



10.2. LA TOMA DE DECISIONES PROFESIONALES EN LA PROTECCIÓN DE MENORES.

Antonio Molina Facio

Servicio de Protección de Menores. Delegación Provincial de la
Consejería para la igualdad y Bienestar Social de Cádiz

RESUMEN

Se realiza un primer acercamiento desde la investigación al fenómeno de la toma de decisiones en protección de menores. A partir de una muestra de 84 sujetos de cuatro sectores del sistema de protección en la provincia de Cádiz, se obtuvieron datos relacionados con la toma de decisiones mediante la utilización de viñetas, metodología más utilizada en este tipo investigaciones en otros países. Se exponen tres situaciones que describen tres casos de maltrato infantil, sobre los cuales los profesionales deben tomar las decisiones de protección. Los datos reflejan como en todos los casos los profesionales se ven influenciados principalmente por la gravedad y tipo de indicadores de maltrato observado y por su ubicación dentro del sistema de protección a la infancia, en consonancia con las investigaciones revisadas. Significativamente por parte de los profesionales del SPM se proponen siempre medidas de menor intensidad. También se destaca la escasa utilización de instrumentos estandarizados en la toma de decisiones por parte de todos los profesionales.

ABSTRAC

We performed a first approach from research to the phenomenon of decision making in child protection. From a sample of 84 subjects in four sectors of the protection system in the province of Cadiz, data were related to decision making through the use of vignettes, most commonly used method in such investigations in other countries. It sets out three scenarios describing three cases of child abuse, on which professionals should make



decisions for protection. The data represented as in all cases the professionals are influenced mainly by the severity and type of observed indicator of abuse and its location within the system of child protection in line with the research review. Significantly by the proposed SPM professionals always measured less intense. It also highlights the limited use of standardized instruments in making decisions on the part of all professionals.

PALABRAS CLAVE

Maltrato infantil, protección a la infancia, toma de decisiones.

KEYWORDS

Chile abuse and neglect, childhood protection, decision making.

1. INTRODUCCION

La toma de decisiones y la intervención de los distintos servicios de protección de menores, es una actuación pública que solo suele tener eco social o impacto mediático cuando se producen circunstancias que ocasionan graves daños o incluso la muerte de algún niño, o bien cuando determinadas decisiones judiciales modifican la situación de algunos niños provocando en muchos casos situaciones realmente dramáticas o el pago de grandes indemnizaciones por parte de la administración.

Este fenómeno no es único de nuestro país y no es infrecuente que en muchos de estos casos se ataque de forma contundente las actuaciones de los Servicios de Protección en cualquiera de los dos sentidos, por falta o por exceso en la intervención.

Por lo general en muchos de estos casos solo se muestran situaciones muy concretas que no reflejan la realidad del conjunto de actuaciones y decisiones de los



servicios de protección. Sin embargo, a veces la alarma social que generan este tipo de informaciones lleva a los responsables políticos a la toma de decisiones precipitadas que hacen imposible una intervención rápida y eficaz.

1.1. El Sistema de Atención Social a la infancia en Andalucía.

El sistema de protección actual tiene su origen en la modificación efectuada en la legislación civil española a través de la Ley 21/87. Dicha ley establece entre otros cuál será la organización de la atención a los menores en el futuro, designando a las Entidades Públicas de las Comunidades Autónomas como las competentes en dicha materia, desjudicializando las primeras decisiones sobre la protección de los menores.

Posteriormente La Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, viene a introducir entre otros el concepto de situación de riesgo, referido a situaciones que perjudiquen el desarrollo personal o social del menor pero que no requieran la separación de este de su núcleo familiar de origen.

A partir de los elementos básicos planteados por estas dos leyes, cada Comunidad Autónoma ha ido diseñando la estructura particular de su Sistema de Protección Social a la Infancia. En el caso concreto de Andalucía, debemos remitirnos aún a dos leyes más. La Ley 2/1988 de 4 de abril de Servicios Sociales de Andalucía que atribuye a los Servicios Sociales Comunitarios de los Ayuntamientos y las Diputaciones Provinciales, *la atención y promoción del bienestar de la familia y de la infancia, adolescencia y juventud (art.6.1.2.)*. En segundo lugar la Ley 1/1998 de los Derechos y la Atención al Menor que sitúa en el ámbito local las actuaciones de *prevención, información y reinserción social, así como la apreciación e intervención en situaciones de riesgo*. Mientras que la administración autonómica sería competente en *todas aquellas actuaciones que implican la separación del menor de su medio familiar*.

Tanto la legislación estatal como la autonómica destacan la necesaria implicación de otros servicios públicos (sanitarios, educativos, culturales, de seguridad,



etc.) tanto en la promoción y protección de los derechos de la infancia como en la detección de aquellas situaciones que pudieran implicar la intervención de lo que hemos denominado como Sistema de Atención Social a la Infancia. Como recogen de forma expresa ambas legislaciones todos los ciudadanos y en especial aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o desprotección la deberán comunicar a las autoridades.

Si bien ya quedaba recogido en un protocolo de Coordinación firmado en el año 2002 entre los distintos responsables de todos los servicios públicos relacionados con la infancia en Andalucía, no es hasta dos años después que entra en vigor el Sistema de Información sobre Maltrato en Andalucía (en adelante SIMIA) (Decreto 3/2004), destinado a la notificación por parte de los distintos servicios públicos y personal de los mismos de aquellas situaciones que sean detectadas en el ejercicio de sus funciones profesionales.

Es necesario señalar que en nuestro país tanto algunas CCAA como el propio Ministerio competente cuentan con distintos modelos de Hoja de detección y notificación, con el inconveniente de no poder contar con un sistema único que recoja los datos epidemiológicos de los casos detectados de menores que sufren maltrato en todo el país.

Por tanto, la primera toma de decisiones que afecta a un menor en una posible situación de desamparo o de riesgo se debe tomar por parte de los profesionales que componen todos aquellos servicios públicos que se encuentran en contacto con la infancia. Estos profesionales deben decidir si la situación con la que se encuentran debe ser notificada o no, y qué nivel de gravedad inicial le otorgan a la misma.

Salvo aquellas situaciones de extrema gravedad o que impliquen la necesidad de una toma de medida de protección inmediata, tras la detección la primera derivación se realiza a los Servicios Sociales Comunitarios (SSCC), incluso son estos los que



mayoritariamente detectan las situaciones de riesgo o desprotección de los menores de sus municipios.

Dentro de dichos Servicios nos encontramos un primer nivel básico que se ocupa de la información, valoración y orientación (Servicios de Información Valoración y Orientación) y un segundo nivel con funciones más específicas (Servicios de Convivencia y Reinserción). Desde el año 2002 la Junta de Andalucía pone a disposición de todas las Corporaciones Locales el Programa Tratamiento a Familias con Menores (Orden de 10 de mayo de 2002) con al finalidad principal de intervenir a través de Equipos especializados (Equipos de Tratamiento Familiar) en aquellas familias de mayor riesgo y en las que existan unas mínimas posibilidades de evitar la separación familiar (Junta de Andalucía, 2006).

Por tanto, corresponde a los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios decidir, qué nivel de intervención se requiere y una vez valorados los resultados de la misma si se han producido las modificaciones necesarias que garanticen el bienestar del menor.

