

# La intervenció amb la infància i l'adolescència en risc des dels Serveis Socials Bàsics. Experiència d'un municipi

Intervention with children and adolescents at risk from Basic Social Services. The experience of a municipality.

Carlos Alarcón Zwirnmann<sup>1</sup>

*Vull agrair a Albert Arévalo, cap tècnic de Serveis Socials i Salut Pública de l'Ajuntament de Montcada i Reixac per haver permès i facilitat la realització d'aquesta investigació, així com a les participants en la mateixa: Anna, Laia, Mar, Meritxell, Noemí i Susana.*

## Resum

Les famílies en situació de risc social constitueixen un col·lectiu central dintre de la població usuària dels serveis socials, i els Serveis Socials Bàsics tenen un paper cabdal en la intervenció en aquest àmbit.

Aquest article presenta una recerca que té com a objectiu conèixer el procés d'intervenció que es fa amb la infància i l'adolescència en risc en els Serveis Socials Bàsics d'un municipi de la comarca del Vallès Occidental. Es tracta d'una investigació de caire bàsicament qualitatiu que segueix l'enquadrament de la investigació-acció i que utilitza com a tècniques d'obtenció d'informació el grup de discussió i l'anàlisi de casos.

**Paraules clau:** Infància en risc, maltractament infantil, Serveis Socials Bàsics, intervenció familiar.

**Per citar l'article:** ALARCÓN, Carlos. La intervenció amb la infància i l'adolescència en risc des dels Serveis Socials Bàsics. Experiència d'un municipi.. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agost 2015, n. 205, pàgines 56-68. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup>Treballador social. Màster en Direcció, gestió i intervenció en serveis socials per la Universitat Ramon Llull. Màster en Intervencions socials i educatives per la Universitat de Barcelona. Membre de la comissió d'Infància i família del Col·legi de Oficial de Treball Social de Catalunya. Professor associat de la Universitat de Barcelona. carlosalarcon@ub.edu.

## Abstract

Families at social risk are a significant group within the population using social services, and basic social services have a central role in this intervention.

This article presents a research that aims to determine the intervention process done to children and adolescents at risk in basic social services of the municipality El Vallès Occidental. It is a qualitative research basically following the framing of action-research, using techniques to obtain information such as discussion groups and case analysis.

**Key words:** Children at risk, child abuse, basic social services, family intervention.

## Introducció

La infància i l'adolescència són objecte d'atenció de les diferents administracions públiques. El sistema de protecció a la infància i l'adolescència de Catalunya ha de garantir la protecció dels infants i adolescents que es trobin en situació de risc per tal de disminuir o fer desaparèixer aquella situació.

Catalunya té competències exclusives en matèria protecció de menors i serveis socials.<sup>2</sup> L'aprovació l'any 2010 de la Llei 14/2010, dels Drets i les Oportunitats de la Infància i Adolescència (LDOIA), va suposar un avenç en la legislació en matèria d'infància i adolescència, que situa els infants i adolescents com a subjectes de drets i oportunitats. Aquesta llei inclou per primera vegada tota la legislació en matèria de menors, tant la referent als menors desprotegits o en risc com a la resta. La

LDOIA atorga als Serveis Socials Bàsics (SSB) un paper fonamental en l'atenció a la infància i l'adolescència en situació de risc, especialment en aquells casos de risc lleu o moderat.

El sistema català de serveis socials, i per tant també els SSB, va experimentar també un avenç rellevant amb l'aprovació de la llei de serveis socials de l'any 2007,<sup>3</sup> que havia de servir per establir els serveis socials com el quart pilar de l'Estat de Benestar (juntament amb la sanitat, l'educació i les pensions). La crisi econòmica que pateix el nostre entorn, amb la corresponent davallada d'ingressos de les diferents administracions públiques, ha provocat que el sistema de serveis socials no es desenvolupi ni es doti de recursos com preveia l'ambiciosa llei de serveis socials de 2007.

No existeixen registres sobre els casos d'infància i adolescència en risc lleu o

<sup>2</sup> Article 166 de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya de 2006.

<sup>3</sup> Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials.

moderat al territori català. La intervenció primerenca en els casos de risc lleu o moderat pot servir perquè aquest desaparegui o es contingui, i els SSB desenvolupen un paper fonamental en aquest àmbit.

