, drogodependencias) es indispensable para poder efectuar una labor preventiva que no comprometa al desarrollo de la infancia en alto riesgo social.

La puesta en práctica de programas de intervención e integración familiar con acciones como incrementar el apoyo económico, la ayuda a domicilio, los medios técnicos y el número de educadores que trabajan con las familias, y servicios del tipo de «familias sustitutas, profesionalizadas o no», «centros de día o de noche», «guarderías madre-hijo», «acogimientos familiares temporales (previos o paralelos al diagnóstico del caso)», «recursos terapéuticos especializados para menores maltratados y para maltratadores», «centros intermedios de reeducación familiar para menores desinstitucionalizados», etc., supondrían un claro beneficio social y, por otra parte, significaría la definitiva ruptura de la actual dinámica establecida, que centra todos los esfuerzos en la protección de los menores mediante la detección y los internamientos institucionales.

La protección debe constituir una fase más en los sucesivos eslabones de la atención a la infancia, pero no la única, puesto que el objetivo general debe ser la mejora de la calidad de vida de la infancia y no el hecho de paliar los efectos de unos trastornos sociofamiliares e individuales, que por otra parte, la institucionalización tampoco garantiza^(1-4,6,10-13).

Bibliografía

- 1 Anso JL, Casion JM, Giménez JA, Moliner PE, Sierra J. Integración Sociofamiliar y Marginación Infantil. Edit. Servicio de Infancia. Diputación de Zaragoza. Sanidad y Bienestar Social, 1990.
- 2 Lloret T, García I. Centros de Acogida de Menores. Edit. Centro de Estudios del Menor. Dirección General de Protección Jurídica del Menor. Ministerio de Asuntos Sociales. Diciembre, 1992.
- 3 Martínez Roig A. Problemas para la intervención coordinada ante situaciones de malos tratos a la infancia. Jornadas ante el maltrato a la infancia. Madrid, Junio 1989. Edit. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1990.
- 4 Mitchels B. Protecting the child. ABC of Child Abuse. *BMJ* 1989;299: 559-562.
- 5 Martínez M. Pluridisciplinariedad, planteamientos y necesidades. *Congrés Europeo d'Atenció a la Infància*. Barcelona, Novembre 1992. Edit. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social, 1992.
- 6 Samper Y, Almirall N. La separación del niño de su medio familiar.

- Congrés Europeu d'Atenció a la Infància. Barcelona. Novembre 1992. Edit. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social, 1992.
- 7 Calvet R, Colas J, Crespo S. Pautas de actuación ante el maltrato infantil. Jornadas sobre malos tratos en la infancia. Cantabria, 1989. Edit. Insalud Santander, 1990.
 - 8 Obiols J. Cronificación de casos en la Institución. Congrés Europeu d'Atenció a la Infància. Barcelona. Novembre 1992. Edit. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social, 1992.
 - 9 Lázaro A. Seguimiento y evaluación del trabajo educativo en centros. Congrés Europeu d'Atenció a la Infància. Barcelona, Novembre 1992. Edit. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social, 1992.
 - 10 Rodríguez A, Barbacelata N, Vicente C. Modelo ecológico de intervención en contexto maltratante. II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Vitoria. Noviembre, 1991.
 - 11 Garbarino J. Estrategias de intervención en maltrato y abandono emocional. II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Vitoria. Noviembre, 1991.
 - 12 Mañas M. El acogimiento en familia educadora. un recurso de alta rentabilidad social. Congrés Europeu d'Atenció a la Infància. Barcelona, Novembre 1992. Edit. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social, 1992.
 - 13 Mena T. Los centros diurnos desde una perspectiva preventiva. Congrés Europeu d'Atenció a la Infància. Barcelona, Novembre 1992. Edit. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social, 1992.