Por último cuando se han agotado las intervenciones anteriores o bien la gravedad de la situación lo requiere, en cada provincia y dependiente de la Comunidad Autónoma se cuenta con Servicios de Protección de Menores, compuestos de equipos multidisciplinares y encargados de todo lo relacionado con las medidas de separación familiar, tanto a través del acogimiento residencial como del acogimiento familiar y la adopción. En Andalucía, al igual que en otras CCAA existe en cada provincia una Comisión de Medidas de Protección, órgano colegiado en el que están representados todos los ámbitos de actuación competentes en materia de infancia y familia (salud, educación y servicios sociales municipales), que es finalmente quien toma las decisiones en todos los asuntos de protección de menores: desamparo y guarda, acogimiento residencial o familiar, idoneidad de familias, etc. (Decreto 42/2002 de Desamparo, Guarda y Tutela). Estas decisiones tienen que ver fundamentalmente con la separación



del menor de su entorno familiar. En un primer momento se debe decidir la procedencia de la declaración de la situación de desamparo y la asunción de la tutela del menor, para en segundo lugar determinar quien se ocupara de ese menor (una familia o un Centro) y durante cuánto tiempo. Si las medidas son de carácter temporal una vez finalizadas se debe decidir cual será la alternativa posterior: reintegrar al menor con sus padres (inmediatamente o a medio plazo), integrarlos en otra familia (sustituta o extensa) o preparar su emancipación.

Por último y como ya comentamos más arriba, la legislación actual aún mantiene algunas decisiones en manos exclusivas de la autoridad judicial, bien porque no se cuenta con el consentimiento paterno (acogimiento familiar) o porque implique la ruptura definitiva de los lazos de filiación (adopción). Además de estos procedimientos, la intervención judicial se produciría en todos aquellos casos en que los padres manifiestan su oposición a cualquiera de las resoluciones administrativas adoptadas por la administración en la protección de un menor.

1.2. La magnitud del problema.

Como apuntamos anteriormente, no existe en España un sistema único de detección y notificación de maltrato infantil, llevando cada Comunidad Autónoma su propio sistema. En el último boletín estadístico sobre medidas de protección a la Infancia (Ministerio de Salud y Políticas Sociales, 2009) en el apartado referido al maltrato infantil se exponen solo los datos ofrecidos por nueve Comunidades Autónomas, entre las cuales no se incluye Andalucía y con datos muy dispares entre ellas, desde el 0,2 por mil de Ceuta al 6 por mil de Castilla León. En nuestra Comunidad no existen datos epidemiológicos sobre el maltrato. Para conocer el volumen aproximado de menores que sufren maltrato debemos acudir al campo de la investigación. El principal estudio con que contamos en Andalucía se realizó a principios de años 90 desde la Universidad de Sevilla (Jimenez, Moreno, Oliva, Palacios, & Saldaña, 1995) y arroja una incidencia en torno a un 15 por mil. Según los datos de este estudio, la mayoría de los malos tratos se



engloban en la categoría de la negligencia (72,2%) seguido del maltrato emocional (45,5%) y el maltrato físico (22%). Una situación parecida se vive en Alemania (Kindler, 2008), en donde no existe un sistema centinela para estimar el número de niños maltratados, debiendo recurrirse a estudios retrospectivos, en contra de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud realizada en el año 2002. (World Health Organization, 2002).

En lo que se refiere a menores sobre los que ya se ha aplicado una medida de protección, según los datos ofrecidos por el Ministerio de Salud y Políticas Sociales (2009) en Andalucía en el año 2006 se contaban un total de 13.479 expedientes de protección abiertos. Durante el año 2008 ingresaron en Centros de Protección en nuestra Comunidad un total de 2334 niños al tiempo que 694 fueron acogidos por familias (Observatorio de la Infancia en Andalucía, 2009).

En cuanto a los expedientes de protección que terminan en la administración de justicia, es un dato del tampoco se dispone actualmente, desde la administración de justicia solo se recogen datos en el ámbito de familia que afectan a la violencia sobre la mujer, las separaciones, divorcios o nulidades o a los delitos juveniles (Consejo General del Poder Judicial, 2009).

En cualquier caso, y referidos exclusivamente a la provincia de Cádiz (Junta de Andalucía, 2009), el volumen de oposiciones a Resoluciones administrativas (desamparo, acogimiento, etc.) no supera el 5% de las medidas acordadas anualmente. Respecto a los procedimientos de acogimiento que necesitan ser acordados judicialmente, representan aproximadamente el 60% del total de acogimientos constituidos, (Observatorio de la Infancia en Andalucía, 2000).

1.3 Variables influyentes en la toma de decisiones.



Si bien en los Estados Unidos existen estudios sobre la toma de decisiones en protección de menores que datan de los años 90, es a partir del presente siglo con la celebración en el año 2003 de un seminario específico en la Universidad de California en Berkeley sobre la “La Toma de Decisiones en Bienestar Infantil” cuando este tipo de estudios comienza a proliferar (Gabbrill, 2005).

La mayoría de los trabajos sobre toma de decisiones, se dirigieron a estudiar fundamentalmente tres grupos de variables, las relacionadas con el trabajador, las relacionadas con el niño y aquellas que tienen que ver con los recursos disponibles (De Panfillis & Girvin, 2005).

Para su estudio Munro (2005) propone una aproximación sistémica que tenga en cuenta los factores individuales, las variables relacionadas con los recursos y sus limitaciones (incluyéndose los instrumentos y su uso), añadiendo de forma diferenciada los factores relacionados con la organización. Refiriéndose a este último, añade esta autora, es fundamental conocer en ese momento en qué lugar se sitúa la organización ante el dilema de apoyar a las familias o proteger a los niños. En muchas ocasiones estos factores determinan dónde se situará el umbral para la retirada. La historia de las últimas décadas muestra fluctuaciones sociales en este tema. Cuando la prioridad es apoyar a las familias, el umbral para retirar a un niño sube y muchos niños se quedarán en un contexto de riesgo. Una muerte provocará un cambio hacia la prioridad del niño. Entonces el umbral baja, más niños son retirados y se produce un contragolpe cuando la población teme que los profesionales tienen demasiado poder e invaden la privacidad de las familias. Este dilema es fácil de abordar para el trabajador si la organización mantiene un mensaje claro y consistente. Pero a veces, la propia organización se vuelve cínica con frases como: tú debes trabajar en colaboración con los padres y apoyándolos en todos los casos, excepto en aquellos que a posteriori se han revelado peligrosos. Desgraciadamente, es el trabajador de primera línea el que toma la decisión sin el beneficio del a posteriori, colocando a veces la organización a los trabajadores en situación de tener que ejecutar decisiones contradictorias al mismo tiempo.



En la revisión realizada por Kang y Poertner (2006) encontraron que la variable que más influía en la toma de decisiones de los profesionales tenía que ver con la situación económica de la familia, más que el riesgo o el maltrato. Britner y Mossler (2002) analizando 18 características relacionadas con los casos a la hora de tomar decisiones, encontraron que las características que los profesionales consideraron más importante tienen que ver con la severidad del maltrato y la probabilidad de ocurrencia. Sin embargo, no se señalaron como influyentes variables que la investigación básica ha considerado importantes, como el apego del niño o la relación con su familia extensa. Wells, Lyons, Doueck, Brown, y Thomas (2004) también señalan como influyente la severidad del daño y añaden la historia de desprotección, la presencia de daño físico, la existencia de varios abusos, la edad del menor y variables sociales de los menores como situación económica de la familia o sus características étnicas. También De Panfilis y Girvin (2005) encontraron como influyentes las variables señaladas, incluidas estas últimas, con una mayor tendencia a la intervención cuando se trata de maltrato físico frente a los otros tipos de maltrato.

Un grupo importante de estudios realizados en los Estados Unidos, utilizando distinta metodología, encontraron diferencias significativas hacia una mayor comunicación de situaciones de maltrato, e incluso una vez comunicada sobre la decisión por parte de los Servicios de Menores de adoptar una medida de separación cuando se trata de menores de origen hispano (Woldegulorguis, 2003; Garland, Landsverk, y Lau, 2003) o afroamericanos (Gammon, 2001; Castrianno, 2000). Posteriormente Church, Gross, y Baldwin (2005), realizando un estudio sobre informes y expedientes, encuentran que no solo hay una mayor proporción de niños de diferentes culturas en el sistema de protección americano (por encima de su proporción en la población general), sino que además a estos se les aplican actuaciones más punitivas y por periodos de tiempo más largo.