### ■ **La intervenció primerenca en els casos de risc lleu o moderat pot servir perquè aquest desaparegui o es contingui, i els SSB desenvolupen un paper fonamental en aquest àmbit.**

Diferents ens (administracions públiques, Síndic de Greuges...) han realitzat esforços en la creació de protocols d'intervenció en situacions de desprotecció infantil, centrant-se, però, més en els circuits d'atenció que no pas en l'acció rehabilitadora. L'atenció a la infància i adolescència en risc des dels SSB és un tema poc estudiat i avaluat.

És en aquest context que es planteja una investigació sobre la manera com s'intervé en els casos d'infància i adolescència en risc ens els SSB d'un municipi mitjà de la comarca del Vallès Occidental.

Per tal de respondre a aquesta pregunta s'ha triat una metodologia principalment qualitativa consistent en la realització de dos grups de discussió amb els tècnics dels SSB del municipi que intervenen en casos d'infància i adolescència en risc, i l'anàlisi de 10 casos atesos pel servei.

## 1. La recerca

### 1.1. Objectius

Recerca i pràctica han d'anar lligades en l'àmbit dels serveis socials. Per aquest motiu ens vàrem plantejar desenvolupar una recerca centrada en un context particular amb la finalitat de millorar el coneixement sobre el procés d'intervenció amb la infància i l'adolescència en risc al municipi, així com per dibuixar orientacions sobre possibles millores en aquest procés. La recerca es va dur a terme el primer semestre de l'any 2014 en el municipi de Montcada i Reixac de la comarca del Vallès Occidental, amb una població de 34.390 habitants (Idescat 2014) i, per tant, amb competències en la prestació dels SSB.

La investigació presenta dos objectius:

- Conèixer el procés d'intervenció des dels SSB del municipi en els casos d'infància i adolescència en risc.
- Conèixer les bones pràctiques existents en el treball amb famílies en casos d'infància i adolescència en risc.

### 1.2. Disseny de la recerca

Els mètodes que s'han fet servir en aquesta recerca són bàsicament de caire qualitatiu, seguint l'enquadrament de la investigació-acció. Hem escollit aquest mètode perquè comporta apropar-se a la realitat vinculant el canvi i el coneixement, i suposa convertir els tècnics en els protagonistes de la recerca.

Es van dissenyar dos tipus de grup de discussió segons la seva finalitat. Un primer grup de discussió (G1) tenia com a finalitat conèixer la metodologia d'intervenció que es fa servir amb aquests casos. Un segon grup de discussió (G2) tenia

com a finalitat la devolució dels resultats obtinguts en l'anàlisi de la informació obtinguda al G1 i l'anàlisi dels casos proposats pels equips.

Es van escollir quatre aspectes o dimensions a investigar en el G1: el concepte d'infància i adolescència en risc, les competències parentals, el mètode d'intervenció, i les dificultats en la intervenció i propostes de millora.

S'ha analitzat una mostra intencionada de 10 casos d'infància o adolescència en risc. Es va demanar als dos EBAS (Equip Bàsic d'Atenció Social) que intervenen amb infància i adolescència en risc que discutissin en equip i proposessin: 2 casos d'infància o adolescència en risc greu, 2 casos en risc lleu i 1 cas de risc on tinguessin dubte sobre la gravetat.

Per a l'anàlisi dels casos es va crear una graella amb la informació bàsica a recollir de cadascun d'ells. Es va obtenir la informació tant de l'aplicatiu informàtic de gestió d'expedients del consistori com del registre en format paper de l'expedient físic del cas.

A la recerca hi van participar sis tècnics del servei que intervenien en els casos d'infància i adolescència en risc (un va declinar l'oferta). Totes les tècniques eren dones, d'entre 32 i 47 anys, 3 educadores socials i 3 treballadores socials, i totes eren al servei fa més de quatre anys.

## 2. Resultats

Tot seguit presentem els principals resultats del primer objectiu de la recerca.

L'extensió d'aquest article no permet incloure-hi l'apartat de bones pràctiques.

### 2.1. Concepte d'infància i adolescència en risc

Existeix un alt coneixement per part de les participants del concepte d'infància i adolescència en risc. Va aparèixer el concepte de necessitats bàsiques dels infants, així com aspectes relacionats amb el context i l'evolució històrica del concepte.

La valoració del risc es fa mitjançant la valoració dels indicadors i factors de risc i protecció. No existeix, però, unanimitat en els instruments utilitzats per a aquesta valoració. S'estan fent servir tres llistats d'indicadors i factors de risc i protecció diferents: un llistat proposat per l'EAIÀ (Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència) del territori, un altre procedent del Protocol del Consell Comarcal del Vallès Occidental (2007), i per últim els llistats aprovats pel Departament de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya<sup>4</sup> més recentment.