Respecto a la influencia en la toma de decisiones de variables relacionadas con los profesionales, por una parte nos encontramos con variables relacionadas con su



quehacer profesional y por otra con variables estrictamente personales. En cuanto al primer grupo, varios estudios han destacado la importancia que la experiencia profesional puede tener en la toma de decisiones ante un menor desprotegido. Así en el estudio de Britner y Mossler (2002) comparando cuatro grupos profesionales (jueces, fiscales, trabajadores sociales de servicios de protección y profesionales de salud mental) encontraron diferencias significativas entre estos grupos a la hora de considerar la importancia de unos indicadores u otros, existiendo mayor similitud entre los dos primeros y los dos último grupos, e inclinándose los primeros por decisiones que implican toma de medida de protección, frente a medidas de intervención en el medio. Sullivan et al. (2008) comparando trabajadores sociales y policías, encontró que los primeros eran más críticos con los riesgos. Por otra parte en comparación con estudiantes, los profesionales suelen requerir más información, generar más hipótesis y hacer menos asunciones. Un estudio anterior (Mandel, Lehman, & Yuille, 1994) no encontró diferencias significativas a la hora de tomar decisiones entre profesionales y recién graduados, pero en el proceso seguido por los profesionales estos realizaron más peticiones de información adicional e hicieron menos asunciones injustificadas.

Un foco de atención de dichos estudios ha sido tradicionalmente el personal médico o sanitario. En un estudio sobre profesionales sanitarios norteamericanos (King, Reece, Bendel, & Patel, 1998) estudiaron el efecto que determinadas variables sociodemográficas, la formación y variables actitudinales tienen en las notificaciones de situaciones de maltrato en tres grupos de profesionales, pediatras, trabajadores sociales con nivel de máster y asistentes sanitarios. Si bien encontraron una mayor proporción de notificación de casos en el primer grupo, cuando se introdujeron otras variables independientes las diferencias se atenuaron, resultando predictores más significativos la actitud del profesional y la cantidad de entrenamiento recibido en este tema. En otro trabajo con profesionales de atención primaria y utilizando grupos de discusión Flaherty, Jones y Sege (2004), comprobaron que entre las variables más influyentes a la hora de comunicar un caso se encontraba la experiencia del profesional a la hora de identificar y valorar el caso en su tiempo de consulta y la relación que previamente había tenido este



profesional con casos similares ante los servicios de menores. Los obstáculos más importantes que se encontraron a la hora de comunicar los casos, fueron: el bajo conocimiento sobre abuso infantil, su experiencia previa con los Servicios de Protección Menores (cuando estos consideran que el daño es insuficiente o infundado, decrece la posibilidad de futuras comunicaciones, además no suelen recibir feedback), el tiempo adicional requerido en valorar e informar del abuso y la burocracia posterior. En un estudio posterior de los mismos autores y utilizando viñetas (metodología que comentaremos más adelante) comprobaron nuevamente la influencia que tiene sobre la toma de decisiones del personal sanitario la experiencia anterior con los Servicios de protección de menores. En esta ocasión también mostró influencia, la relación que los profesionales sanitarios mantenían con las familias, tanto en facilitar como en impedir la notificación de la situación de maltrato. (Jones et al., 2008).

Sullivan et al. (2008) también compararon distintas profesiones incluyendo trabajadores sociales, policías y estudiantes, siendo los primeros los más críticos con los riesgos y requiriendo más información que generan más hipótesis posibles. En el estudio realizado en nuestra Comunidad sobre la utilización de la Escala de Bienestar Infantil se encuentran diferencias significativas en las valoraciones realizadas entre los distintos perfiles profesionales, siendo que en algunos casos los educadores evalúan más desfavorablemente a las familias que psicólogos y trabajadores sociales (Garrido & Grimaldi, 2009).

Respecto a la experiencia, parece existir cierta coherencia en los estudios que induce a pensar que menor experiencia conduce a sobreestimar el riesgo, aumentándose las retiradas (Sullivan, Whitehead, Leschied, Chiodo, & Hurley, 2008). Según Portwood (1998) quien no ha trabajado nunca con casos tiende a percibir como abusivas conductas que se consideran ambiguas. Sin embargo, en los estudios de Sullivan et al. (2008) las diferencias existentes teniendo en cuenta la experiencia, desaparecen cuando se toma una muestra de un Servicio concreto en que todos profesionales fueron entrenados en un instrumento de toma de decisiones. También en nuestro ámbito, y



utilizando la escala de Bienestar Infantil, se encontró que los profesionales con más experiencia realizan valoraciones más favorables de las familias y los profesionales con menos experiencia realizan valoraciones más desfavorables con la misma escala (Garrido & Grimaldi, 2009).

En cambio, Wells et al. (2004) no encontraron influencia de la experiencia, especialización o años de trabajo. Tampoco Mandel, Lehman y Yuille, (1994) encuentra diferencias significativas en la toma de decisiones entre profesionales en función de su experiencia. Sin embargo si observan como los profesionales con más experiencia suelen ser más críticos en el procesamiento del caso, piden más información y se plantean más hipótesis.

Respecto a las variables personales de los profesionales, uno de los estudios más completos es el realizado por Portwood (1998). Utilizando la metodología de las viñetas y con una muestra que incluía profesionales de distintos sectores (de la salud mental, del ámbito legal, de la medicina, de la educación, padres y adultos no padres) estudió la influencia del nivel educativo, los ingresos, la religión y la experiencia como padres, así como la experiencia personal de maltrato. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas, aunque sí aparecen tendencias en algunas de ellas como la experiencia de paternidad, en la cual las personas que tiene hijos tienden a ser más exigentes con los abusos. Tampoco el trabajo realizado por Ashton (2004), cuando estudia el momento en que el profesional sanitario debe notificar situaciones de maltrato encuentra diferencias en variables individuales, salvo curiosamente la características étnicas o el estatus de inmigrante. Variables tales como edad del profesional, sexo, experiencia de paternidad- maternidad, estado civil, no tiene influencia significativa en la valoración realizada con la escala de Bienestar Infantil, según el estudio de Garrido y Grimaldi (2009).

Probablemente la autora que más ha estudiado el proceso de toma de decisiones considerando los procesos psicológicos implicados en el mismo haya sido



Munro (1999, 2005) en el Reino Unido, como consecuencia del análisis de los casos en donde se informaron de errores que condujeron a la muerte de niños. A través del estudio de los informes que componían estos casos se pudo comprobar cómo en la mayoría de los casos, en que se veían implicadas muchas variables desconocidas y se exigía decisiones rápidas, los sujetos se dejaban llevar por un pensamiento de tipo intuitivo, conviviendo con la existencia de instrumentos de valoración de riesgo. Entre las conclusiones más importantes de su estudio señala el importante peso que para los profesionales tiene la primera valoración, conduciéndose todo el proceso hacia la confirmación de la misma, que muy rara vez resultaba refutada, resultando incluso desconfiados ante la evidencia de nueva información que entrara en conflicto con la inicial. Además de esto, se utiliza muy poco la evidencia escrita, el análisis de factores de riesgo o el cotejo de información. En conclusión, los profesionales que trabajan con casos muy duros y con poco tiempo generalmente recurren a caminos cortos para la toma de decisiones y tienden a seleccionar la información más vívida, concreta, reciente y emocional. La información abstracta, los informes del caso, los escritos, son infravalorados y además la primera impresión es difícil de modificar. Esto sugiere que una forma de mejorar es diseñar estrategias que compensen estos errores. Es necesario aplicar instrumentos analíticos para apoyar las destrezas intuitivas. El juicio intuitivo nos podría conducir a plantear hipótesis que serían testadas con mayor rigor por ejemplo con instrumentos de valoración del riesgo.

En esta misma línea Gambrell (2005) señala dos errores habituales cometidos por los profesionales encargados de la toma de decisiones, la persistencia en el punto de vista inicial a pesar de la evidencia en contra y la aplicación inadecuada de correlaciones de datos, probablemente debidas a las circunstancias bajo presión en que trabajan estos profesionales.

La propia Munro (2005) más tarde añade la necesidad de estudiar la influencia de variables emocionales además de los elementos cognitivos ya señalados. En protección de menores los factores emocionales están siempre presentes. En alguno de los casos de



errores analizados por esta autora destaca lo llamativo que resulta a veces la falta de preocupación o compasión de algunos trabajadores ante niños muy pequeños que sufren un maltrato grave.

Pero ¿con qué recursos cuentan los trabajadores para tomar sus decisiones y cómo influyen estos en la toma de decisiones final? Munro (2005) señala la importancia de considerar no solo los recursos disponibles, sino el uso que se hace de ellos. En este sentido, cita estudios en que los instrumentos de toma de decisiones se usan después de tomar la decisión y para justificarla y documentarla, pero no para guiarla, incluso llegándose a inflar algunos datos para que una familia pudiera entrar en determinado programa de intervención. Incluso algunos profesionales abiertamente rechazan el uso de instrumentos prefiriendo su propio juicio clínico. Kang y Poertner (2006) en un estudio realizado con profesionales de los servicios de sociales de protección en que le proporcionaban datos de distintos casos incluida una valoración del riesgo usando un instrumento en el que habían recibido entrenamiento, comprueban que los profesionales finalmente usan sus propios valores personales con un rango limitado de evidencia, no utilizando métodos científicos.

Sin embargo, como apuntamos más arriba en el estudio de Sullivan et al. (2008) precisamente lo que aportó consistencia a las decisiones de los trabajadores estudiados en Ontario fue el entrenamiento en utilización de un instrumento de valoración del riesgo, una característica particular de este instrumento es que utiliza una aproximación estructurada y racional, pero sin reemplazar el juicio clínico del profesional.

Dadas todas las evidencias acumuladas por la investigación hasta el presente, y teniendo en cuenta que se trata de un tema no abordado empíricamente entre nosotros hasta el presente, el objetivo de nuestro trabajo será comprobar si en nuestro ámbito y con las peculiaridades de nuestro sistema, existen diferencias en la toma de decisiones en protección de menores en función de una serie de variables que tiene que ver por una parte con el propio caso y por otra con cuestiones profesionales (ubicación del



profesional en el sistema, que profesión tiene, cuanta experiencia, si tiene formación especializada) y cuestiones personales (edad, situación familiar, hijos, situación laboral). Ello debe permitirnos una mejor comprensión no sólo de las variables que influyen sobre la toma de decisiones, sino también de los sesgos que pueden estar presentes en el momento clave de identificación del problema y, en su caso, propuesta de medidas de protección.

2. METODOLOGIA.

2.1. Instrumentos

La metodología más utilizada en este tipo de estudios ha sido el uso de casos ficticios (viñetas), consistente en la exposición de una situación en la que se ve implicado un menor que está sufriendo maltrato por parte de sus progenitores y donde los investigadores suelen manipular las variables de interés que pretenden estudiar (edad del niño, sexo, características étnicas, composición familiar o social, tipo de maltrato, severidad, etc.) (Britner y Mossler, 2002; Sullivan et al. , 2008; Ashton, 2004; Portwood, 1998; Mandel et al., 1994; Kang y Poertner, 2006). Posteriormente se suele aplicar un cuestionario con preguntas abiertas o escalas tipo Likert con las cuestiones que el investigador pretende evaluar, entre ellas la toma de decisiones principal en protección (preservación familiar o separación del menor de su entorno) o la intervención profesional sobre la situación expuesta.

En nuestro caso, nos hemos inclinado por la utilización de tres casos, en los que se describen tres situaciones de maltrato intrafamiliar. En los tres casos se mantuvieron constantes la estructura familiar (compuesta todas por familias de padre y madre), y no se aportó ninguna información que indicara características étnicas o socioeconómicas de las familias.



Tras la exposición de cada caso se planteaban a los profesionales cuestiones relacionadas con el tipo de maltrato percibido, la decisión a tomar y las variables consideradas para la adopción de dicha medida.

En primer lugar debe calificar el tipo de maltrato, entre cinco categorías posibles: maltrato físico, maltrato psicológico o emocional, negligencia física, abandono psicológico o emocional, abuso sexual. Cada sujeto debe elegir una categoría de maltrato principal y las categorías de maltrato secundario que considerara, así como su nivel de gravedad.

En segundo lugar, se debe proponer el nivel de intervención entre cuatro alternativas. Mínima: mantenimiento del menor en su entorno con el mínimo cambio respecto a la intervención; Media: mantenimiento del menor en su entorno pero introduciendo cambios en la intervención que implican mayor control familiar; Moderada: separación condicionada a que los padres realicen una serie de cambios en un periodo limitado de tiempo; Máxima: separación inmediata.

Por último se solicita a los sujetos que indiquen al menos tres variables o factores en orden de importancia que hayan tenido en cuenta para elegir la intervención indicada en la pregunta anterior. Una vez recogidos todos los cuestionarios las respuestas a esta última pregunta fueron categorizadas en cinco grupos: relacionadas con el incidente o maltrato, relacionadas con la vulnerabilidad o necesidades del menor, relacionadas con las características de los cuidadores, relacionadas con el entorno familiar o social y relacionadas con la intervención.

2.2. Sujetos

Los sujetos utilizados en la presente investigación proceden cuatro sectores implicados en la toma de decisiones en protección de menores en la provincia de Cádiz:



los Equipos de Tratamiento Familia, el Servicio de Protección de Menores, los Centros de Menores y el Sistema Judicial. El 85% total de la muestra es de sexo femenino.

Del sistema judicial obtuvimos respuesta de 10 sujetos de una población total de 14 que componen el entramado judicial en la provincia de Cádiz: 4 jueces de primera instancia, 4 Letrados del Gabinete Jurídico y 2 Fiscales de Menores. Respecto al Servicio de Protección de Menores, se contestaron 27 cuestionarios correspondientes al 90% de los profesionales. Se eligieron dos Centros de Primera Acogida (CAI), uno de carácter público y otro privado. En total de cada Centro se recibieron las respuestas de 11 profesionales, con lo que contamos con un total 22 Cuestionarios contestados procedentes de los profesionales de ambos Centros. Por último de los 69 profesionales que componen los Equipos de Tratamiento Familiar en la provincia de Cádiz, se recibieron 24 Cuestionarios, debiendo ser invalidado uno de ellos por haber dejado la mayoría de las respuestas sin contestar.

La muestra de profesionales del Sistema Judicial son los de mayor edad, con pareja estable, hijos y puestos de trabajo fijos. Son uniformes en cuanto a su titulación, todos son Licenciados en Derecho, pero en cambio se trata de los que poseen un nivel de formación especializada más bajo. Ninguno de ellos manifiesta poseer estudios de formación postgrado relacionados con familia e infancia, ni tampoco señalan cursos de formación en esta materia. Sin embargo, se trata de una población con una experiencia bastante amplia en esta materia, 10 años de trabajo.

Los profesionales de los SSCC se presentan como los más formados: el 65,2% posee títulos de formación especializada en la materia y con mayor número de horas de formación. La mayoría de ellos (más del 80%) en Terapia Familiar Sistémica. Se encuentran mayoritariamente en equipos estables (69,6% tienen una estabilidad en sus equipos superior a los 3 años). Estos Equipos siempre lo conforman Psicólogos, Trabajadores Sociales y Educadores (sin embargo el índice de respuesta es superior en el



grupo de Psicólogos, el 47.8% de las respuestas). Su tiempo de trabajo medio en la materia es 8 años.