La classificació dels casos en funció del nivell de risc coincideix amb la classificació de la LDOIA. Els casos considerats amb risc lleu o moderat són aquells en què no es valora la necessitat de separació de l'infant o adolescent del nucli, i els de risc greu aquells en què es valora una situació de desemparament o bé la intervenció realitzada des dels SSB no ha produït millores en el cas.

És percepció més senzill identificar les situacions de risc greu (amb presència de

<sup>4</sup>Ordre BSF/331/2013, de 18 de desembre, per la qual s'aproven les llistes d'indicadors i factors de protecció dels infants i adolescents.

maltractament físic, abús sexual...) que les situacions de risc lleu i moderat, en les quals les valoracions tenen molts més matisos.

### 2.2. Competències parentals

La capacitat de generar vincle afectiu amb l'infant i d'expressar afecte són les capacitats parentals valorades amb més rellevància, i cal esmentar també les que tenen a veure amb les habilitats per a l'autonomia personal.

Altres habilitats parentals que van aparèixer són: capacitat d'escolta i comunicació, capacitat per entendre l'etapa evolutiva de l'infant, capacitat de posar límits i acord en la parella sobre l'educació dels fills.

No existeix un llistat de competències parentals ni un instrument de recollida de la informació a l'hora d'intervenir amb les famílies amb infància en risc. La valoració de les habilitats parentals es fa a partir de l'observació (principalment al despatx) i de les informacions d'altres serveis.

### 2.3. Mètode d'intervenció

La família i els diferents serveis que intervenen en l'atenció als infants són les principals fonts d'informació per a la realització de l'estudi en els casos d'infància en risc. Es contrasta la informació que s'obté de la família (a través d'entrevistes i visites a domicili, bàsicament) amb l'obtenció des d'altres serveis, principalment centres educatius, centres d'estimulació precoç, centres de salut (també mental), centres oberts...

En els casos estudiats, els serveis que han proporcionat informació per a l'exploració en més casos han estat els centres educatius (9 casos) i CSMIJ<sup>5</sup> (8). Els altres serveis es troben a molta distància (Vegeu taula 1).

L'exploració familiar comença normalment per les persones que viuen en el nucli de convivència, sovint és la mare de l'infant la primera persona que s'explora, ja que és qui assisteix amb més freqüència als SSB. En tots els casos estudiats s'ha entrevistat la mare durant l'estudi.

En el cas de progenitors separats va quedar palès que en algunes ocasions es té poc en compte el progenitor no convivent, sovint el pare, o fins i tot no se'l coneix. Només en 4 dels 10 casos estudiats s'ha entrevistat el pare de l'infant o l'adolescent.

No existeix un model sistematitzat d'exploració familiar en què constin els requisits mínims per fer-la. Les participants reconeixen que caldria explorar sistemàticament la família extensa que estigui vinculada i sigui rellevant per a l'infant. La família extensa ha estat poc explorada en els casos estudiats, només en 3 casos s'ha entrevistat altres membres de la família.

La manca de col·laboració de la família és un aspecte que influeix en gran mesura en el procés d'intervenció. La manca d'assistència de la família a les entrevistes programades o la seva anul·lació dificulta el procés d'investigació i obtenció d'informació i el pot allargar en el temps.

<sup>5</sup> Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil.