Los profesionales de los Centros son los que tienen más estabilidad en sus equipos (79, 3% más de tres años). Aunque los equipos se componen mayoritariamente por educadores, también nos encontramos con profesionales de la psicología y el trabajo social. La formación postgrado especializada alcanza al 16,7% y arrojan una media 65 horas en cursos de formación especializada. Su tiempo de experiencia es muy alto en algunos de ellos con valores que incluso superan los 29 años, aunque la media del grupo es de 9 años.

Los profesionales del Servicio de Protección de Menores son los que tienen menor estabilidad en su equipo, en ningún caso se supera los tres años. Aunque la media de experiencia es de 8 años existe una gran diferencia que oscila entre 0 años y 25 años, concentrándose los años de experiencia en grupo del 22,2% de los sujetos, que se caracterizan por ser de mayor edad (por encima de 40 años) y con mayor experiencia (media de 20 años), y que acaparan la formación especializada y mayor número de horas de formación. Frente a una gran mayoría (n=15; 68,2%) que no alcanza el año de experiencia, carece de formación especializada y no supera una media de 20 horas en cursos de formación especializada.

En cuanto a la supervisión del trabajo, salvo en los profesionales de justicia donde no es habitual, en el resto de profesionales cuando existe se trata de una supervisión interna, ejercida por sus propios coordinadores o responsables. Tan solo en el 9,2% de los casos existe una supervisión externa.

En lo que se refiere a la utilización de instrumentos en su práctica habitual en la toma de decisiones, 68 sujetos contestan que si los utilizan, sin embargo cuando se le pide que señalen algunos de los instrumentos utilizados, tan sólo 55 sujetos contestan a la pregunta (65.5%). Catorce sujetos dicen utilizar algún tipo de Manual, de los cuales 8 de



ellos se refieren específicamente al Manual de ETF (profesionales de los SSCC), uno al Manual del SAN (profesional del SPM) y el resto no especifica el tipo de Manual. Tan solo un sujeto dice utilizar la escala de Bienestar infantil y otro un Cuadro de factores de riesgo sin especificar. El SIMIA es indicado por dos sujetos y otros dos señalan un instrumento de habilidades parentales de Barudy. El resto indican de forma genérica la utilización de bibliografía, legislación o normativa, observación, expedientes, entrevistas, etc.

3. RESULTADOS

Organizaremos los resultados en dos bloques. En primer lugar expondremos las influencias encontradas en cada uno de los casos y en segundo lugar nos detendremos en las relaciones entre la ubicación de los profesionales en cada uno de los Servicios y la variable Intervención.

3.1. Análisis de casos.

Teniendo en cuenta que las variables son fundamentalmente categóricas (cualitativas politómicas) y aquellas que miden gravedad o intensidad, ordinales, se han realizado tablas de contingencia utilizando los estadísticos chi cuadrado o Kruskal Wallis. Expondremos el análisis de cada uno de los Casos, indicando aquellas variables que resultaron significativas ($p < .05$).

En el primer caso se exponía la situación de una familia compuesta de ambos padres y tres menores de edades comprendidas entre los 7 y los 4 años. Se trata de una familia con amplios antecedentes en el sistema de protección y con una larga trayectoria de intervención por parte de los Servicios Sociales. Se describe una situación donde se ven comprometidas casi todas las necesidades de los menores (físicas, cognitivas, sociales, emocionales,...) con escasos avances en la intervención que se lleva



a cabo a nivel Comunitario. Destacamos a continuación algunos de los resultados más significativos en este caso:

- Se ha encontrado diferencias significativas ($\chi^2(3, N=81)=16,58, p=.00.$) en el nivel de intervención asignado en función de la gravedad del maltrato principal valorado. A mayor gravedad de maltrato valorado un mayor nivel de intervención propuesto.
- Se encontró relación entre la valoración del maltrato principal y Servicio de procedencia ($\chi^2 (6,N=83)=25,81, p=.00$). Los profesionales de SSCC valoraron el caso mayoritariamente como de negligencia, mientras que el resto de profesionales como abandono emocional, invirtiéndose en el maltrato secundario.
- Los profesionales con Formación postgrado valoraron el caso en mayor medida como negligencia ($\chi^2(2, N=83)=11,21, p=.00$) Sin embargo, debemos tener precaución al considerar esta variable, ya que la mayoría de los sujetos que tiene este nivel de formación proceden de los SSCC, que como hemos señalado más arriba se inclinan mayoritariamente por valorar la negligencia como el maltrato principal.
- Se encontró diferencias en la Intervención propuesta en función del Servicio de procedencia. Los profesionales de SSCC y SPM se inclinaron por una intervención moderada, los de Centros por una intervención máxima, y los de justicia repartieron sus respuestas. Este resultado, será objeto de análisis en el siguiente bloque.
- Los Indicadores más señalados fueron los relacionados con el incidente o maltrato. Estos indicadores se incrementaron conforme se aumentaba la intensidad de la intervención, con diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 (12,N=80)=46,041, p=.00$). Conforme los sujetos aumentan el nivel de intervención



propuesta, se incrementan los indicadores relacionados con el incidente o maltrato en mayor medida que el resto de indicadores.

- Las variables personales no mostraron influencias significativas. Aparecieron tendencias relacionadas con la edad. A mayor edad, se valoró el caso como abandono emocional, de mayor gravedad y con intervención de más intensidad. Este mismo efecto se observa cuando tenemos en cuenta la experiencia profesional en infancia, por lo que el efecto de la variable edad puede estar contaminado por la variable experiencia profesional.

En el segundo caso se planteaba la situación de una pareja joven con dos hijos. El más pequeño de ellos se encuentra en el hospital con lesiones compatibles con la existencia de maltrato físico. Se informa de antecedentes anteriores de posible maltrato físico en esta misma familia y de una única intervención previa por parte de los Servicios Sociales Comunitarios, pero sin un seguimiento posterior. Los resultados más significativos son los siguientes:

- Existe coincidencia en la valoración diagnóstica del maltrato principal. Tan solo la mitad de los sujetos considera que además del maltrato físico existe maltrato emocional.
- Nuevamente como en el caso anterior encontramos relación entre la valoración gravedad del maltrato principal y nivel de intervención propuesto ($\chi^2(6, N=75)=13,31, p=.03$). A mayor gravedad valorada, mayor intensidad en la intervención.
- Se encontraron diferencias en tipo de intervención propuesta en función del Servicio de procedencia de los profesionales ($K= (3, N=83)=11,331, p=.01$), De manera que los profesionales de los SSCC se inclinaron por la intervención máxima, los profesionales del SPM por la intervención media y el resto de profesionales repartieron sus



respuestas. Volveremos sobre esta relación en el siguiente apartado cuando comparemos con las respuestas emitidas en este caso por el grupo de expertos.

- Nuevamente como en el caso anterior y esta vez en mayor porcentaje la mayoría de los Indicadores señalados tenían que ver con el incidente o el maltrato. Así mismo este tipo de indicadores se incrementa porcentualmente de forma significativa al incrementarse la intensidad de la intervención. ($\chi^2(12, N=78)=61,485, p=.00$).

En el caso tercero planteamos la situación de una niña de unos 4 años que desvela en el Colegio ante su profesora una posible situación de abusos sexuales intrafamiliares. Se expone una pequeña exploración de la menor y el resultado de una entrevista mantenida con la madre de esta. En esta entrevista la madre mantiene una posición de duda sobre lo manifestado por su hija, intentando explicar sus conductas y exculpando a su marido de un posible abuso. Los resultados más significativos encontrados en este caso son:

- Existe coincidencia en valoración del maltrato principal (abuso sexual). Tan solo la mitad de los sujetos valora la existencia de un maltrato secundario: maltrato emocional o abandono emocional.
- Nuevamente valoración de gravedad tiene relación con el nivel de intervención propuesto, arrojando diferencias significativas ($\chi^2(6, N=71)=12,33, p=.01$).
- Influencia de la ubicación del profesional en el nivel de intervención propuesto ($K(3, N=81)=15,976, p=.00$). Los profesionales de los SSC se inclinan por una separación inmediata, los profesionales del SPM se inclinan por una separación condicionada e incluso un porcentaje no despreciable de sujetos ($n=5; 19,2\%$) por una intervención media sin necesidad de separación. Los profesionales de Centros, también se inclinan por la separación inmediata y en los profesionales de Justicia volvemos a encontrar un reparto muy similar al de los casos anteriores.

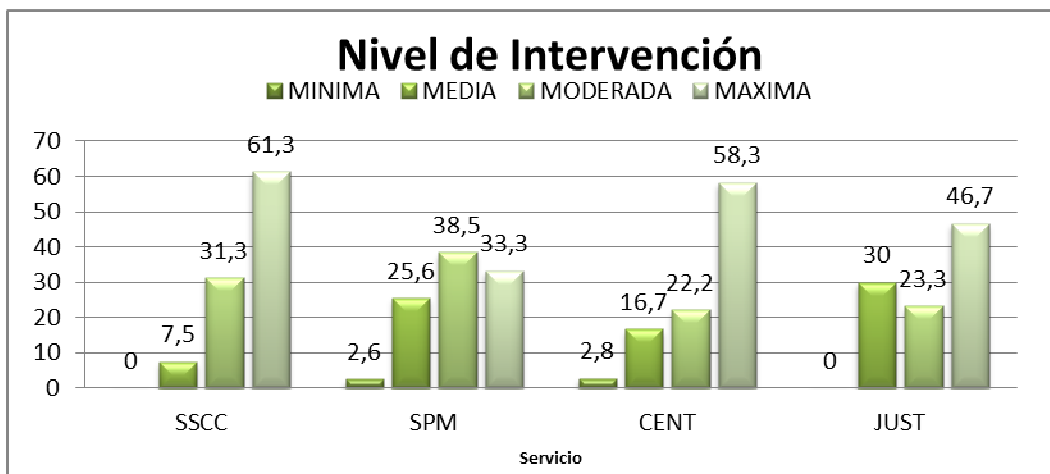


- Los indicadores mayoritarios están relacionados con el incidente y se incrementan de forma significativa conforme se incrementa la intensidad de la intervención propuesta ($\chi^2(6, N=77)=12,828, p=.04$).

3.2. Análisis de las diferencias respecto a las intervenciones propuestas.

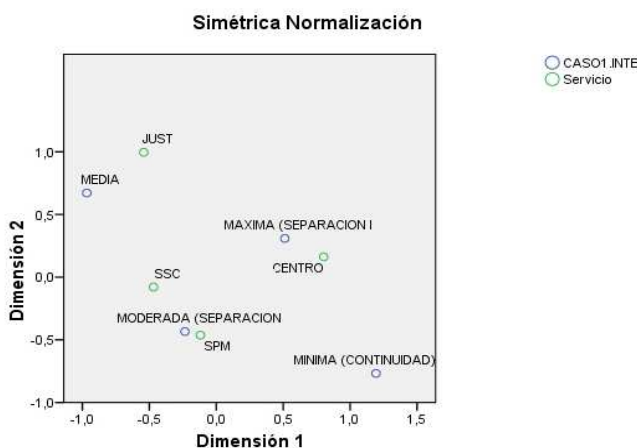
En este segundo bloque nos detendremos en analizar de una forma más detallada la variabilidad existente respecto a la intervención propuesta en función de la ubicación de los profesionales en los distintos Servicios estudiados.

Si realizamos un análisis de todas las respuestas a la variable intervención emitidas por los sujetos, sin diferenciar si se trata de un caso u otro, nos encontramos con diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2(9, N=247)=22.28, p=.00$) en función de la ubicación profesional a la hora de valorar los tres casos propuestos. La respuesta mayoritaria a la intervención en los tres casos en los Servicios Sociales y los Centros es la máxima (separación inmediata); sin embargo en el grupo del SPM esta respuesta ocupa el segundo lugar, decantándose los profesionales de este Servicio por la intervención moderada (separación condicionada); mientras que los profesionales de Justicia aunque aparentemente con más respuestas de tipo máximo, se mantienen muy repartidos en sus respuestas.



A partir de las tablas de contingencias que hemos analizado en el bloque anterior y en concreto respecto al cruce de la variable Servicio con la variable Intervención, realizamos un análisis de correspondencias. Con este análisis podemos comprobar numérica y gráficamente cómo son las relaciones entre ambas variables categóricas.

El análisis de correspondencia del caso 1 nos muestra que la asociación entre la variable Servicio y el Nivel de Intervención asignado puede ser explicada en un 96% en base a dos dimensiones.

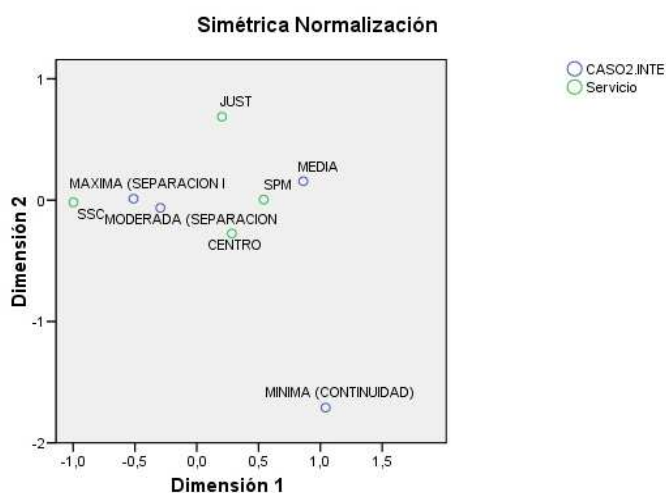


Como se puede observar en la ilustración anterior, la dimensión 1 discrimina por una parte las intervenciones extremas (máxima o mínima) y las intervenciones intermedias (media o moderada). Si atendemos a los perfiles de columna, comprobamos que



únicamente los profesionales de los Centros se sitúan junto a las intervenciones extremas (separación inmediata). Junto a la intervención moderada se agrupan los profesionales tanto de los SSCC como del SPM, siendo aún mayor la cercanía de este último grupo. Por último y algo alejado del resto se encuentran los profesionales de Justicia, que en el gráfico se sitúan más cercanos a la intervención media, a una distancia en la dimensión 2 de 0,325.

Respecto al caso segundo (maltrato físico), tras aplicar el análisis de correspondencias nuevamente comprobamos que la asociación entre las dos variables es explicada casi en su totalidad (99%) por dos dimensiones.

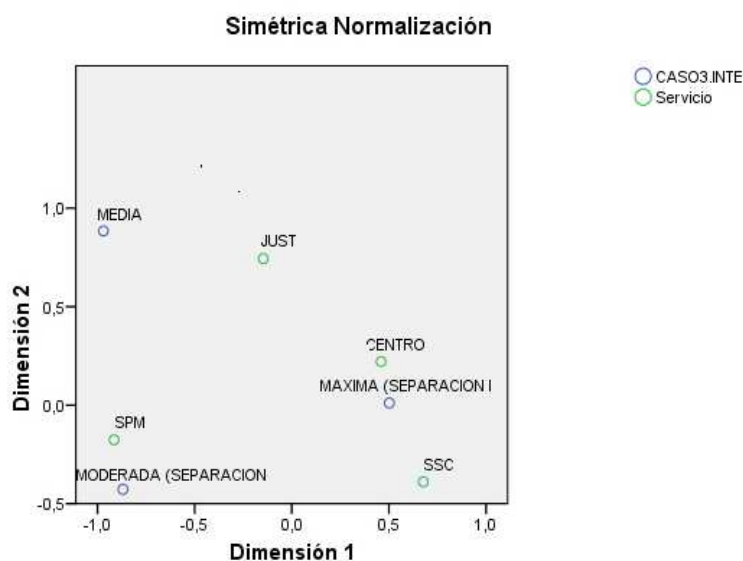


En esta ocasión se observa una clara diferenciación entre la intervención mínima y las demás, la cuales se mueven prácticamente entre los mismos valores de esta dimensión. Ninguno de los grupos profesionales se acerca a la intervención mínima. La agrupación en este caso vendría dada por la dimensión 1, que agrupa por una parte aquellas intervenciones que implican separación (inmediata o condicionada) de la que implica continuar la intervención comunitaria (media). En torno a las primeras, es decir, aquellas que implican separación, se encuentran los profesionales de los SSCC (más cercanos a la separación máxima). Mientras que los profesionales del SPM se sitúan más cercanos a la intervención media, es decir sin separación. Los profesionales de Centros y



de Justicia se sitúan en una posición intermedia y casi en la misma línea ambos (0,203 los de Justicia y 0,285 los de Centros). En la dimensión 2 la cercanía de los profesionales de Centros es mayor con la intervención moderada, mientras que los profesionales de justicia están más cercanos a la intervención media.