Taula 1. Quadre resum de l'anàlisi de casos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Número de cas	Greu CE	Greu SSB	Greu DGAVA Judjat	Greu CE	Lleu CE	Lleu CE	Lleu CE	Lleu CE	Duïte SSB	Duïte EAP, CO
Nivell de risc										
Què detecta?										
Tipus de maltractament	Negligència	Negligència Maltractament físic	Negligència Sospita maltractament físic	Negligència Maltractament físic Maltractament psicològic	Negligència	Negligència	Negligència	Negligència	Maltractament psicològic Negligència	Negligència Maltractament psicològic Sospita maltractament físic
Fonts d'informació	CE, CSMU, CSMA	CSMA, CDIAP, EB, EAP, CE, CSMU, CO	DGAVA, Judjat, escola pares, EATAF, CAP, CDIAP	CE, CAP, CSMU, Hospital	CE, CSMU, UCA, Grup habilitats parentals	CE, CSMU, CSMA, CO	CE, CSMU	CE, CSMA, CAP	CE, CAS, coscos policials, CSMU, EATAF	EAP, altres SSB, CE, CSMU, CO, EATAF
S'ha entrevistat:										
L'infant/adolescent?	sí	no	no	sí	sí (el gran)	sí	no	no	no	no
La mare?	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí	sí
El pare?	sí	no	no	no n'hi ha	no	no	sí	sí	sí	no
La família extensa?	no	àvia marema, padrastre	no	no	no	no	no	germanes, tieta marema	parelles pare i mare	no
Llistat indicadors/factors risc i protecció documentat?	sí	sí	no	no	sí	no	no	sí	no	no
Diagnòstic documentat?	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
Pla de treball documentat?	sí	no	no	no	sí	no	no	no	no	no
Temporització documentada?	sí	no	no	no	sí	no	no	no	no	no
Avaluació documentada?	no	no	no	no	no	No/	no	no	no	no
Derivació EAP/DGAVA/Fiscalia menors?	EAPA	EAPA	DGAVA	DGAVEANA	EANA Fiscalia	no	no	EANA	no	no
Durada estudi	7	7	3 mesos	2 mesos	7	7	7	7	7	7
Durada intervenció	58 mesos	70 mesos	3 mesos	7 mesos	63 mesos	44 mesos	30 mesos	64 mesos	13 mesos	18 mesos
Recursos propis	16	34	5	8	57	25	38	60	10	19
Entrevista (nombre)	1	2	1	0	7	3	2	4	3	1
Visita a domicili (nombre)										
Ajuts econòmics	sí	sí	no	no	sí	sí	sí	sí	no	sí
Servei Ajuda a Domicili	no	sí	no	no	sí	no	no	sí	no	no
Centre Obert	no	sí	no	no	sí	sí	no	sí	no	sí
Grup habilitats parentals	no	no	no	no	sí	no	no	sí	no	no
Recursos externs emprats:					Teràpia familiar RMI	RMI	Recurs inserció laboral		Mediació familiar	
Mitjana EV i VD mes	0%	0%	0%	1%	1%	0%	1%	1%	1%	1%
Absentisme EV i VD	51%	40%	0	21%	21%	17%	20%	18%	32%	29%
Coordination/gestions registrades	32	70	5	22	57	28	50	59	29	34

Legenda: CAP: Centre d'Atenció Primària en Salut CAS: Centre d'Atenció i Seguiment de drogodependències CDIAP: Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç CE: Centre educatiu CO: Centre Obert CSMU: Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil CSMA: Centre de Salut Mental d'Adults EAP: Equip d'Assessorament Psicoeducatiu EATAF: Equip d'Assessorament Psicoeducatiu EB: Escola Bressol EV: Entrevista RMI: Rènia Mínima d'Inserció UCA: Unitat de Crisi d'Adolescents (Salut Mental) VD: Visita a domicili

En 9 dels 10 casos estudiats existeix absentisme en les entrevistes o visites a domicili programades, que va des del 16 al 51%, i en la meitat dels casos està per sobre del 25%. Tan sols en un dels casos no se n'ha produït.

### ■ Poques vegades s'obté informació directa de l'infant o l'adolescent.

Poques vegades s'obté informació directa de l'infant o l'adolescent. En la majoria de casos s'entén que existeixen serveis en què l'infant ja hi està vinculat i dels quals es pot obtenir la informació necessària, i que la incorporació d'un nou professional pot ser contraproductiu per a l'infant.

Només 4 dels infants o adolescents en situació de risc dels casos estudiats han estat entrevistats durant la intervenció. De vegades es pot observar l'infant durant les entrevistes amb els seus progenitors o en les visites a domicili. Es té en compte l'edat de l'infant, i s'entrevisten més sovint infants més grans o adolescents.

No existeix un temps pautat per dedicar a la verificació de la situació de risc ni al seu estudi. Les professionals intervenen durant l'estudi amb més o menys celeritat en funció de la percepció de gravetat de la situació de risc.

El diagnòstic és entès com una interpretació de la realitat, de la informació obtinguda, i com a tal interpretació li reconeixen una part subjectiva. S'entén que el diagnòstic recull tota la informació que s'ha obtingut durant l'estudi.

Per a la confecció del diagnòstic s'han de tenir en compte molts aspectes que van

més enllà de només la situació de l'infant: la predisposició i col·laboració dels pares, la voluntat de canvi, el compliment de les activitats que s'han proposat durant el procés...

En general els diagnòstics de les famílies amb què s'intervé no es documenten per escrit, si no és que s'hagin hagut de realitzar informes de derivació o informació: DGAIA (Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència) o EAIA, Fiscalia, jutjats... Cal clarificar, però, que si bé en els informes de derivació a l'EAIA existeix un apartat de diagnòstic, en els casos estudiats en què existia aquest informe el diagnòstic era més una valoració de la gravetat de la situació de risc que no pas una interpretació de la situació orientada a la intervenció. Només en els 6 casos en què existeixen informes a d'altres instàncies (EAIA, DGAIA i Fiscalia de menors) trobem aquesta valoració del risc per escrit. D'altra banda, només en 4 dels 10 casos estudiats existeix la valoració per escrit dels indicadors de risc i els factors de risc i protecció. En tots quatre casos s'han fet servir els llistats que proposa l'EAIA.

S'entén la formulació del diagnòstic orientada al canvi de la situació, i en aquest sentit és necessari compartir-lo amb la família. La comunicació del diagnòstic a la família, però, s'ha de fer amb cura, tenint en compte els seus temps i plantejats com a hipòtesis. Fer-ho d'una manera abrupta pot enterbolir o trencar la intervenció.

La planificació de la intervenció es formula en base al diagnòstic social previ. Els objectius d'intervenció es formulen de manera implícita i poques vegades es documenten.

En la majoria de casos les intervencions del pla de treball no estan temporitzades. En 2 dels 10 casos estudiats existeix per escrit la formulació d'un pla de treball. Es tracta d'una planificació molt genèrica que barreja els objectius amb les accions. En ambdós hi consta que la temporització de la planificació és de tres mesos, però hi manca l'avaluació corresponent. En algunes ocasions (3) es documenta i signa el "contracte" d'intervenció entre la família i el servei.

A les famílies ateses se les informa poc i parcialment del pla de treball. Generalment es comuniquen les accions a realitzar i no tant els objectius pels quals es realitzen. Aquesta manca de claredat en la informació a la família sobre el pla d'intervenció pot ser generador de conflictes quan la família compleix amb totes les accions planificades, però tot i així no s'assoleixen els objectius de la intervenció.

L'anàlisi dels registres de les intervencions realitzades en els diferents casos ens mostra que en moltes ocasions els tècnics formulen objectius i accions a realitzar amb una temporalitat establerta, però aquests es registren dins l'activitat realitzada (entrevista, visita a domicili, reunió de coordinació...) i no dins un apartat concret de planificació, cosa que dificulta la seva cerca i avaluació.

Totes les intervencions que es realitzen amb les famílies en aquell moment es desenvolupaven a nivell individual i familiar. L'entrevista és la tècnica més emprada amb diferència, que pot tenir diferents objectius (mediació, exploració, escolta i contenció, reflexió...) i on es poden treballar diferents aspectes: conscienciació, habilitats parentals, gestió de la llar...

La intervenció al domicili es valora molt positivament però s'utilitza puntualment per manca de temps. En 9 dels 10 casos estudiats s'han fet visites domiciliàries, però cal remarcar que el nombre de visites és significativament menor al número d'entrevistes realitzades (272 entrevistes per 24 visites a domicili).

La majoria de les intervencions al domicili són de caràcter exploratori i de diagnòstic, i no tant d'intervenció, que requereixen més intensitat.

La intervenció al domicili per part de treballadores familiars es valora positiva per a tasques concretes i delimitades: garantir l'assistència escolar, millorar la higiene de la llar o d'algun membre de la família, com a descàrrega familiar... Cal disposar de treballadores familiars amb un perfil professional específic i formació en atenció a la família per garantir la qualitat del servei.

En 3 dels 10 casos estudiats els SSB han activat un SAD (Servei d'Atenció Domiciliària), dut a terme per una treballadora familiar, bàsicament per garantir l'assistència escolar i també de caire exploratori de la realitat familiar en el domicili.

La intervenció grupal amb les famílies és ben valorada i desitjada; no es realitza, però, per manca de temps i d'encàrrec institucional. Però apareix també el factor d'acomodació de les professionals a la intervenció individual, en la qual se senten tècnicament més segures.

En 2 dels 10 casos estudiats s'ha fet servir la intervenció grupal amb els pares dels menors. Cal dir que el programa d'intervenció grupal amb mares i pares d'adolescents fa anys que ja no es duu a terme al municipi.



La intervenció des dels SSB inclou també l'activació de diferents recursos externs (CSMA,<sup>6</sup> CSMIJ,<sup>7</sup> CAS...) i la tramitació de diferents ajuts econòmics. En aquest sentit, cal remarcar que en 7 dels 10 casos estudiats els SSB han realitzat algun tipus d'ajut econòmic, els conceptes dels quals són: de subsistència (habitatge, subministraments, alimentació i vestit), menjador escolar, reforç escolar i activitats extraescolars. Són, doncs, contextos familiars en situació de pobresa econòmica.<sup>8</sup>

La durada de la intervenció no està estipulada. Tots els casos estudiats es trobaven actius en el moment de l'estudi (maig 2014). La durada de la intervenció s'ha calculat en mesos des de la detecció de la possible situació de risc fins al maig de 2014. La manca de plans de treball documentats i de concreció en els registres sobre l'obertura i tancament de l'expedient impossibilita la realització d'un altre tipus de càlcul. La durada de les intervencions va dels 7 als 64 mesos, i quatre casos superen els 58 mesos d'intervenció. Les tècniques valoren convenient establir un termini en la intervenció.

En relació amb la intensitat de la intervenció des dels SSB, si calculem la mitjana mensual d'intervencions, en 6 dels 10 casos estudiats s'ha realitzat almenys una entrevista amb algun membre de la família o visita a domicili al mes durant tots els mesos d'intervenció.

S'entén que els serveis socials especialitzats poden tancar un cas d'infància en risc si no s'obtenen resultats en la intervenció encara que persisteixin certs indicadors de risc, però que els SSB no ho poden fer degut a la responsabilitat que ostenten. Les participants en la investigació es perceben com el recurs final i més proper als infants i adolescents i els costa plantejar un tancament de la intervenció mentre existeixin indicadors de risc, encara que aquests siguin de caràcter lleu o moderat, i que la intervenció des dels SSB no hagi aconseguit disminuir. Entenen que els SSB han de realitzar el seguiment dels casos d'infància, encara que sigui d'una manera indirecta o menys intensiva.

En un mateix cas hi poden intervenir molts serveis diferents (centre educatiu, CSMIJ, centres oberts...). La intervenció ha de ser sempre coordinada entre els diferents serveis i la funció dels SSB es veu com aglutinadora i frontissa dels diferents serveis.

Ens els casos estudiats es fa palès el gran nombre de gestions, coordinacions i reunions que els tècnics dels SSB realitzen amb d'altres serveis. En 9 dels 10 casos el nombre de gestions/coordinacions supera amb escreix el nombre d'entrevistes realitzades, i en 4 suposen més del doble.

No existeix un sistema d'avaluació sistematitzat de la intervenció ni aquesta es documenta. En cap dels 10 casos estudiats

<sup>6</sup> Centre de Salut Mental d'Adults.

<sup>7</sup> Centre d'Atenció i Seguiment de drogodependències.

<sup>8</sup> La normativa sobre prestacions econòmiques dels SSB del municipi estableix l'IRSC (Indicador de Renda de Suficiència de Catalunya) com a topall d'ingressos per a poder ser beneficiari d'un ajut econòmic per part dels SSB. Així, els ingressos màxims que pot tenir una persona sola són el 100 % de l'IRSC (569,12 €/mes per l'any 2014), que es veuran incrementats pel factor multiplicador 0,3 per cada altre membre del nucli familiar. Els ingressos màxims d'una família formada per una parella amb dos menors serien de 1081,33 €/mes.

està documentada l'avaluació de la intervenció com a tal: indicadors d'avaluació, valors desitjats...

De la mateixa manera que en la planificació hi consten més aviat accions i no objectius, a l'hora de l'avaluació es tendeix a avaluar la realització de les activitats, no la consecució de l'objectiu. No s'avalua l'eficàcia i eficiència de les intervencions.

L'avaluació de la intervenció es comunica a la família en els casos en què es deriva el cas a una instància superior (DGAIA, EAIA). En els casos on la situació de risc s'ha reduït o desaparegut, no es comunica a la família de manera sistemàtica.

#### **2.4. Dificultats i propostes de millora**

Existeixen elements de l'organització que afecten la intervenció amb les famílies, com pot ser l'horari d'atenció del servei (només en horari de matí). La càrrega professional es percep com massa elevada i per tant no permet intervenir amb el nivell de profunditat i qualitat desitjat.

La relació amb els diferents serveis que intervenen amb l'infant és viscuda en algunes ocasions amb certa dificultat. Un dels principals problemes és la comunicació de possibles situacions de risc als SSB: de vegades es fa tard, no es fan servir els circuits establerts o proporcionen als SSB informació que pretenen que no sigui utilitzada.

Es proposa continuar potenciant el treball en xarxa amb els diferents integrants del sistema de protecció.

### **3. Conclusions**

Existeix un grau elevat d'expertesa per part de les participants en l'estudi en l'àmbit de la intervenció de la infància i l'adoles-

cència en risc. Els circuits són coneguts i aplicats amb diligència a l'hora de valorar la gravetat del risc i la utilització d'un o altre circuit.

Troblem una situació diferent en el procés d'intervenció posterior a la confirmació de la situació de risc. Queda palès que la intervenció amb les famílies es fa d'una manera poc pautada i documentada. La inexistència de diagnòstics socials documentats, per exemple, dificulta la planificació i avaluació de la intervenció i la valoració de la seva eficàcia i eficiència.

L'existència d'eines que estructurassin el procés (circuit clar d'atenció en els SSB amb temporització per a cada etapa del procés, instruments d'avaluació de competències parentals, manuals, etc.) facilitaria la tasca dels tècnics i serviria de guia per a la intervenció. Els coneixements tècnics i l'experiència professional de les participants es veuen reflectits en els resultats (en l'enumeració i avaluació de les capacitats parentals o el marc de valoració de les situacions de risc, per exemple) i en la intervenció amb les famílies. La utilització d'instruments consensuats, àgils i senzills incrementaria la qualitat en la intervenció, i seria especialment útil en el cas de la incorporació a l'equip de nous professionals amb menys experiència o expertesa.

La manca de recursos (temps, principalment) és considerada per les tècniques una de les causes per les quals la intervenció amb la infància en risc és molt operativa i poc pensada i reflexionada. Gaudir de més temps per a l'atenció als casos afavoriria el treball més reflexiu i elaborat.

Les professionals tenen la sensació que la seva intervenció és esbiaixada i amb poca intensitat. Es fa necessari reformular

la intervenció amb les famílies, no només en termes de quantitat, sinó de qualitat i d'eficàcia. En aquest sentit, caldria cercar oportunitats d'atenció grupal a les famílies del municipi, tant pels propis professionals del servei com mitjançant sinèrgies amb altres entitats amb les quals es poguessin establir col·laboracions.

L'anàlisi de casos reflecteix la gran complexitat que presenten la majoria. Es tracta de famílies amb presència de moltes problemàtiques: trastorn mental en adults i infants, violència masclista i familiar, dificultats econòmiques greus, desocupació... La intervenció en aquestes situacions no es pot plantejar sinó des del treball interdisciplinari i en xarxa.

A més, la intervenció amb la infància en risc des dels SSB no es pot concebre sense una orientació comunitària que requereix la col·laboració dels diferents serveis que atenen els infants. Aquesta col·laboració comporta un gran nombre de gestions i coordinacions imprescindibles per a la intervenció. Les dificultats en el treball en xarxa i per a la coresponsabilització de tots els agents intervinents queden reflectides en els resultats.

La intervenció amb la infància i l'adolescència en risc és un camp complex degut a les implicacions que comporta intervenir amb una població tant vulnerable i on l'agilitat en la intervenció és imprescindible per tal d'evitar situacions de desprotecció més greus. El sistema de serveis socials, i els SSB en particular, estan patint una saturació per l'augment de demanda en relació a la situació econòmica que ens envolta. L'aprovació de la LDOIA va incloure modificacions (la desaparició de la mesura d'atenció en la família pròpia, per exem-

ple) que doten de més competències en matèria d'infància en risc els SSB sense dotar-los, però, de més recursos. Les noves competències, sumades a l'escassetat de recursos i l'augment de la demanda, conviden a repensar l'atenció a la infància i l'adolescència en risc.

Els SSB són serveis d'atenció bàsica en què s'atenen una gran quantitat de problemàtiques diverses amb diferents nivells d'intervenció. La infància en risc n'és una, classificada com a col·lectiu amb necessitats d'atenció especial, i es planteja la necessitat de crear equips especialitzats dins els SSB que puguin dur a terme una intervenció més adequada.

La LDOIA en el seu article 83.2 atorga al departament de la Generalitat competent en matèria d'infància i adolescència la promoció de l'establiment de protocols que assegurin una atenció integral dels diferents serveis, departaments i administracions implicats en la prevenció i la detecció dels maltractaments a infants i adolescents. La Generalitat de Catalunya ha promulgat diversos protocols d'actuació en l'àmbit de la protecció a la infància i l'adolescència de caràcter parcial o sectorial: *Protocol d'actuació per prevenir la mutilació genital femenina* (2007), *Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància* (2008) i *Protocol per a la detecció i seguiment de les situacions de dificultat en l'alimentació d'infants i adolescents* (2013). Per una altra banda, existeix el *Protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a infants i adolescents* (2006), impulsat pel Síndic de Greuges de Catalunya, que és el que es fa servir principalment. La manca d'un protocol únic i complet (que inclogui totes les possibles situacions de risc i els diferents

circuits) és una dificultat amb què es troben els agents que intervenen en l'àmbit de la infància i l'adolescència en risc a Catalunya.

■ **La manca d'un protocol únic i complet (que inclogui totes les possibles situacions de risc i els diferents circuits) és una dificultat amb què es troben els agents que intervenen en l'àmbit de la infància i l'adolescència en risc a Catalunya.**

Aquesta mancança ha generat que altres administracions (diputacions i consells comarcals, principalment) impulsin diferents protocols d'actuació en aquesta matèria, que poden distar significativament els uns dels altres en la manera d'afrontar les diferents situacions de risc i fins i tot

generen confusió en les relacions entre els diferents agents intervinents i la DGAIA. De la mateixa manera, és paradoxal que el protocol marc que es fa servir per als casos de maltractaments greus hagi estat impulsat pel Síndic de Greuges i no per la mateixa DGAIA.

Altres administracions públiques de l'Estat espanyol han desenvolupat documents complets i útils que inclouen els instruments per a la valoració del risc, els diferents circuits d'atenció, els procediments, així com orientacions i bones pràctiques per a la intervenció per a la preservació familiar.<sup>9</sup> Urgeix que des de la DGAIA es lideri l'elaboració d'un protocol consensuat, així com d'instruments similars als esmentats anteriorment, adaptats al sistema català de serveis socials i al nostre marc legal, per tal de millorar i consolidar el nostre sistema de protecció a la infància i l'adolescència.

---

<sup>9</sup> Diputación Foral de Álava (2004), Diputación Foral de Bizkaia (2005), Gobierno de Cantabria (2008), Gobierno de Navarra (2004), Gobierno del Principado de Asturias (2008), Gobierno Vasco (2011), o la Junta de Castilla y León (2000 i 2010).

### Bibliografia

- CONSELL COMARCAL DEL VALLÈS OCCIDENTAL. *Protocol comarcal per a la intervenció en xarxa en situacions de risc i/o maltractaments a la infància i l'adolescència*. Terrassa, 2007.
- DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA. *Guía de actuación para los servicios sociales dirigidos a la infancia en el territorio histórico de Álava*. Vitoria, 2004. Dip. legal: VI-563-2004.
- DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA. *Intervención en situaciones de desprotección infantil*. Bilbao, 2005. ISBN: 84-7752-344-4.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Protocol d'actuació per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona, 2007. Dip. legal: B-56.261-2007.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància*. Barcelona, 2008.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Protocol per a la detecció i seguiment de les situacions de dificultat en l'alimentació d'infants i adolescents*. Barcelona, 2013.
- GOBIERNO DE CANTABRIA. *Manual Cantabria. Procedimiento y criterios de actuación de los Programas de Intervención Familiar*. Arruabarrena, M. & Alday, N. Santander, 2008. Dep. legal: AS-4.206-2008.
- GOBIERNO DE NAVARRA. *Programa especializado de intervención familiar*. Pamplona, 2004. Dip. legal: NA.00000/2004
- GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. *Guía de buena práctica en la intervención social con la infancia, familias y adolescencia. Manual de procedimiento de intervención ante situaciones de desprotección infantil para los servicios sociales de Asturias*. Oviedo, 2008. Dip Legal: As-4206-2008
- GOBIERNO VASCO. *Balora. Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria, 2011.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. *Programa de intervención familiar en situaciones de desprotección infantil en Castilla y León*. Valladolid, 2000.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. *Guía 2: Investigación y evaluación ante situaciones de desprotección en la infancia*. Valladolid, 2010. ISBN: 978-84.7846.563.0.
- SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA. *Protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a infants i adolescents*. Barcelona, 2006.
- Legislació
  - Catalunya. Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials.
  - Catalunya. Llei 14/2010, de 27 de maig, dels Drets i les Oportunitats de la Infància.
  - Catalunya. Ordre BSF/331/2013, de 18 de desembre, per la qual s'aproven les llistes d'indicadors i factors de protecció dels infants i adolescents.
  - Estatut d'Autonomia de Catalunya de 2006.