En el caso tercero (abuso sexual), nos encontramos que la variabilidad puede ser explicada en un 100 % mediante dos dimensiones. Una primera dimensión que explicaba por si mismo el 92% que distingue entre intervención extrema e intervenciones intermedias. Agrupados junto a la intervención máxima encontramos a los profesionales de los Centros y de los SSCC. Mientras que en el otro extremo de la dimensión encontramos a los profesionales del SPM más cercanos a la intervención moderada. Los profesionales de justicia se sitúan en posiciones intermedias entre ambos grupos, a una distancia en la dimensión 1 de 0,649 de la intervención máxima y de 0,722 de la moderada.



4. CONCLUSIONES Y DISCUSION

Teniendo en cuenta las limitaciones impuestas por el tamaño de nuestra muestra o la utilización de una metodología concreta (utilización de viñetas) y analizado los



resultados expuestos en el apartado anterior, podríamos concluir que en nuestra muestra la toma de decisiones de los profesionales ante situaciones de maltrato se han visto influenciadas fundamentalmente por la gravedad y tipo de indicadores de maltrato observados y por la ubicación del profesional que debe tomar la decisión dentro del sistema de protección.

Cuando se trata de abusos o maltrato físico no existen grandes problemas en el diagnóstico del maltrato principal, el más evidente. Sin embargo cuando nos enfrentamos a otras situaciones, que suelen ser mayoritarias, existen diferencias en la valoración diagnóstica entre los profesionales. Si bien el sistema diagnóstico propuesto en Andalucía (SIMIA), distingue el abandono emocional de otros tipos de maltrato, no ocurre así con otros sistemas diagnósticos. Podemos encontrar clasificaciones que incluyen el abandono emocional dentro la negligencia, mientras que otros sistemas lo incluyen dentro del maltrato emocional (Jimenez, Moreno, Oliva, Palacios, & Saldaña, 1995).

En cualquier caso, e independientemente del problema de conceptualización, resulta significativo que precisamente sean los profesionales de los SSCC los que valoren mayoritariamente el caso como negligencia en primer lugar. Probablemente las diferencias tengan que ver con donde colocan los profesionales el foco de atención, en los indicadores físicos (higiene, alimentación), cognitivos (absentismo) o en los indicadores emocionales (tristeza,...)

Respecto a las variables relacionadas con el caso, parece que cuando los sujetos valoran el caso como de mayor gravedad tienden a responder con intervenciones de mayor intensidad (que implican separación). En este sentido nuestros datos coinciden con las conclusiones aportadas por Britner y Mossler (2002), quienes encuentran que de las variables estudiadas la que tiene más influencia en la toma de decisiones es la severidad del maltrato.



Cuando preguntamos a los sujetos qué indicadores tomaron en consideración a la hora de decidir la intervención, mayoritariamente en los tres casos apuestan por variables relacionadas con el incidente o con el maltrato en sí, representando un porcentaje mayor en los casos de maltrato físico y abuso sexual. Nuestros resultados guardan coherencia también con lo aportado por Wells et al. (2004) y De Panfilis y Girvin (2005) que en sus estudios señalaron como la presencia de daño físico o de abusos influye en mayor medida en la toma de decisiones que implican separación.

Con relación a la influencia de variables profesionales, los técnicos, aunque a veces de la misma profesión, parece que actúan ante los casos de forma diferenciada en función de su ubicación profesional. Es decir, ante el mismo caso no adopta las mismas decisiones un profesional que trabaja en un Equipo de Tratamiento Familiar que uno que trabaja en el Servicio de Protección de Menores o en un Centro de Menores. Estos datos vienen a coincidir nuevamente con la literatura revisada, por ejemplo Britner y Mossler (2002) encuentran diferencias en función de la ubicación del profesional en distintos sistemas.

Podemos observar que ante los tres casos los profesionales del SPM se mantienen siempre en posiciones intermedias (moderadas o media). Los profesionales de los Centros y de los SSCC se sitúan siempre en posiciones que implican separación del menor de su entorno (inmediata o condicionada). Mientras que los profesionales de Justicia no muestran una respuesta tan agrupada como el resto y se suelen repartir entre los niveles medio, moderado y máximo.

Es probable que el posicionamiento de los profesionales del SPM hacia medidas más moderadas tenga que ver con su papel dentro del sistema de protección. Es a estos profesionales a los que corresponde realmente proponer y en último extremo ejecutar la medida de protección que implica separación. Por otra parte, probablemente es el grupo profesional que se puede ver más afectado por efecto de la organización en el sentido de lo expuesto en la introducción (Munro, 2005). Probablemente en el momento



actual se cuestione en mayor medida las retiradas de menores a sus padres que la ausencia de las mismas.

Los profesionales de los SSCC y de los Centros son los que se encuentran en una posición más cercana a la familia y al menor, con un contacto directo mayor con los mismos y seguramente con menor implicación en el momento de la retirada y en sus consecuencias a medio y largo plazo.

Por último los profesionales que hemos denominado de justicia, no se comportan como un grupo único y cohesionado en sus respuestas, ya que si bien todos comparten tanto intervención en el procedimiento judicial como su lejanía respecto al menor y su familia, sin embargo desarrollan funciones muy diferenciadas. Por una parte los letrados que deben defender lo actuado por la administración, frente a los jueces que deben revisar dicha actuación y los fiscales que se encuentran en una posición intermedia.

Respecto a las variables personales estudiadas, no hemos encontrado ninguna diferencia significativa. Coincidimos por tanto con Portwood (1998) que no encontró ninguna influencia de variables personales del estilo que hemos utilizado en nuestro estudio y con Garrido y Grimaldi (2009) que tampoco encontraron diferencias personales en la utilización de la escala de bienestar infantil. Sería necesario realizar nuevos estudios que permitan separar de forma clara el efecto de la madurez personal y el de la experiencia profesional.

Finalmente nos gustaría señalar un dato llamativo, el alto número de sujetos que no usan instrumentos. Incluso entre los que dicen usarlos, muchos de ellos no podrían ser considerados como tales, ya que se trata de la propia legislación, o respuestas genéricas que no se refieren a ningún tipo de instrumento (bibliografía, expedientes, entrevistas, etc.). Aunque tanto los profesionales de los SSCC como los del SPM disponen cada uno de ellos de un instrumento específico que ayuda a la toma de decisiones (Manuales de Intervención), estos son utilizados de forma muy escasa, sobre todo en el



caso del SPM, que únicamente es indicado por una persona. La diferencia a favor en su utilización por parte de los SSCC (ocho sujetos) probablemente tenga que ver con que estos profesionales recibieran una formación específica y por otra con la alta estabilidad de estos profesionales en sus equipos. La baja utilización de instrumentos guarda cierta relación con lo encontrado por (Munro, 2005) en que los profesionales a pesar de conocer los instrumentos, no los tienen en cuenta a la hora de tomar sus decisiones, e incluso algunos rechazan su uso. Como apuntaban Sullivan et al. (2008) en su estudio, lo que aporta consistencia a las decisiones es el entrenamiento en la utilización del instrumento y que este no reemplace el juicio clínico del profesional.

Otros autores (Shlonsky & Wagner, 2005; Kindler, 2008) proponen la utilización de sistemas basados en la evidencia para la toma de decisiones, similares a los que ya se utilizan en el campo de la medicina. La propia E. Munro desde el Social Care Institute for Excellence (2009) en el Reino Unido propone una aproximación sistémica al estudio de casos, que permite que la toma de decisiones se pueda realizar de forma razonada. En EEUU, y en otros países anglosajones, se vienen utilizando desde hace algunos años sistemas de toma de decisiones estructurados basados en instrumentos estandarizados cuya aplicación se puede realizar con herramientas informáticas. Dicho sistema se viene aplicando desde hace algunos años en diversos estados de los EEUU y se ha comenzado a aplicar recientemente en otros países anglosajones (Australia, Nueva Zelanda) y el resto de estados americanos con resultados muy positivos (Children's Research Center, 2008).

Entendemos que la utilización de sistemas estructurados en la toma de decisiones, acompañado de la utilización de instrumentos de valoración de riesgo, sin renunciar a la decisión clínica de los profesionales, puede contribuir a unificar las decisiones y que las mismas no se vean afectadas por variables relacionadas con los vaivenes de la organización, como parece que le ocurre a los profesionales del SPM. En cualquier caso, sería de interés conocer en nuestro contexto el efecto que sobre la toma de decisiones en protección de menores tiene la puesta en práctica de estos instrumentos por parte de los profesionales.



Respecto a las variables personales estudiadas y que no arrojaron influencias, entendemos que se trata fundamentalmente de variables sociales. Sería interesante, en la línea de lo apuntado por Munro (2005), estudiar la influencia de variables estrictamente psicológicas, como el propio razonamiento o la implicación emocional en la toma de una decisión de este tipo (Social Care Institute for Excellence).

Para terminar, creemos que esta primera aproximación al complejo proceso de toma de decisiones en el sistema de protección abre el horizonte a un área de trabajo en el que merece la pena seguir profundizando. El mundo de la intervención y el de la investigación suelen estar desconectados y los resultados del estudio aquí presentado muestran el interés que puede tener una mayor aproximación entre ambos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTALES

- Ashton, V. (2004). The effect of personal characteristics on reporting child maltreatment. *Child Abuse and Neglect* , 28, 985-997.
- Britner, P., & Mossler, D. (2002). Professionals' decision-making about out-of-home placements following instances of child abuse. *Child Abuse and Neglect* , 26, 317-332.
- Casas, F., & Monserrat, C. (2002). Interdisciplinary teams and decision making in child protection systems: The experience of Catalonia. *International Journal of Child and Family Welfare* , 4, 146-158.
- Castrianno, L. (2000). Subtle racism in child welfare decision-making. *Disertation Abstract International: Section B The Science and Engineering* , 61 (1-b), 585.
- Children's Research Center. (2008). *The Structured Decision Making Model. An Evidenced-based Approach to Human Services*. Madison: Children's Research Center.
- Church, W., Gross, E., & Baldwin, J. (2005). Maybe ignorance is not always bliss: The disparate treatment of Hispanics within the child welfare system. *Children Youth Services Review* , 27, 1279-1292.
- Consejo General del Poder Judicial. (2009). *Consejo General del Poder Judicial*. Recuperado el 28 de octubre de 2009, de <http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords?Template=cgpj/cgpj/principal.htm>



- De Panfilis, D., & Girvin, H. (2005). Investigating child maltreatment in out-of-home care: Barriers to effective decision-making. *Children and Youth Services* , 27.
- Flaherty, E., Jones, R., & Sege, R. (2004). Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse and Neglect* , 28, 939-945.
- Gambrill, E. (2005). Decision making in child welfare: errors and their context. *Children and Youth Services Review* , 27, 347-352.
- Gammon, R. (2001). Racial and socioeconomical bias in social workers' decision regarding family reunification. *Disertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* , 61 (11-b).
- Garlan, A., Landsverk, J., & Lau, A. (2003). Racial ethnic disparities in mental health service use among children in foster care. *Children and Youth Services Review* , 25 (5-6), 491-570.
- Garrido, M., & Grimaldi, V. M. (2009). *Evaluación de riesgo psicosocial en familias con menores*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Jimenez, J., Moreno, M., Oliva, A., Palacios, J., & Saldaña, D. (1995). *El Maltrato Infantil en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Jones, R., Flaherty, E., Binns, H., Price, L. L., Slora, E., Abney, D., y otros. (2008). Clinicians' Description of Factors Influencing Their Reporting of Suspected Child Abuse: Report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics* , 122, 259-266.
- Junta de Andalucía. (2006). *Manual de los Equipos de Tratamiento Familiar*. Sevilla: Documento no editado.
- Junta de Andalucía. (1998). *Manual de los Servicios de Atención al Niño*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales.
- Junta de Andalucía. (2009). *Memoria de ejecución Servicio de Protección de Menores de Cádiz*. Cádiz.
- Kang, H.-A., & Poertner, J. (2006). Inter-rater reliability of the Illinois Structured Decision Support Protocol. *Child Abuse and Neglect* , 30, 679-689.
- Kindler, H. (2008). Developing Evidence-Based Child Protection Practice: A view from Germany. *Research on Social Work Practice* , 18 (4), 319-324.
- King, G., Reece, R., Bendel, R., & Patel, V. (1998). The effects of sociodemographic variables, training, and attitudes on the lifetime reporting practices of mandated reporters. *Child Maltreatment* , 3 (3), 276-283.
- Maluccio, A., & Fein, E. (1986). *Permanency Planning*. Londres: Tavistock Publishers.



- Mandel, D., Lehman, D., & Yuille, J. (1994). Should this child be removed from home? Hypothesis generation and information seeking as predictors of case decisions. *Child Abuse and Neglect* , 18 (12), 1051-1062.
- Ministerio de Salud y Políticas Sociales. (2009). *Boletín Estadístico 09. 2007*. Madrid: Ministerio de Salud y Políticas Sociales.
- Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse and Neglect* , 23 (8), 745-758.
- Munro, E. (2005). Improving practice: Child protection as a systems problem. *Children and Youth Services Review* , 27.
- Observatorio de la Infancia en Andalucía. (2000). *Estado de la Infancia en Andalucía*. Granada: Consejería para la Igualdad Bienestar Social.
- Observatorio de la Infancia en Andalucía. (2009). *Menores de edad en Andalucía. Datos cuantitativos. Informe 2009*. Granada: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Portwood, S. G. (1998). The impact of individuals' characteristics and experiences on their definitions of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect* , 22 (5).
- Rzepnicki, T., & Johnson, P. (2005). Examining decision errors in child protection: a new application of root cause analysis. *Children and Youth Services Review* , 27, 393-407.
- Shlonsky, A., & Wagner, D. (2005). The next step: Integrating actuarial risk assessment and clinical judgement into an evidence-based practice framework in CPS case management. *Children and Youth Services Review* , 27, 409-427.
- Social Care Institute for Excellence. (s.f.). *Social Care Institute for Excellence*. Recuperado el 25 de 11 de 2009, de <http://www.scie.org.uk/children/childprotection.asp>
- Sullivan, C., Whitehead, P., Leschied, A., Chiodo, D., & Hurley, D. (2008). Perception of risk among child protection workers. *Children and Youth Services Review* , 30, 699-704.
- Wells, S., Lyons, P., Doueck, H., Brown, C., & Thomas, J. (2004). Ecological factors and screening in child protective services. *Children and Youth Services Review* , 26, 981-997.
- Woldegulorguis, I. (2003). Racism and Sexism in Child Welfare: Effects on Women and color as mothers and practitioners. *Child Welfare Journal* , 82 (2), 273-288.
- World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO.