



Erasmus+



INSTRUMENTO DE ACOMPAÑAMIENTO

EL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD EN EL PERIODO PERINATAL

AUTORES

Nuria Fuentes-Peláez, Ainoa Mateos, M^a Ángeles Balsells, Lluís March, Ana Baldero

CO-AUTORES

Nuria Fuentes-Peláez, Ainoa Mateos, Crescencia Pastor, M^a Ángeles Balsells, Aïda Urrea, María Cruz Molina Garuz, Anna Ciurana, Eduard Vaquero, Sara Pérez, Lluís March, Ana Baldero, Rosanna Cima, Chiara Sità, Maria Livia Alga, Elena Migliavacca, Daniela Cojocar, Stefan Cojocar, Alexandra Galbin, Mădălina Belcescu, Simona Trofin, Iuliana-Odeta Zăgan, Anne-Marie Doucet-Dahlgren, Andrea De Mingo Izquierdo, Maylis Etchart, Mathilde Bareille, Léonie James



Erasmus+



Autores

Nuria Fuentes-Peláez, Ainoa Mateos, M^a Ángeles Balsells, Lluís March, Ana Baldero

Co-autores

Universitat de Barcelona, GRISIJ

Nuria Fuentes-Peláez, Ainoa Mateos, Crescencia Pastor, M^a Ángeles Balsells, Aïda Urrea, María Cruz Molina Garuz, Anna Ciurana, Eduard Vaquero, Sara Pérez

Eduvic

Lluís March, Ana Baldero

Università di Verona

Rosanna Cima, Chiara Sità, Maria Livia Alga

Comune de Verona, Casa di Ramia

Elena Migliavacca

Universidad Alexandru Ioan Cuza de Iași

Daniela Cojocaru

HoltIS Association

Stefan Cojocaru, Mădălina Belcescu, Alexandra Galbin, Iuliana-Odeta Zagan, Simona Trofin

Université Paris Ouest-Nanterre La Défense

Anne-Marie Doucet-Dahlgren

Association Caminante

Andrea De Mingo Izquierdo, Maylis Etchart, Mathilde Bareille, Léonie James

D.L. B 4551-2019

ISBN 978-84-949582-8-1



Reconocimiento-NoComercial

CC BY-NC



Erasmus+



ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción	5
Necesidades durante el período perinatal	5
El acompañamiento profesional durante el periodo perinatal.....	7
Análisis de los instrumentos de acompañamiento.....	13
Resumen de los instrumentos por país y características.....	15
Características de cada instrumento	17
Conclusiones	31
Recomendaciones	31
Reflexiones finales.....	32
Bibliografía	33

RESUMEN

El documento que presentamos se centra en los procesos de acompañamiento de las mujeres y sus hijos e hijas en situación de vulnerabilidad durante el periodo perinatal. Para su elaboración se ha realizado una revisión del concepto de acompañamiento y un análisis de las diferentes herramientas de acompañamiento que utilizan los profesionales del proyecto CAPEvFAIR. La revisión teórica ha permitido enmarcar el concepto, los objetivos y los aspectos claves para desarrollar procesos de acompañamiento que contribuyen a mejorar el bienestar de este colectivo y, por ende, a reducir la vulnerabilidad. La reflexión y el debate continuado entre los investigadores universitarios y los profesionales que participan en el proyecto CAPEvFAIR han nutrido todo este proceso generando un nuevo marco donde inscribir la intervención del profesional surgido del diálogo entre teoría y práctica. Este marco del acompañamiento aporta una nueva visión de la intervención profesional centrada en el colectivo y el período específico que nos ocupa aquí.

Este material puede ser utilizado por los diferentes profesionales que trabajan e intervienen en el proceso de acompañamiento durante el período perinatal de madres, hijos e hijas en situación de vulnerabilidad. El documento, a parte del marco general, ofrece diferentes instrumentos que cada profesional podrá adaptar a su contexto, a las necesidades de la población con la que interviene y a la realidad específica del país en el que se aplique. El documento que se ofrece debe interpretarse como una herramienta para orientar a los y las profesionales en su tarea de acompañamiento a este colectivo.

INTRODUCCIÓN

Los procesos de acompañamiento durante el proceso perinatal que se tratan aquí se sitúan en los contextos y situaciones de vulnerabilidad. Nuestra forma de entender la vulnerabilidad en este período ha quedado descrita en el *Intellectual Output 1* “Definición de vulnerabilidad en el período perinatal” (de ahora en adelante “IO1”) y en el *Intellectual Output 2* “Instrumentos de diagnóstico de vulnerabilidad en el período perinatal” (de ahora en adelante, “IO2”).

Para resumir, queremos señalar que “vulnerabilidad” es un concepto con muchos significados y aplicaciones. Las interpretaciones de diversos aspectos de vulnerabilidad y el reconocimiento de su complejidad forman una base de acción y análisis para los profesionales (Fawcett, 2009). Aunque el término “vulnerabilidad” se usa mucho en las políticas sociales, en literatura se ha vuelto implícito y conlleva una vaga aplicación cuando se asocia con el embarazo, el nacimiento y el período postnatal (Spiers, 2000; Briscoe, et. al. 2016) -del IO2 (2016).

El período perinatal puede definirse de numerosas maneras. Según la Organización Mundial de la Salud, “el período perinatal empieza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación y termina a los siete días completos después del nacimiento”. El período perinatal y la salud de la madre están estrechamente relacionados (WHO, 2016). Según el Instituto Perinatal, el período perinatal “(...) describe el período alrededor del nacimiento, y tradicionalmente incluye el tiempo desde viabilidad fetal de, aproximadamente, 24 semanas de embarazo hasta entre 7 y 28 días de vida (Instituto Perinatal, 2011). En cualquier caso, parece una opinión común que abarca el período avanzado de embarazo (desde cuatro y media a cinco meses) y las primeras cuatro semanas de vida.

En nuestro proyecto CAPEvFAIR, dadas las preocupaciones profesionales sobre utilizar una definición biomédica en intervenciones socio-médicas y sociales, y considerando los contextos de las intervenciones en cada uno de los 4 países colaboradores, hemos adoptado una definición amplia del período perinatal: desde el embarazo hasta los tres años de edad del niño o niña. Este período, al ser más amplio, permite articular el acompañamiento y el apoyo de forma más eficaz y cubrir sus necesidades en menos tiempo.

NECESIDADES DURANTE EL PERÍODO PERINATAL

Las mujeres presentan una serie de necesidades durante el embarazo, el momento del parto y el puerperio.

- a. En el momento del embarazo se han descrito: la necesidad de comprender los riesgos que comprometen el desarrollo del embarazo con el objetivo de minimizarlos y aumentar la seguridad, la protección, la prevención, el bienestar e independencia de la mujer de los



sanitarios; la conveniencia de la dieta y los hábitos saludable tomando conciencia de las repercusiones que tiene a diferentes niveles (madre, feto y familia) así como momentos (presente y futuro); las necesidades emocionales, tanto a nivel personal de la mujer, como a nivel relacional con sus parejas; la necesidad de clarificar el rol de la pareja como soporte durante el proceso de embarazo así como la definición de su futuro rol en la crianza; sin olvidarnos de las necesidades relacionadas con la sexualidad y preparación para el parto. Toda esta experiencia también tendrá incidencia en la construcción, redefinición y vivencia del significado del embarazo y, por lo tanto, paulatinamente se irán poniendo las bases de la construcción saludable del vínculo materno-filial.

- b. En el propio parto también se han detectado toda una serie de necesidades que tienen que ver con la construcción del diseño del plan de parto, lo que implica la decisión del tipo de parto y el tipo de analgesia o anestesia asumiendo las limitaciones que puede tener el centro de salud u hospital de referencia; las necesidades relacionadas con el propio momento del parto (identificar su inicio, mantener la calma, la respiración y los pujos) y con la toma de conciencia de posibles complicaciones durante el mismo; necesidades también relacionadas con la comprensión del propio cuerpo. Tener en cuenta todo ello favorece la definición e identificación del soporte adecuado, en el momento del parto, que ejerce la persona que acompaña y ayuda a que la mujer se sienta segura y tranquila. Y de alguna manera se favorecerá la mirada positiva en la construcción de la historia de vida de madre e hijo o hija, del apego y del vínculo materno-filial.
- c. Por último, en el momento del puerperio las necesidades pivotan en torno al inicio de la puesta en marcha de las competencias parentales: el amamantar, cómo hacerlo de forma adecuada, tomar la decisión de dar el pecho dejando de lado la presión del entorno; el cuidado diario del bebé ganando seguridad en el rol materno; es una etapa significativa en la construcción del vínculo afectivo y la satisfacción de las necesidades del bebé; la respuesta al comportamiento del bebé. Pero, además, emergen también las necesidades generales de adaptarse a la nueva etapa del ciclo vital: ajustar la imagen que se tenía de la maternidad a la realidad, reajustar las relaciones de pareja y familiares, así como configurarse una red de apoyo tanto que permitan encontrar soportes desde el nivel logístico a soportes para compartir experiencias con otras personas que están en la misma situación. Por último, las necesidades relacionadas con la recuperación física de la mujer después del parto (Fuentes-Peláez, Amorós, Molina, Jané, & Martínez, 2013).

Estas necesidades, que han dado lugar a un programa de educación parental, son necesidades de la población en general. Sin embargo, los estudios coinciden en que además existen necesidades específicas asociadas a los colectivos en riesgo (Gognan & Sandall, 2007; Fuentes-Peláez et al., 2013) y que éstos han estado tradicionalmente excluidos de los programas de “antenatal education” debido a la homogeneidad del currículo (Nolan, 1997). Especialmente se menciona, madres adolescentes y mujeres inmigrantes (Jané, Vidal, Tomás & Cabezas, 2009).

Así, resulta obligatorio cuestionarse ¿qué sucede cuando nos enfrentamos a los colectivos que se encuentran en situación de vulnerabilidad que tratamos en el proyecto CAPEvFAIR? ¿Qué necesidades

añadidas encontramos en estos colectivos? El vacío que existe al respecto, es precisamente el que justifica que el proyecto CAPEvFAIR proponga orientaciones y herramientas que orienten el acompañamiento a estos colectivos. El trabajo realizado en el proyecto y reflejado en el IO1 y IO2 nos ayuda a centrarnos en estas necesidades especiales durante el período de embarazo hasta los tres años de edad del niño o niña para ofrecer un acompañamiento más adecuado. Como ejemplos de estas necesidades:

- La necesidad de reconocer la importancia de la atención durante el embarazo: evitar el uso de medicamentos por parte de la madre embarazada, cuidar la dieta, pasar controles médicos, especialmente en embarazos de alto riesgo...
- La necesidad de ser acompañada durante las ambivalencias sobre el embarazo.
- La necesidad de ser acompañada al comunicarse con el equipo de atención médica.
- La necesidad de ser acompañada y guiada durante el aprendizaje de cuidado maternal al niño o niña (baños, cambios de ropa...).
- La necesidad de ser acompañada a la hora de identificar las necesidades del niño o niña de acuerdo con una etapa de desarrollo (qué come mi hijo o hija, a qué hora, qué cantidad, cuándo necesita dormir, con qué juega, a qué podemos jugar juntos...).
- La necesidad de ser acompañada para identificar recursos parentales y de cuidado de niños.
- La necesidad del niño o niña de ser reconocido en la singularidad de sus necesidades personales.
- La necesidad de incluir a la madre en una red especializada (lógica de la complementariedad en la asociación). Eso significa, si es necesario, acompañar a las madres a los grupos de comunicación para mujeres maltratadas (violencia doméstica), a un seguimiento de la adicción por parte de una matrona, a recursos financieros específicos, a apoyos de salud mental...
- La necesidad de incluir al niño o a la niña en una red especializada (lógica de complementariedad en la asociación). Ej: Acompañar a la madre con el niño o niña a centros de acción médico-social temprana (si surge un retardo psicomotor).

EL ACOMPAÑAMIENTO PROFESIONAL DURANTE EL PERIODO PERINATAL

Entendemos el proceso de acompañamiento como un proceso de intervención profesional, que favorece que las madres en periodo perinatal y sus hijos se sientan legitimados como agentes activos de su vida. En este sentido, las actuaciones profesionales se van a orientar a reconocer, valorar y activar sus propios recursos, de tal forma que van a servir para potenciar la fuerza de aquellos que puedan serles útiles para el proceso de la crianza, durante el ejercicio de las funciones parentales y para procurar el bienestar general de la madre y el niño o la niña.

3.1. La perspectiva de las fortalezas como marco del acompañamiento

Es importante resaltar el consenso entre los profesionales sobre el énfasis en la “mirada positiva” hacia los recursos, competencias y potencialidades, como eje central en la definición y propuesta de intervención que se comparte en CAPEvFAIR.

Históricamente, los modelos de intervención psico-socioeducativa han venido centrando su atención en personas con especial vulnerabilidad por lo que se ha estructurado en torno a las deficiencias o limitaciones de las mismas. La perspectiva del déficit se basa en la detección de los factores e indicadores de riesgo, así como en las dificultades de las personas, con el fin de articular las acciones y programas que ayuden a superarlas.

La aparición de la perspectiva de las fortalezas tiene que ver con la mirada positiva de los procesos de dificultad, de vulnerabilidad y/o de conflicto y exclusión; articula la intervención profesional en torno a los factores de protección que se han ido identificando desde la investigación sobre resiliencia, y orienta el trabajo profesional no sólo en reducir las limitaciones y puntos débiles, sino también en aumentar las capacidades y los puntos fuertes que también se encuentran en la mayoría de las personas, incluso en las que tienen situaciones más negativas.

La perspectiva de las fortalezas ha hecho avanzar la intervención psicosocial y educativa hacia un trabajo en prevención y promoción (Rodrigo et al., 2008). Trabajar en prevención supone poner en marcha medidas orientadas a minimizar la influencia de los factores de riesgo y potenciar la influencia de los factores de protección del entorno de las personas y las familias. Mientras que el trabajo en promoción corresponde a aquellas acciones que pretenden incrementar las competencias y la resiliencia de las personas y las familias para que puedan satisfacer sus necesidades, resolver sus situaciones problemáticas y movilizar los recursos personales y sociales necesarios para mejorar la autonomía y el control de la propia vida.

La perspectiva de las fortalezas es aplicable en todas las realidades, incluso en las situaciones más negativas como las que se abordan en este documento. La identificación de áreas de competencia y aspectos positivos constituye un paso previo a su fomento y potenciación en la intervención que se lleva a cabo con las personas y las familias, que ven así, que se aprecian aquellos aspectos que su funcionamiento es más adecuado o parece tener una mayor potencialidad (Amorós, Balsells, Fuentes, Pastor, Molina, & Mateos, 2011).

En este sentido, el acompañamiento, así como los procesos y los instrumentos que ayudan a construirlo se enmarcan en esta “propuesta de cambio”. Se trata de una alternativa enriquecedora, frente a modelos de intervención más asistencial y paternalista que se han impulsado en diferentes momentos y lugares, y que se ha demostrado que continúan perpetuando de alguna manera las circunstancias de vulnerabilidad.

A continuación, proponemos aportaciones de autores que han investigado sobre los procesos de acompañamiento y que nos pueden ilustrar sobre la importancia de definir el modelo de acompañamiento, desde el cual generaremos un proceso de reflexión y análisis de los instrumentos de acompañamiento, ya que ello resultará básico, a su vez, para su interpretación y adaptación a los diferentes contextos de intervención profesional.



3.2. Delimitación conceptual

“Acompañar una persona con necesidades de apoyo social sugiere viajar; un camino, un viaje, una migración, venir de un lugar e irse a otro, esfuerzo, y el nuevo horizonte al que nos acercamos” (Planella, 2008:8).

Esta cita de Planella ilustra la filosofía que guía nuestra comprensión del acompañamiento. Esta cita ha sido nuestro punto de partida en la construcción del modelo de acompañamiento que estamos presentando aquí, y el marco de trabajo que hacer con las madres vulnerables y sus hijos durante el período perinatal en términos de acompañamiento.

Algunas autoras, como Pérez (2004) definen el acompañamiento como: *“el trabajo de relación personal continuada, relativamente duradera, de comprender a las personas para contribuir a que ellas mismas entiendan y empiecen a dominar su situación y las claves de sus dificultades; de apoyo para activar y movilizar recursos, capacidades, potencialidades de las personas y de su entorno. Éste es un proceso que también conlleva la necesaria aplicación de recursos dentro de una estrategia de actuación, con criterios de flexibilidad y oportunidad”* (Pérez, 2004: 101).

Desde este enfoque, se entiende el acompañamiento como un hilo conductor de la intervención, necesario para evitar la dependencia de los recursos y su mero consumo (Pérez, 2004).

Raya y Caparrós (2014:85) definen el acompañamiento como *“una forma de comprender la relación entre el profesional y el individuo (en riesgo), que es horizontal, en la que el profesional se encuentra en posición de ayudar, guiar y apoyar, pero no de controlar”*.

El acompañamiento debe ser visualizado en su totalidad como una relación basada en la ayuda y el apoyo del profesional que guía al individuo a través del proceso de cambio, de aprendizaje y de desarrollo de una red social.

Por lo tanto, desde este punto de vista, la diferencia entre una intervención de acompañamiento y una de seguimiento o supervisión se hace muy evidente. En una intervención de supervisión, el individuo es un objeto pasivo, sometido a la observación regular bajo la jurisdicción del profesional. El concepto de acompañamiento divide a la persona del sujeto y sus propias estrategias para llevar a cabo sus recursos de la forma más eficaz y el conocimiento de los retos que van a dar forma al proceso de acompañamiento (Pérez, 2004). Esto ayuda a explicar otro de los aspectos más importantes del acompañamiento y la piedra angular que lo sostiene: el individuo debe experimentar el proceso.

En los casos que nos conciernen, las madres en situación de vulnerabilidad son las protagonistas del proceso de acompañamiento durante el período perinatal. Debemos movernos más allá de la tendencia de ver a estas madres como víctimas pasivas en dificultad que están en las manos del profesional que les explicará qué es lo que va mal, qué deben hacer y cómo deben hacerlo, y progresar hacia un modelo de intervención en el que la implicación y la participación de las madres es vital para el progreso del proceso de acompañamiento. De esta manera, estamos fortaleciendo su sensación de control sobre sus propias vidas frente a sentimientos de incapacidad, impotencia e indefensión. Así pues, en términos de nuestro proyecto, tal y como sugiere Planella (2009), el acompañamiento resulta útil para el desarrollo social y las relaciones educativas al ofrecer escucha,

apoyo, consejo y ayuda mutua, permitiendo el desarrollo personal de la mujer (a un nivel tanto interpersonal como intrapersonal) y empoderarlas a tomar control de su propia vida y la de sus hijos así como ayudarlas a incorporarse a la sociedad.

Un ejemplo de cómo articular la atención a la singularidad de la persona con una dimensión de acompañamiento comunitaria y relacional, en el caso de madres migrantes, es: además del apoyo institucional, ofrecer a la mujer la oportunidad de empoderar sus recursos culturales como las identidades lingüísticas y de género, ofreciendo la oportunidad de conocer mujeres con su mismo idioma materno y teniendo conciencia de su identidad.

Y, por último, pero no menos importante, en esta visión positiva del acompañamiento, es igual de importante reconocer las limitaciones, como lo son para el individuo ser capaz de reconocer y promover su propia fortaleza y su propio potencial y los de su entorno.

3.3. Tipos de acompañamiento

En su análisis, Alonso y Funes (2009) describen tres tipos principales de acompañamiento: acompañamiento social, educativo y terapéutico:

- a. Acompañamiento social: Tradicionalmente el tipo más común de acompañamiento, se refiere a la incorporación social del individuo (es decir, el tipo de acompañamiento llevado a cabo desde los servicios sociales para ayudar, mediante recursos sociales, a las mujeres y a sus familias a incorporarse a la sociedad).
- b. Acompañamiento educativo: Es el tipo más complejo de acompañamiento. Requiere repensar la educación como acompañamiento, considerándolo la única manera de tener influencia en la vida de las personas (Alonso & Funes, 2009). Es un nuevo enfoque del concepto de tutoría basado en un concepto clave establecido: el Mentor. Es decir, si consideramos el caso de las madres adolescentes, un ejemplo, es cuando las acompañamos ayudándolas a gestionar las dudas que les provoca el embarazo y ayudarse a aclararse con ellas mismas.
- c. Acompañamiento terapéutico: Se centra en los procesos de desarrollo personal y adaptación social que ayuda al individuo a reposicionarse en otros contextos. Es decir, si consideramos madres con problemas de abuso de drogas, implica aspectos tales como percibirse uno mismo progresivamente de otra manera, ayudando a imaginar vías posibles y a equilibrar las experiencias con el niño o la niña (los esfuerzos que se hacen y lo que se disfruta).

Como podemos ver, y como señalan estos autores, es una distinción teórica formal. En la práctica, estos tres tipos de intervención se complementan unas a otras y se combinan en proporciones variables dependiendo de cada caso individual. Por ejemplo, en el último ejemplo, también se ayuda a prepararse para trabajar, a gestionar la precariedad, a construir nuevas relaciones, etc.

Y, según los autores mencionados, debemos añadir, a las tres categorías de acompañamiento, una complementaria a las anteriores: el acompañamiento entre recursos y servicios. A menudo, en nuestro grupo objetivo, las madres están desconectadas, vagando sin ningún tipo de coherencia

entre servicios, incluso no conocen la existencia de posibles servicios que puedan ayudarlas con sus dificultades. A través del acompañamiento podemos ayudar a las madres a reconectarse y a reconstruir un itinerario personal entre recursos.

3.4. Elementos del acompañamiento

De acuerdo con Planella (2018), los elementos para llevar a cabo el acompañamiento son los siguientes:

- a. Descubrir a una persona viéndola desde diferentes perspectivas y crear una imagen de esta persona;
- b. el acompañamiento con forma de asociación: trabajar “con” alguien en lugar de trabajar “sobre” alguien;
- c. aprender a acompañar a una persona.

a. Descubrir a una persona viéndola desde diferentes ángulos para crear una imagen

Cuando se trabaja con personas es evidente que los profesionales construyen una imagen de ellas. No estamos hablando simplemente de diagnóstico, sino de una representación multifacética de la persona. Los profesionales sociales y de salud construyen una imagen de la persona que tiene un impacto en cómo se aplica el plan de acompañamiento.

Una visión caleidoscópica nos permite crear una imagen mediante la observación desde diferentes ángulos:

- El ángulo del “sujeto”: requiere el descubrimiento de la persona, y trabajar con el sujeto y no con el adjetivo. En muchos casos tendemos a cosificar, centrándonos en el adjetivo. Por ejemplo, las mujeres VULNERABLES. Y podemos pasar por alto que, aún ser vulnerable... es una MUJER. Cuando el adjetivo eclipsa el sujeto, corremos el riesgo de estigmatizar a la persona al destacar sólo los aspectos negativos.
- El “ángulo multidimensional” requiere considerar la persona desde una perspectiva global que incluye factores biológicos, cognitivos, emocionales, conductuales, morales (espirituales) y ecológicos, que permiten tener en cuenta la singularidad del individuo, lo que ayuda a explicar su situación actual e indica qué postura adoptaran en los proyectos.
- El ángulo “espacio” requiere el reconocimiento de que la persona considera sus acciones y que tiene objetivos que perseguir en su vida que pueden ser diferentes a los del plan profesional.

Así pues, el acompañamiento requiere el descubrimiento de la persona, trabajar con el sujeto y no con el adjetivo (cosificar, estigmatizar), combinar regulaciones necesarias con necesidades emocionales, promover la cooperación y la implicación del individuo o su familia y evitar limitar el

proceso de acompañamiento con un “contexto de control”, es decir, progresar el concepto hacia “dar la mano”, acercando más la madre/hijo-hija con el profesional.

b. La forma asociativa de acompañamiento: trabajar “con” y no trabajar “sobre”

El segundo punto clave es considerar la FORMA que toma el acompañamiento (cómo los profesionales enfocan la tarea). Una de las experiencias más enriquecedoras para ofrecer a una persona durante el acompañamiento es el trabajo asociativo, trabajar “con” y no “sobre”.

El profesional asume el rol de guía, llegando a la persona a la que ayuda y alineando todas las acciones cooperativas necesarias durante la intervención.

Otro aspecto a considerar es qué tipo de relación se establece entre el profesional y el sujeto durante el proceso de acompañamiento. Este enfoque promueve una relación recíproca que enriquece el proceso de cambio.

Finalmente, para promover el enriquecimiento y asegurar la autonomía de la persona, es importante que las metas y objetivos del proyecto se establezcan mediante acuerdos mutuos entre la persona y el profesional para que ésta se haga suyo el proyecto y sus resultados.

c. Aprender a acompañar a una persona

El acompañamiento a través de la asociación implica un enfoque revisado de escucha, observación y de cómo cambiamos a través de nuestras relaciones con otros.

- Aprender a escuchar, a callar y dejar por un momento el rol profesional.

Aprender a observar. Este modelo de acompañamiento implica ver a la persona y a su historia desde una nueva perspectiva, creer en su potencial. Aprender a permitirte ser cambiado por el proceso altera los roles normales del individuo y del profesional, potenciando la capacidad de la persona de transformarse ella misma y transformar a otros.

Este enfoque, como señalan Horvat, Horey, Romios y Kis-Rigo (2014), implica que los profesionales conozcan bien a la madre, al hijo, a la hija y sus necesidades basándose en la competencia cultural, evitando enfoques etnocéntricos y teniendo en cuenta la experiencia y los medios de la madre por lo que respecta al embarazo, nacimiento, relación madre/hijo-hija y comunidad.

En un sentido práctico, el “acompañamiento” no es un enfoque nuevo. Lo que es nuevo, sin embargo, es que actualmente se encuentra en una trayectoria positiva, transformando el trabajo con personas en situaciones de riesgo (Planella, 2008).

En definitiva, un enfoque positivo del profesional es lo que consideramos el aspecto más importante del proceso. Este enfoque dirige el proceso de acompañamiento y permite el enriquecimiento de la persona, en particular en los acompañamientos a mujeres durante el embarazo y en maternidad precoz.

Para concluir esta sección, podemos definir el acompañamiento social o médico-social como *“un acto relacional que consiste, junto con el otro y siguiendo su ritmo, en acoger lo que viene del individuo con respeto”* (Pandelé, 2007:92).

Sin embargo, llegados a ese punto, deberíamos señalar la complejidad del acompañamiento cuando un profesional acompaña a una díada en situación de vulnerabilidad, es decir, una madre y su hijo o hija. Es importante reflexionar sobre cómo tener éxito en ayudar a ambos con el acompañamiento que se proponga:

- la mujer (a veces adolescente)
- la madre
- el hijo o la hija (de esta madre y un padre)
- y el que está por llegar

Los siguientes ejemplos ilustran la complejidad desde la perspectiva de la madre: necesita vivir su vida como mujer, en un contexto de embarazo muy precoz y con la necesidad de ser apoyada en su rol como madre, puesto que también es madre. También necesita ser acompañada en su enfoque terapéutico por abuso de alcohol y ser reconocida y apoyada en su estatus como madre (la sociedad a menudo da poco crédito a una madre que bebe). Este ejemplo ilustra la complejidad desde la perspectiva del niño o de la niña: necesita ser protegido de la posible negligencia de la madre y desarrollarse dentro de un marco seguro, así como experiencias relacionales con la madre que les permitan construir y mantener un vínculo sano y de calidad.

Cómo apoyar las diferentes necesidades que surgen puede, a veces, ser contradictorio y requiere que el profesional reflexione sobre ello.

ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS DE ACOMPAÑAMIENTO

Un enfoque comprensivo del acompañamiento profesional durante el período perinatal requiere que utilicemos los instrumentos que permiten el análisis y la intervención considerando todas las dimensiones para garantizar el éxito del proceso, especialmente en situaciones de vulnerabilidad.

Este documento presenta los resultados del análisis de algunos de los instrumentos que se utilizan durante el proceso de acompañamiento en los países europeos participantes. El objetivo de este análisis ha sido identificar las fortalezas y debilidades de los recursos que se usan en los procesos de acompañamiento.

Con el fin de analizar el proceso procedimos a describir las variables relacionadas con el acompañamiento de mujeres vulnerables en el período perinatal con cada uno de los instrumentos. Las dimensiones del acompañamiento son las siguientes:

- a. Necesidades de la mujer (adulta o adolescente) como madre y mujer (sociales, emocionales, salud, educativas).
- b. Necesidades del niño o de la niña en las diferentes áreas (sociales, emocionales, salud, educativas).
- c. Roles parentales (maternidad, paternalidad y coparentalidad).
- d. Vínculo materno-filial y comunicación intrafamiliar.
- e. Apoyo informal: familiar, social y comunitario.
- f. Situaciones específicas: Visitas, cuando la madre está separada del hijo o hija.

Dada la diversidad de las características con respecto a los grupos anteriormente mencionados y los variados contextos para la intervención, el análisis también se ha centrado en las siguientes variables:

1. Objetivos del acompañamiento;
2. Razones para la intervención;
3. Aspectos del acompañamiento; y,
4. Fases de la intervención.

Los diferentes países utilizan herramientas diversas para aplicar estas dimensiones, un ejemplo es la vídeo-intervención en Antaviana (ES) o el VoiceWorkshop en Caminante (FR) Aunque el modelo de acompañamiento y las técnicas para atender a la madre son diferentes en cada país y dependen de su contexto social y cultural, todos los centros trabajan desde el modelo ecológico, centrando la mirada en el contexto, la madre y sus competencias y los niños y sus necesidades.

En la siguiente tabla se recoge un análisis de los instrumentos. Dicho análisis no se ha limitado a la descripción y concreción de las dimensiones consideradas anteriormente, también se tiene en cuenta el objetivo principal de los instrumentos, el contexto en que se desarrolla la intervención, pues en el caso de Francia son mujeres internadas por una drogodependencia, en el de Holtis (RO) son los niños los que están en un centro y el plan se orienta a la reunificación familiar y, en cuanto a Antaviana (ES), la madre es una joven tutelada. Finalmente, también se ha distinguido entre tres fases de intervención, dependiendo si esta se da en la fase del embarazo y el parto, el puerperio (primer mes de los hijos) y la crianza.



Erasmus+



RESUMEN DE LOS INSTRUMENTOS POR PAÍS Y CARACTERÍSTICAS

	Objetivos del acompañamiento			Contexto del acompañamiento			Dimensiones de acompañamiento	Fases de intervención		
	Creación o promoción del vínculo	Contexto familiar	Madre en contexto institucional (con o sin hijos)	Hijos en contexto institucional	Creación o promoción del vínculo	Contexto familiar		Hijos en contexto institucional	Creación o promoción del vínculo	Contexto familiar

RUMANÍA

Individualizado Plan de Protección (IPP)	X					X	- Necesidades del niño/a - Situaciones específicas (Visitas) - Soporte informal - Necesidades del niño/a (Protección a la infancia) - Necesidades del niño/a (Educación) - Necesidades del niño/a (Salud) - Necesidades de la madre (Rehabilitación)			X
Plan de Servicios (SP)		X		X						X

FRANCIA

Proyecto de Atención Individual	X				X		- Soporte informal - Situaciones específicas (Visitas) - Roles parentales (relación de la figura paterna con el hijo/a) - Vínculo materno-filial y comunicación intrafamiliar - Acompañamiento del hijo/a	X	X	X
El Taller de la Voz			X		X		- Vínculo materno-filial y comunicación intrafamiliar a partir de la música - Necesidades de la madre (trabajo de las emociones y recuerdos emergentes) - Necesidades específicas de la madre	X	X	



Erasmus+



ITALIA

La Tabla de Todd			X		X				
Contexto extenso de maternidad	X	X		X			• Apoyo informal: familiar, social y comunitario • Apoyo informal: familiar, social y comunitario (tener una red social donde se sientan cómodas)		X
Conversación basada en resonancia	X							X	X
Grupo de narración de historias	X				X		• Vínculo materno-filial y comunicación intrafamiliar (expresión y comunicación) • Apoyo informal: familiar, social y comunitario (grupo informal de red social)		X

ESPAÑA

Vídeo-intervención		X	X		X		• Vínculo materno-filial y comunicación intrafamiliar a partir de la visualización de pequeñas grabaciones • Necesidades de la madre (Refuerzo positivo del trabajo de la madre)		X
Plan de Intervención	X				X		• Apoyo informal: familiar, social y comunitario • Necesidades del niño/a en las diferentes áreas • Vínculo materno-filial y comunicación intrafamiliar • Roles parentales (la madre como mujer adulta, como madre o como mujer adolescente)	X	X
Genograma de Tres Generaciones	X			X	X		• Necesidades de la futura madre (Obtener información sobre las dificultades, carencias y situaciones de vulnerabilidad) • Necesidades de la futura madre (Obtener información sobre los puntos fuertes, recursos y capacidades del entorno socio-familiar) • Necesidades de la futura madre y del niño/a (Proponer hipótesis para favorecer la creación de un plan de trabajo)	X	



CARACTERÍSTICAS DE CADA INSTRUMENTO

A. RUMANÍA	
Plan de Protección Individualizado (PPI)	
Descripción	El Plan de Protección Individualizado es la documentación mediante la cual, según la Ley 272/2004 de la protección y promoción de los derechos de los niños, se elabora la planificación de los servicios, los beneficios sociales y las medidas de protección social del niño/a, basada en las evaluaciones psicosociales del niño/a y su familia, para la integración del niño/a que ha sido separado por su familia de nuevo con ella, en un entorno familiar estable en el menor tiempo posible. El PPI forma parte del documento del niño/a, siendo un documento oficial desarrollado mediante la implicación activa de la familia/representante legal/personas importantes en la vida del niño/a, dependiendo del caso. El PPI se realiza y se revisa (cada tres meses, o cuando sea necesario) según las normas metodológicas aprobadas por el Ministerio de Trabajo, Familia y Protección Social.
Quién	El DGASPC tiene la obligación de elaborar el PPI en 30 días después de recibir la solicitud del establecimiento de la medida de protección o después de que el director del DGASPC propone una acogida de emergencia.
Cuándo	La elaboración del PPI comienza inmediatamente en las siguientes situaciones: - Después que el SPAS se refiera al caso, o personas involucradas en la prestación de servicios sociales de la unidad territorial administrativa donde la familia y el niño/a viven - Después que el Director General/Director Ejecutivo del DGASPC en el condado ordene la acogida de emergencia.
Cómo	Basándose en las evaluaciones psicosociales del niño/a y su familia para la integración del niño/a que ha sido separado de su familia en un entorno familiar estable en el menor tiempo posible.
Por qué	El PPI tiene diferentes objetivos según el caso: - Reintegración en la familia - Integración socio-profesional de las personas jóvenes mayores de 18 años que abandonarán el sistema de protección de menores. - Adopción interna
Qué tipo de vulnerabilidad	El PPI se elabora en programas específicos de intervención para los siguientes aspectos: - necesidades de salud y promoción de la salud - necesidades de atención, incluyendo necesidades de protección y bienestar; - necesidades físicas y emocionales - necesidades educativas y seguimiento de los resultados escolares según el potencial del niño/a - necesidades de tiempo libre - necesidades sociales - maneras de mantener contacto con padres, familia, familia extensa, amigos, y otras personas



Legislación	Ley 272/2004 de protección y promoción de los derechos de los niños Ordenanza nº 286/2006 para la aprobación de normas metodológicas que enmarcan los estándares de servicios y procedimientos detallados para el plan de protección individual. Ordenanza nº 288/2006 para la aprobación de normas mínimas obligatorias en gestión de casos en el campo de protección de los derechos de los niños.
Plan de Servicios (SP)	
Descripción	El Plan de Servicios (SP) es el documento a través del cual se elabora la reja de servicios sociales y beneficios sociales basados en las evaluaciones psicosociales del niño/a y su familia, para prevenir su separación. El SP se elabora para el niño/a, pero también para su familia.
Quién	El Servicio Público de Atención Social o, dependiendo del caso, el DGASPC designa a personas responsables, que tienen la obligación de elaborar el SP.
Cuándo	El responsable de prevención de casos tiene la obligación de elaborar el SP en 30 días desde el registro del caso en la institución (Servicio Público de Atención Social). El SP se elabora antes de establecer la medida de protección para el niño/a.
Cómo	Basándose en las evaluaciones psicosociales del niño/a y su familia para evitar su separación.
Por qué	El Plan de Servicios tiene el objetivo de evitar la separación del niño/a de su familia en las siguientes situaciones: - cuando el niño/a corre el riesgo de ser abandonado por su familia - para los niños reintegrados en su familia, después de haber pasado por una medida de protección a la infancia - en cualquier situación que requiera el otorgamiento de los beneficios sociales y/o los servicios sociales para respetar los derechos de los niños.
Qué tipo de vulnerabilidad	El principal objetivo del SP es evitar la separación de su familia, siguiendo los aspectos a continuación: - vulnerabilidad social - vulnerabilidad económica - vulnerabilidad socio-emocional - vulnerabilidad médica



B. FRANCIA

Proyecto de Atención Individual

Descripción	La Ley de reforma social y médico social del 2 de enero del 2002 tiene como objetivo reconocer y promover los derechos de las personas atendidas y las personas de su entorno. Los nuevos instrumentos promueven el ejercicio de sus derechos y, en particular, el contrato de residencia (también conocido como el documento de gestión individual), un documento común recibido por todas las personas, que se adjunta a los planes de atención individualizada. El desarrollo del contrato de residencia y los proyectos de atención resultantes son aspectos esenciales de la atención a la madre y su hijo o hija. El contrato de residencia fija las normas esenciales de la vida cotidiana dentro del centro, así como los derechos del residente y su compromiso de firmar un plazo fijo. Mientras tanto, el proyecto de atención permite seleccionar mejor los ámbitos de trabajo cada mes, dando un marco reconfortante.
Quién	Los residentes, el equipo profesional del CSAPA y un director adjunto.
Cuándo	Una semana después de su llegada, el residente recibido en la unidad madre-hijo/a firma su contrato y desarrollamos su primer proyecto de atención individualizada. Este período de una semana permite al equipo y a la díada (madre-hijo/a) a conocer el primer proyecto de atención basada en las primeras observaciones concretas. El plan de atención individualizada es revisado y ajustado cada mes hasta el final del período de atención.



Cómo	Estos planes de atención individualizada se hacen durante una entrevista formal entre la madre y el director asistente, siempre acompañados por uno de los miembros del equipo. La entrevista a menudo dura aproximadamente una hora y es una oportunidad para hacer un informe, tanto para la madre como para el equipo, sobre todo lo que ha pasado desde la entrevista previa (trabajo avanzado en los objetivos de atención, dificultades encontradas por la madre cada día, desarrollo del niño/a, gestión de las fortalezas...) Existen tres mecanismos de apoyo en la unidad de madre-hijo/a para mujeres con adicción: - Las mujeres embarazadas pueden quedarse durante el embarazo en la unidad y pueden volver después con su bebé. - Las madres pueden venir sólo si su hijo/a se queda en otro sitio (padre, parientes) o si el niño/a se encuentra en un servicio de protección para niños. - Las madres pueden venir junto con su niño/a. El niño/a puede estar en una medida de protección legal o no. - Algunos niños llegan a CSAPA por decisión judicial durante el tiempo de cuidado de su madre. En los tres escenarios, la crianza de los hijos es uno de los puntos clave del proyecto individual de la madre o futura madre, y son, por lo tanto, los ejes de trabajo (para ella y para el equipo profesional), pero existen dos documentos separados de plan de atención individualizada. a) Cuando las madres vienen con su hijo/a, el plan de intervención individualizada incluye tres dimensiones: apoyo a la mujer residente (como mujer y como madre), acompañamiento al niño/a y apoyo al vínculo materno-filial. b) Cuando las madres vienen solas, o cuando están embarazadas, su plan de atención individualizada está más centrado en ellas: como mujer y madre, pero siempre enfocado desde la maternidad. Los distintos planes de atención individualizada se archivan en la carpeta de la mujer residente y el equipo completo puede localizarlo en cualquier momento para un mejor seguimiento de la evolución.
Por qué	Este instrumento de apoyo tiende a proporcionar a la madre, así como al equipo, una hoja de ruta del trabajo a realizar para intentar reducir vulnerabilidades (identificadas y medidas) o intentar encontrar formas de superarlas, ayudando al bienestar de la madre y del hijo/a. A veces, mediante la entrevista, identificamos otras dificultades y vulnerabilidades de la madre (o futura madre) y el plan de atención individualizada puede resultar una herramienta de detección, incluso si fue originalmente diseñada para ser un instrumento de acompañamiento.
Qué tipo de vulnerabilidad	Estamos hablando de las dificultades que llevaron a la madre a ser atendida en la unidad madre-hijo/a del CSAPA (embarazadas, con o sin hijo/a). Todos son bienvenidos con respecto a conductas adictivas, pero otras dificultades pueden considerarse vulnerabilidades, como por ejemplo dificultades sociales, médicas, psicológicas o psiquiátricas, así como dificultades con respecto a la calidad del vínculo materno-filial.



El Taller de la Voz

Descripción	Ahora sabemos que antes del nacimiento, el bebé es sensible a los sonidos (voces de los padres, el latido del corazón de su madre, los sonidos de la vida). Al nacer, la voz de la madre es familiar. Será llevado, limpiado, acariciado por la voz que le hará descubrir el mundo. El taller de la voz permitirá a madres frágiles y vulnerables que participen a reconectar con su hijo/a encontrando su primera conexión. Durante el taller de la voz se experimenta placer: cantar, ser envuelto, recibir, transmitir, intercambiar, son las características distintivas de este momento compartido entre un repertorio de canciones de cuna, rimas, escalas, canciones para adultos, bailes y canciones escogidas en el directorio tradicional Europeo y extra-Europeo. Las canciones del folklore infantil son nuestro lenguaje musical. Por la transmisión de este directorio, el niño/a será anclado a su cultura. Durante el taller, la unidad profesional de madres e hijos y músicos cantan este repertorio que envuelve a la madre y su hijo/a con la voz. Todos juntos, se encuentran en esa resonancia musical y emocional que les permite experimentar emociones profundas. Jugar con los sonidos, las palabras, balbucear, vocalizar, bailar, poner nombre al mundo alrededor del niño/a... y hacerlo otra vez, y otra, y otras tantas veces divertidas que la madre descubrirá o pedirá. Cantar para los pequeños significa abrir las puertas del lenguaje, darles acceso a la belleza, al arte, al saber. La voz vibra y brilla, la reciben como un regalo.
Quién	El taller de la voz siempre es co-dirigido por el invitado, un músico profesional y un equipo profesional de miembros de la unidad de atención de madre e hijo/a (educadores infantiles, educadores especiales, enfermería pediátrica...)



Cuándo y Cómo

- a) Las madres son invitadas a participar en el taller de la voz, que tiene lugar una vez a la semana y dura aproximadamente tres cuartos de hora.
- b) El lugar: El taller tiene lugar en una sala de la unidad madre-hijo/a llamada “la sala del despertar”. Cojines y alfombras se instalan para la madre y el bebé para mantenerse relajados, envueltos de dulzura y placer.
- c) Preparación: Antes de cada sesión, el orador y el músico profesionales en la unidad madre-hijo/a dedican un tiempo a revisar el “estado” de la madre y el bebé en aquel momento, y cómo ha ido la semana para ambos.
- Las sesiones se adaptan a la diada y su disponibilidad en el momento del taller:
- Taller en presencia de la diada
 - Taller con la madre sólo si el bebé se encuentra durmiendo o está enfermo. Se puede proponer un taller exclusivamente para atender a la madre (canciones sobre maternidad...) A veces, el bebé se une en un segundo tiempo.
 - Taller con el niño/a sólo con el permiso de la madre si a ésta le surge algo de última hora, o si no se siente disponible para asistir a la reunión.
- d) Desarrollo de la sesión:
- El taller siempre empieza con una canción de bienvenida mediante la cual el conductor de la sesión agradece a los participantes la asistencia a la sesión.
- A continuación, las madres proponen canciones alternadas, canciones de cuna, canciones para bebés. Éste también es un momento en el que preguntamos a la madre si suele cantar, si lo hace para su bebé, cuáles son sus gustos musicales: la invitamos a compartir, a cantar todos juntos lo que ella quiera. Es una forma de respeto, de reconocimiento de quién es ella.
- Las canciones son voluntarias; no pedimos a las madres que canten si no se sienten capaces.
- Las madres a menudo necesitan retroceder, para vivir el taller como si fuesen su propio bebé. Necesitan recibir para poder dar, para desempeñar mejor su rol de madre. Y eso hacemos para ella, para ellos.
- La música, la voz, las vibraciones de la guitarra, el repertorio seleccionado, a veces despiertan fuertes emociones en la madre. Todos estos “mediadores” se abren paso en las profundidades de las emociones o de recuerdos enterrados; les dan la oportunidad de emerger.
- Durante cada sesión, el músico debe adaptar su repertorio a cada momento; la fragilidad extrema de estas madres necesita hacerse evidente para prestarle atención, para observar las reacciones y adaptar las canciones a la receptividad y al humor de la madre y del hijo/a.
- La unidad profesional de madre-hijo/a apoya a la madre y al niño/a durante la sesión:
- ☐ Atiende al vínculo entre la diada y la intervención.
 - ☐ Observa las interacciones entre la madre y el hijo/a: el intercambio de la madre con el hijo/a y el del hijo/a con su madre. Ésta es una manera adicional de evaluar la calidad del vínculo materno-filial.
 - ☐ El profesional puede invitar a la madre, durante este intercambio mediado entre madre e hijo/a para experimentar otras formas de comunicación: puede hacer propuestas a la madre en términos de portage, caricias, canciones para el bebé. También puede invitar a la madre a dejar que el bebé se exprese libremente. Todo esto tiene lugar en el mayor de los placeres, sin intrusión directa a menos que él observe que el niño/a se encuentra en un malestar obvio y que a la madre no le importa.
- e) El final de la sesión: El taller siempre termina con una canción mediante la cual el dinamizador agradece y se despide de la madre y del niño/a. La invita a expresar brevemente cómo ha vivido la sesión.
- f) La siguiente sesión: el dinamizador y el profesional intercambian las observaciones que hayan hecho durante la sesión de las interacciones madre-hijo/a, la capacidad de respuesta de una y del otro. El profesional enriquece la observación del dinamizador durante las reacciones de la madre y del hijo/a durante el taller.



Erasmus+



Qué tipo de vulnerabilidad

El taller de la voz es un instrumento de acompañamiento para madres e hijos del centro de atención. Resulta, para el profesional, un medio de observación y un instrumento de evaluación muy ricos del vínculo materno-filial.

También debe permitir a la díada descubrir, experimentar y adoptar modos de comunicación favorables para su vínculo. La actitud atenta del músico y del profesional tiende a tranquilizar a la madre para que se sienta a gusto a la hora de comunicarse con el niño/a de manera sencilla y divertida.



C. ITALIA

La Tabla de Todd

Descripción	Gradualmente, a medida que avanza la gestión del caso, se pide a los profesionales actualizar la Tabla de Todd (BornM., & Lioni A-M, 1997; Todd D. 1970 ¹) (ver documento del instrumento de diagnóstico), ya que les permite ser conscientes de los cambios que desencadenan sus acciones y considerar los pasos a seguir. Este instrumento permite tener una visión integrada de las acciones específicas iniciadas por los distintos servicios.
Quién	La Tabla de Todd: -Puede ser actualizada o completada con la persona atendida -Puede ser compartida con otros profesionales que acompañen a la persona atendida

Maternidad en un contexto extenso

Descripción	Es posible implementar esta práctica en contextos formales y semi-formales: la experimentamos en Casa di Ramia, que es un contexto institucional "abierto". Las mujeres pueden acceder libremente, no necesariamente con invitación de los servicios sociales y sin cita. Estos tipos de espacios requieren una gestión experta de un trabajador social o alguien que pueda manejar las asociaciones o grupos. Un trabajador social puede, por lo tanto, fomentar las relaciones entre ciudadanos e instituciones.
Quién	En este contexto, no sólo los profesionales (trabajadores sociales, mediadores culturales) interactúan, sino que también lo hacen figuras no profesionales (mujeres que pertenecen a la misma comunidad lingüística). La co-presencia de varias mujeres -profesionales y no profesionales- abre la posibilidad de un acompañamiento que no sigue un protocolo rígido, sino que recrea un contexto más amplio de maternidad en el que se acompaña a la madre en sus competencias.
Cómo	Puesto que se trata de un espacio semi-formal o "doméstico", las mujeres y los niños tienen acceso libre, sin horarios fijos, a veces diariamente. No se trata de un espacio diseñado para un perfil específico de mujeres: todas las mujeres pueden entrar. En este contexto, es posible ser partícipe de una vida social femenina: la participación en varios grupos (grupos de aprendizaje de idiomas, de manualidades, de narración, etc.) tiene como objetivo incluir a la madre y al hijo/a en entornos sanos, sin un enfoque evaluativo, donde la madre pueda ganar confianza en sus propias habilidades pueda desarrollar su propia experiencia. Este espacio es parte de ese contexto amplio de trabajo social: en Casa di Ramia, al trabajar conjuntamente con otros servicios, es muy eficaz organizar reuniones en presencia de los usuarios y otros profesionales implicados. Como un "centro intercultural" no ocupa una posición de poder en el sistema de servicio social, los profesionales mitigan el desacuerdo profesional (por ejemplo, entre trabajadores sociales y educadores, o entre el médico y el psicólogo). En el "centro" se trata la situación: los profesionales y los usuarios analizan la situación, comparten tareas, y toman compromisos recíprocos.
Por qué	Sentirse parte del contexto social de una mujer puede ayudar a la madre a reconocer la fuente de su propio sufrimiento en un rol social, puesto que se encuentra rodeada de otras mujeres con experiencias similares.



Qué tipo de vulnerabilidad	Mediante la participación en este tipo de entorno es posible investigar: -Las distintas presiones (económica, política, cultural, psicológica, etc.) a las que se enfrentan las mujeres -Problemas específicos relacionados con la diferencia sexual: pueden resumirse con el concepto sociológico de “rol femenino”. Este concepto viene de las normas de comportamiento social internalizado o inducido para determinar o incrementar la subordinación social y psicológica de las mujeres.
Conversación basada en la resonancia	
Descripción	La entrevista se centra en escuchar las demandas de las mujeres y las impresiones y sentimientos del profesional acerca de ésta. La entrevista puede servir para tener en cuenta necesidades expresadas y para explicar las oportunidades que ofrece Casa di Ramia. O, si la mujer solicita una entrevista personal, es necesario escuchar lo que ofrece.
Quién	Un profesional o un equipo de profesionales.
Cuándo	En cualquier momento: en la primera reunión y a petición de las mujeres o el profesional cuando ella/él lo crea conveniente.
Cómo	Si durante la conversación, el profesional toma notas, debe explicar qué está haciendo. La entrevista tiene el objetivo de capturar la perspectiva del interlocutor, para registrar factores importantes de su historial personal: la manifestación de la vulnerabilidad, la llegada al servicio, el período de acompañamiento, el período posterior. En la entrevista, la mujer ofrece su propia interpretación de este proceso, llegando a una especificación y codificación de las condiciones de bienestar en contraste con aquellas condiciones de vulnerabilidad. Es un proceso de sensibilización. El profesional escucha sin interpretar, se niega a hablar en lugar del otro: es muy importante revivir la conversación desde los pensamientos y sentimientos del profesional (resonancia). -Si la resonancia es personal y evoca una experiencia en primera persona, el profesional puede realizar una función de espejo. -Si la resonancia evoca a experiencias otras personas, se pueden proponer encuentros. -Si el profesional se da cuenta de que la usuaria carece de información importante sobre otros servicios, la proporciona. En cualquier caso, es mejor considerar los aspectos prácticos al final de la entrevista, para no acelerar el fin de una conversación profunda. Cuando se da una guía práctica, debemos asegurarnos de que no existan malentendidos. El profesional debe ser lo más claro posible sobre las condiciones de acceso a los servicios. El profesional también puede preguntar si sería útil la presencia de un mediador cultural o una persona acompañante. Es importante tomar notas de las propias impresiones después de la entrevista.
Por qué	Durante el acompañamiento, este tipo de entrevista es útil para: -Comprobar las transformaciones de las mujeres en contacto con servicios sociales, especialmente factores cualitativos que se activan cuando la usuaria va más allá de la percepción de la vulnerabilidad. -Comprobar si la descripción del enlace “vulnerabilidad / sentirse inadecuado / presión social para adherirse a los roles patriarcales” proporciona a la mujer instrumentos cognitivos y emocionales suficientes para superar la percepción de vulnerabilidad, y cómo. -Analizar la validez del proceso de acompañamiento



Qué tipo de vulnerabilidad	-Una escucha basada en la resonancia puede afectar a la vulnerabilidad en común entre las dos mujeres (profesional y usuaria que se encuentran en la entrevista). -La vulnerabilidad también puede ser debida a la falta de información.
Grupo de narración de historias	
Cuándo	Durante el acompañamiento. El grupo de narración se reúne una vez a la semana y la participación es libre y voluntaria.
Quién y Cómo	-Es necesaria la presencia de un conductor que conozca el método y cómo implicarse en la actividad. El conductor está atento a las vulnerabilidades y debilidades de todos los participantes, pero también cuenta historias de experiencia propia. -El grupo necesita una grabadora y un objeto ritual para abrir y cerrar cada historia. -Para crear un grupo de mujeres (generalmente de diez a quince) hay dos posibilidades: el grupo puede estar formado por mujeres vinculadas por el tema o sin tener en cuenta ningún "objetivo". -Los temas de la narrativa son "oblicuos": no existe conexión inmediata entre el tema de la narración y la categoría que identifica a la mujer en los servicios sociales (por ejemplo, no pides a mujeres víctimas de trata que hablen sobre la trata). -Se puede escoger un tema para crear un espacio "en el medio", un tema sobre la vida y los objetos cotidianos que permiten emerger las normas de comportamiento y culturales. También se pueden utilizar mitos o cuentos. -Se invita a los participantes a no comentar las historias de otros. Los participantes pueden hacer preguntas para aclarar pasajes. -Existe pacto de "secreto" entre los participantes.
Por qué	La participación en un grupo de narración: -promueve que las mujeres hablen de sí mismas -promueve la escucha de historias similares a las suyas -disminuye el juicio, las indicaciones normativas, la repetitividad de la historia que la usuaria "debe" contar a los servicios sociales para ceñirse a las expectativas normativas o los protocolos -abre una mirada a uno mismo, recuerdos, resonancia, atención, emociones -fomenta el compartir y los sentimientos de pertenencia -fomenta la sensibilidad a las diferencias y similitudes, a la reciprocidad y a la valoración de las palabras propias y ajenas.
Qué tipo de vulnerabilidad	Participar en un grupo de narración permite: -explicar experiencias íntimas: la vulnerabilidad reside en el interior -vivir la vulnerabilidad que se siente cuando uno se expone a la mirada de los demás y, por lo tanto, se enfrenta a sí mismo -exponer las propias heridas para empezar a tratarlas -experimentar la vulnerabilidad lingüística (problemas para hablar y aprender idiomas) -evidenciar vulnerabilidades y malentendidos en grupos multilingües, con la presencia de muchas palabras culturales y simbólicas y diversos procesos de mestizaje.



Erasmus+



D. ESPAÑA

Vídeo-intervención

Descripción	Consiste en la grabación de una secuencia de interacción madre-hijo/a, en el mismo centro, durante una situación de vida cotidiana creada espontáneamente. La grabación también puede realizarse en el Centro externo de Salud Mental de Niños/Jóvenes, CSMIJ, en el que hay psicólogos especializados en esta técnica que dan soporte a los profesionales de Antaviana.
Quién	Los profesionales sociales que trabajan en Antaviana (educadores, psicoterapeutas de familias) con supervisión externa. La técnica la aplican los profesionales de la residencia maternal Antaviana, así como psicólogos clínicos externos del Centro de Salud Mental de Niños/Jóvenes (CSMIJ), que llevan a cabo funciones de formación/supervisión del equipo de profesionales de Antaviana. No es obligatorio para todas las madres, es una posibilidad para los profesionales del Centro, y se requiere el consentimiento explícito de la madre para hacer la grabación.
Cuándo	Durante la intervención / cuando la mujer se encuentra en el centro. El equipo de profesionales de Antaviana, o el psicólogo externo del CSMIJ, proponen la posibilidad de aplicar la técnica cuando lo consideran interesante, según los siguientes criterios: basándose en la situación de la madre y la relación con su hijo/a, basándose en el momento personal de la madre y el proceso en Antaviana (continuidad en el proceso de Antaviana y el deseo de continuar con el proceso de vinculación con su hijo/a). Ningún protocolo indica cuándo usar esta técnica, sino que se propone a las madres si ellas quieren participar cuando se considera que puede ser útil para su mejora de la relación con su hijo/a, así como cuando los profesionales consideran que pueden intervenir de manera apropiada.
Cómo	1. Grabando la interacción madre-hijo/a 2. Viendo la escena (profesional y madre) 3. Atendiendo a los aspectos positivos 4. Viendo la escena (profesionales y supervisor). Una vez la secuencia de la madre-hijo/a se ha registrado, durante 5-10 minutos con una cámara o un teléfono móvil, estas grabaciones las visualizan el resto de profesionales de Antaviana juntamente con un psicólogo externo (con funciones de supervisión/formación), y son puestas a debate durante una sesión de trabajo de equipo. A continuación, se visualiza y debate directamente con la madre adolescente en un espacio de tutoría individualizada, con el psicólogo y/o en el espacio de psicoterapia con el psicólogo de familia de Antaviana.
Por qué	Para potenciar y evaluar la relación y el apego entre la madre y su hijo/a. Para intervenir poniendo atención y reflexión en aspectos rescatables, considerados positivos, de esta interacción. Para promover la fortaleza, el mantenimiento y la amplificación de los patrones de relación que favorecen el vínculo afectivo materno-filial y el desarrollo psicoafectivo del niño/a. También para identificar situaciones que se puedan construir de una manera más positiva, en el sentido de que puedan activar los recursos de la madre y su hijo/a, construyendo un vínculo más rico y más estimulador y un mejor desarrollo psicológico y psicomotor del hijo/a. Otras razones que pueden llevar a la propuesta de la grabación de vídeo están relacionadas con las percepciones, preocupaciones y alertas que puedan generarse en el equipo de profesionales sobre las dificultades y los riesgos de la interacción madre-hijo/a. Con el objetivo de clarificar, reflexionar y definir posibles objetivos y/o líneas de intervención.



Qué tipo de vulnerabilidad	Madres menores de edad en el sistema de protección a la infancia. El contexto de la residencia maternal Antaviana es un contexto de protección y control (las madres jóvenes y sus hijos bajo la custodia de la Administración). Son madres jóvenes (hasta 18 años de edad) con sus hijos (hasta aproximadamente 4 años). Las funciones desarrolladas en la residencia maternal Antaviana son las de protección, atención, evaluación y acompañamiento para el proceso de maternidad. Eso implica que la aplicación de la técnica de vídeo-intervención es opcional y requiere la colaboración y el consentimiento explícito de la madre adolescente. Se garantiza siempre la protección de datos de todos los profesionales que intervienen en el proceso.
Plan de Intervención	
Descripción	Este instrumento es un contrato formal personalizado para familias con hijos que se encuentran en centros residenciales bajo el sistema de protección de niños. Las características de las familias implicadas están relacionadas con la coincidencia de distintas variables que definen situaciones de vulnerabilidad: pobre nivel económico, distintas dificultades en dinámicas familiares que no facilitan el ejercicio parental adecuado (dificultades en el matrimonio, ausencia de uno de los padres, falta de apoyo de la familia extensa, falta de redes sociales, situaciones graves de migración, psicopatología en los padres). El principal objetivo es trabajar con la red de profesionales en la comunidad interviniendo no sólo con la madre y el hijo/a (en el centro) sino también con la familia de origen, extensa o creada para promover: a) El retorno a la familia como primera opción, siempre que sea posible. b) Cuando esto no es posible, se consideran otras opciones de no internamiento, teniendo en cuenta, primeramente, las habilidades y capacidades de la madre y los recursos ofrecidos por el entorno de la Comunidad (pisos o residencias protegidas por los servicios y por las organizaciones sociales para madres adultas con hijos y viviendas de alquiler social) c) En coordinación con los sistemas de protección, la separación del niño/a de su madre puede ser, en última instancia, propuesta, si se considera que en este punto el vínculo materno-filial implica riesgos para el niño/a (acogimiento familiar simple (temporal) con familia de origen o extensa, acogimiento familiar simple (simple) con familias ajenas, acogimiento pre-adoptivo y/o internamiento en centros residenciales educativos de protección).
Quién	Trabajadores sociales, educadores sociales y psicólogos.
Cuándo	Cuando se detecta una situación de vulnerabilidad/riesgo de una madre adolescente.
Cómo	Los profesionales, la familia y otras personas significativas vinculadas a la familia (abuelos, tíos...) se reúnen en los servicios sociales para identificar los principales problemas simples y básicos y las necesidades. Los profesionales promueven que las familias sean conscientes de sus propias necesidades y problemas para tomar las mejores decisiones. Los profesionales también trabajan con la familia en la elaboración de un plan de trabajo que tenga en cuenta objetivos muy específicos y bien definidos.



Por qué	Trabajar con las necesidades de la familia para promover un vínculo saludable, basado en las competencias parentales que presentan y las que puedan adquirir durante el proceso de intervención.
Qué tipo de vulnerabilidad	Vulnerabilidades relacionadas con el ejercicio de las funciones parentales producidas por las diferentes variables explicadas en el apartado de la “descripción”.
Genograma de Tres Generaciones	
Descripción	Esta herramienta es útil tanto para la etapa de detección de la vulnerabilidad como para la etapa de acompañamiento. Ayuda a identificar las áreas de la vulnerabilidad a diferentes niveles y a la vez permite plantear hipótesis y definir objetivos y estrategias de intervención. También recoge los cambios producidos en la familia, así como la cronología de acontecimientos familiares significativos. Permite a los profesionales realizar una fotografía, en sentido metafórico, a modo de árbol genealógico, de la situación familiar según criterios del modelo bio-psico-social. Es decir, se recogen datos familiares, pertenecientes a tres generaciones, relacionados con el ámbito de la salud, de las emociones-relaciones y de lo social.
Quién	Esta herramienta está destinada al uso profesional por parte de: trabajadores sociales, educadores sociales, terapeutas familiares y psicólogos
Cuándo	En la etapa de detección de la vulnerabilidad se utiliza esta herramienta, en los diferentes servicios de atención primaria, en las áreas básicas de salud, servicios sociales de base y servicios especializados de protección. En la etapa de acompañamiento es utilizada por los profesionales de los centros residenciales de acción educativa, en los servicios de salud mental, en centros de atención y estimulación precoz en las primeras etapas del desarrollo psico-evolutivo.
Cómo	El genograma se construye conjuntamente entre los profesionales y los diferentes miembros de la familia, diferenciando tres generaciones (abuelos, padres e hijos), reflejando el tipo de relación que mantienen entre ellos (conflictiva o armoniosa), las fechas de los acontecimientos significativos (fallecimientos, matrimonios, separaciones y divorcios, relaciones de pareja) la configuración de los diferentes núcleos familiares (estructura y organización) y los datos relacionados con el lugar de origen, el domicilio actual, los estudios, el trabajo, aficiones y salud.



Erasmus+



Por qué	En la etapa de detección se utiliza esta herramienta para identificar, por un lado, los puntos fuertes, los recursos y las capacidades del entorno socio-familiar. Por otro lado, es muy útil para conocer y obtener información detallada sobre las dificultades, carencias y, en general, las diferentes situaciones de vulnerabilidad. Tanto en la etapa de acompañamiento como en la de detección, esta herramienta favorece la construcción de hipótesis y la posibilidad de establecer, por parte de los profesionales y de los recursos comunitarios un plan de trabajo en las diferentes áreas en las que se detecta la vulnerabilidad. En la etapa de acompañamiento ofrece una mirada diferente a las mujeres sobre su propia realidad. Permite identificar y valorar los cambios a lo largo del proceso de intervención para seguir definiendo nuevas líneas y estrategias.
Qué tipo de vulnerabilidad	En la etapa de detección, resulta útil en cualquier situación en la que haya una hipótesis inicial de riesgo de vulnerabilidad. En la etapa de acompañamiento resulta útil en todas las situaciones para tener una mirada global de la complejidad.

CONCLUSIONES

- Respecto a los objetivos del acompañamiento, se observa un predominio de la intervención y de su seguimiento respecto a los que van dirigidos a la promoción y la prevención.
- La mayoría de instrumentos revisados contemplan el contexto familiar sin especificar el concepto de familia del que parten.
- En cuanto a las dimensiones del acompañamiento analizadas, no hay uniformidad. En la mayoría de los instrumentos revisados, se observa una valoración destacable del apoyo informal.
- Las dimensiones del acompañamiento necesarias para responder a las necesidades de la madre y el niño o la niña, se contemplan de forma parcial en cada instrumento.
- Algunos instrumentos analizan parcialmente las necesidades de la madre y otros le dan un enfoque global.
- De los tres niveles de acompañamiento (social, educativo y terapéutico), se detecta poca representación al acompañamiento educativo.
- Con respecto a las fases de intervención, destaca un predominio de instrumentos dirigidos a apoyar la crianza, seguido del puerperio, mientras que pocos se contemplan la fase de embarazo y nacimiento.

RECOMENDACIONES

- Enfocar el instrumento desde un paradigma de atención integral dirigida a la promoción, la preservación familiar y la prevención, además del seguimiento del proceso de acompañamiento.
- Incorporar la perspectiva de las potencialidades para poder promoverlas y no sólo la visualización de los déficits.
- Contemplar los tres tipos de acompañamiento (social, educativo y terapéutico) de forma equilibrada. Igualar el énfasis en la intervención educativa permitirá respuestas más eficaces en otros tipos de acompañamiento.
- Introducir el apoyo formal como dimensión de análisis en cada instrumento.
- Contemplar las dimensiones del acompañamiento en su totalidad, para garantizar la perspectiva integral (biospsicosocial) y cubrir las necesidades tanto de la madre, como del niño o de la niña y de su entorno familiar próximo.
- Contemplar tanto las necesidades de la madre como del niño o la niña desde la integridad (emocionales, educativas, de salud y sociales).

- Concebir el acompañamiento como un proceso. Es importante reconocer qué fases se han alcanzado cuando se aplica el instrumento.
- Diferenciar el período perinatal del de crianza para la aplicación del instrumento, ya que las necesidades pueden ir variando según la edad y, por tanto, las variables a valorar. Por otro lado contemplar la posibilidad de seguir utilizando el instrumento perinatal en el seguimiento posterior a esta etapa.
- Incluir variables que permitan el análisis sobre como los padres se adaptan a sus nuevos roles.

REFLEXIONES FINALES

Es importante disponer de recursos diversos para el acompañamiento pues representan herramientas de gran valor para garantizar las buenas prácticas profesionales. Los recursos se pueden adaptar de varias maneras para satisfacer las necesidades de los profesionales trabajando en diferentes entornos, con el fin de satisfacer las necesidades y desarrollar fortalezas potenciales en madres, hijos y sus entornos familiares próximos.

También es importante reconsiderar cómo se aplican estos instrumentos de acompañamiento, teniendo en cuenta que, además de las actitudes de los profesionales y los equipos responsables de la intervención, debemos considerar la actitud de las madres y sus familias hacia el proceso de acompañamiento que reciben.

Finalmente, debemos analizar cómo se estructura el proceso de acompañamiento según los marcos de referencia y las actitudes de los profesionales. Son los profesionales quienes aplican los instrumentos, y son ellos, los que pueden convertir el proceso de acompañamiento en uno de transformación. En nuestra opinión, los elementos del proceso que tienen poder de transformación son la imagen de la persona, el trabajo con esta persona y el aprender a acompañarla.

“La vulnerabilidad de las cosas preciosas es hermosa, porque la vulnerabilidad es una marca de existencia” (Weil (1998:181).

BIBLIOGRAFÍA

- Amorós, P.; Balsells, M. A.; Fuentes-Peláez, N.; Molina, M.C.; Mateo, A. & Pastor, C. (2011). La atención integral a las familias en situación de vulnerabilidad. *Rivista italiana di Educazione familiare*. (Italia): FirenzeUniversityPress
- Briscoe, L., Lavender, T. & McGowan, L. (2016). Concept analysis. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *Informing Practice and Policy World wide through Research and Scholarship*. John Wiley & Sons Ltd.
- Fawcett, B., Meagher, S. Goodwin, S. & Phillips, R. (2009). *Social Policy for Social Change*. Melbourne and Basingstoke Melbourne and Basingstoke
- Fuentes-Peláez, N.; Amorós, A.; Molina, M.C.; Jané, M & Martínez, C. (2013) The design of a maternal education program based on analysis of needs and collaborative work. *Revista de cercetare si interventie sociala*, 42, 50-67.
- Gagnon, A.J., & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for child birth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, 3.
- Horvat L., Horey D., Romios P. & Kis-Rigo J (2014). Cultural competence education for health professionals, *The Cochrane Library* 2014, Issue 5, John Wiley & Co.
- Jané, M., Vidal, J., Tomas, Z. & Cabezasa, C. (2010). Promoció de la salut, en Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Memòria Salut Pública 2009-2010. Available in: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Publicacions/Memories/memoria_salutpublica_2009_2010/07_promocio_salut/promocio_salut_2009_10.pdf
- Pérez, B. (2004). El acompañamiento social como herramienta de lucha contra la exclusión, *Documentación social*, 135, 89-107.
- Nolan, M.L. (1997). Antenatal education – where next?. *Journal of Advance Nursing*, 25, 1198-1204.
- Pandelé, S. (2007). *The great vulnerability. Outline of an ethics of accompaniment*. Paris: Seli Arslan
- Planella, J. (2008). Educación social, acompañamiento y vulnerabilidad: hacia una antropología de la convivencia, *Revista Iberoamericana de Educación*, 46(5).
- Rodrigo, M.J.; Amorós, P.; Arranz, E.; Hidalgo, V.; Máiquez, M.L.; Martín, J.C.; Martínez, R.; Ochaita, E.; Balsells, M.A.; Fuentes-Peláez, N.; Mateos, A.; Molina, M.C.; Pastor, V.; Espinosa, M.A.; Agustín, S.; Gutiérrez, H.; Becedóniz, C.; Pérez, M^aH.; Rodríguez, B.; Iglesias, M.T.; Olabarrieta, F.; Manzano, A.; Martín, J.L.; Jiménez, L.; Lorence, B.; Menéndez, S.; & Sánchez, J. (2015). *Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva. Un recurso para apoyar la práctica profesional con familias*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Rodrigo, M.J.; Máiquez, M.L.; Martín, J.C.; & Byrne, S. (2008). Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias. Psicología Pirámide, Madrid

Soulet M.H. (2010). «La vulnérabilité Un problème social paradoxal », En V. Châtel & S. Roy, Penser la vulnérabilité. Québec :Presses de l'Université du Québec, 65-87.

Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches, Journal of Advanced Nursing, 31(3):715-21

Weil, S. (1998). Gravity and Grace. Paris: Pocket, coll. Agora.



Cofinancé par le
programme Erasmus+
de l'Union européenne

*Cette communication n'engage que son auteur et la Commission n'est pas responsable de l'usage
qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.*

©capeVfair -2017

INSTRUMENTO DE ACOMPañAMIENTO

EL PROCESO DE ACOMPañAMIENTO EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD EN EL PERIODO PERINATAL

AUTORES

NURIA FUENTES-PELÁEZ, AINOA MATEOS, M^a ÁNGELES BALSELLS, LLUÍS MARCH, ANA BALDERO

CO-AUTORES

NURIA FUENTES-PELÁEZ, AINOA MATEOS, CRESCENCIA PASTOR, M^a ÁNGELES BALSELLS, AÍDA URREA, MARÍA CRUZ MOLINA GARUZ, ANNA CIURANA, EDUARD VAQUERO, SARA PÉREZ, LLUÍS MARCH, ANA BALDERO, ROSANNA CIMA, CHIARA SITÀ, MARIA LIVIA ALGA, ELENA MIGLIAVACCA, DANIELA COJOCARU, STEFAN COJOCARU, ALEXANDRA GALBIN, MĂDĂLINA BELCESCU, SIMONA TROFIN, IULIANA-ODETAZĂGAN, ANNE-MARIE DOUCET-DAHLGREN, ANDREA DE MINGO IZQUIERDO, MAYLIS ETCHART, MATHILDE BAREILLE, LÉONIE JAMES



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



AUTORES

NURIA FUENTES-PELÁEZ, AINOA MATEOS, M^a ÁNGELES BALSELLS, LLUÍS MARCH, ANA BALDERO

CO-AUTORES

NURIA FUENTES-PELÁEZ, AINOA MATEOS, CRESCENCIA PASTOR, M^a ÁNGELES BALSELLS, AÏDA URREA, MARÍA CRUZ MOLINA GARUZ, ANNA CIURANA, EDUARD VAQUERO, SARA PÉREZ, LLUÍS MARCH, ANA BALDERO, ROSANNA CIMA, CHIARA SITÀ, MARIA LIVIA ALGA, ELENA MIGLIAVACCA, DANIELA COJOCARU, STEFAN COJOCARU, ALEXANDRA GALBIN, MĂDĂLINA BELCESCU, SIMONA TROFIN, IULIANA-ODETAZĂGAN, ANNE-MARIE DOUCET-DAHLGREN, ANDREA DE MINGO IZQUIERDO, MAYLIS ETCHART, MATHILDE BAREILLE, LÉONIE JAMES

AUTORES

NURIA FUENTES-PELÁEZ, AINOA MATEOS, M^a ÁNGELES BALSELLS, LLUÍS MARCH, ANA BALDERO

CO-AUTORES

NURIA FUENTES-PELÁEZ, AINOA MATEOS, CRESCENCIA PASTOR, M^a ÁNGELES BALSELLS, AÏDA URREA, MARÍA CRUZ MOLINA GARUZ, ANNA CIURANA, EDUARD VAQUERO, SARA PÉREZ, LLUÍS MARCH, ANA BALDERO, ROSANNA CIMA, CHIARA SITÀ, MARIA LIVIA ALGA, ELENA MIGLIAVACCA, DANIELA COJOCARU, STEFAN COJOCARU, ALEXANDRA GALBIN, MĂDĂLINA BELCESCU, SIMONA TROFIN, IULIANA-ODETAZĂGAN, ANNE-MARIE DOUCET-DAHLGREN, ANDREA DE MINGO IZQUIERDO, MAYLIS ETCHART, MATHILDE BAREILLE, LÉONIE JAMES



Erasmus+



COMPETENCIAS PROFESIONALES

LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA LA ATENCIÓN DURANTE EL PERÍODO PERINATAL EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD

AUTORES

Nuria Fuentes-Peláez, Crescencia Pastor, María Cruz Molina Garuz, Aïda Urrea, Lluís March, Ana Baldero

CO-AUTORES

Nuria Fuentes-Peláez, Crescencia Pastor, María Cruz Molina Garuz, Aïda Urrea, Eduard Vaquero, Ainoa Mateos, M^a Ángeles Balsells, Anna Mundet, Sara Pérez, Lluís March, Ana Baldero, Rosanna Cima, Chiara Sità, Maria Livia Alga, Elena Migliavacca, Daniela Cojocaru, Stefan Cojocaru, Alexandra Galbin, Simona Trofin, Iuliana-Odeta Zăgan, Cătălin Fedor, Anne-Marie Doucet-Dahlgren, Stéphanie Destandau, Mathilde Bareille, Christiane Expert, Richard Thibaut, Chantal Hiriart, Andrea De Mingo Izquierdo, Anne Deyzieux, Maylis Etchart, Pierre Lavignasse, Léonie James



Erasmus+



Autores

Nuria Fuentes-Peláez, Crescencia Pastor, María Cruz Molina Garuz, Aïda Urrea, Lluís March, Ana Baldero

Co-autores

Universitat de Barcelona, GRISIJ

Nuria Fuentes-Peláez, Crescencia Pastor, María Cruz Molina Garuz, Aïda Urrea, Eduard Vaquero, Ainoa Mateos, M^a Ángeles Balsells, Anna Mundet, Sara Pérez

Eduvic

Lluís March, Ana Baldero

Association Caminante

Stéphanie Destandau, Mathilde Bareille, Christiane Expert, Richard Thibaut, Chantal Hiriart, Andrea De Mingo Izquierdo, Anne Deyzieux, Maylis Etchart, Pierre Lavignasse, Léonie James

Université Paris Ouest-Nanterre La Défense

Anne-Marie Doucet-Dahlgren

Università di Verona

Rosanna Cima, Chiara Sità, Maria Livia Alga

Comune de Verona, Casa di Ramia

Elena Migliavacca

Universidad Alexandru Ioan Cuza de Iași

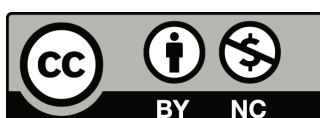
Daniela Cojocaru

HoltIS Association

Stefan Cojocaru, Alexandra Galbin, Simona Trofin, Iuliana-Odeta Zăgan, Cătălin Fedor

D.L. B 4552-2019

ISBN 978-84-949582-9-8



Reconocimiento-NoComercial
CC BY-NC



Erasmus+



ÍNDICE

Introducción	4
Método para identificar las competencias	5
Competencias profesionales: áreas de competencias, competencias y micro-competencias	7
Conclusiones	14



INTRODUCCIÓN

El proyecto CAPEvFAIR ha dedicado el *Intellectual Output 5* (de ahora en adelante IO5) a las competencias profesionales. El enfoque de competencias permite mejorar los procesos y la calidad de los servicios, así como incorporar nuevas competencias acordes con la realidad y la revisión de las intervenciones profesionales implementadas con un colectivo específico. Así pues, el presente documento ofrece un marco comprehensivo de las competencias que los profesionales ponen en juego cuando atienden a mujeres y a sus hijos e hijas en situaciones de vulnerabilidad durante el período perinatal.

El marco de competencias se ha elaborado partiendo de una definición común del concepto de **“competencia profesional”** que integra la pluralidad presente entre los participantes del proyecto CAPEvFAIR, incluyendo la perspectiva europea, las dimensiones en las que se desarrolla la atención (social, psicológica, educativa y salud), y el tipo de atención (profesional o voluntaria) que se ofrece al colectivo mencionado con anterioridad. Por este motivo, se ha tomado como documento de referencia para el desarrollo de este marco de competencias el *National Occupational Standards of UK Work with Parents* (2011, p.8) donde se define la competencia profesional desde una visión integral, considerándola como la aplicación de las habilidades, los conocimientos, las prácticas y los valores adecuados para abordar el trabajo con padres y madres, ya sea de manera remunerada o no remunerada¹.

Así pues, entendemos las competencias como el conjunto de habilidades, conocimientos, aptitudes y actitudes que se manifiestan en conductas observables durante la práctica profesional. Para elaborar el marco de competencias que presentamos, inicialmente diferenciamos entre las competencias transversales (aquellas habilidades y conocimientos que se asocian con el desarrollo de diversas áreas de la actividad profesional) y las competencias específicas (aquel conocimiento técnico y aquellas habilidades necesarias para una función concreta, como conocer y utilizar un lenguaje específico e instrumentos y herramientas específicas).

Sin embargo, el trabajo deliberativo realizado entre los miembros del proyecto CAPEvFAIR nos llevó a constatar la necesidad de descender un nivel en la concreción de las competencias para especificar el comportamiento y los recursos que el profesional activa en situaciones específicas de la intervención con mujeres y sus hijos e hijas. Esto es lo que llamamos **micro competencias** (de ahora en adelante MC) o, en otras palabras, las habilidades profesionales necesarias para hacer frente y resolver una situación específica de su trabajo diario.

Nuestra aspiración es que este marco sirva de ayuda a los profesionales en tanto que les oriente sobre qué hacer, qué conocer y cómo hacer en este contexto particular, y además oriente una

¹ *National Occupational Standards*. (2011). *Lifelong Learning Uk. Work with parents*. Disponible en: <http://dera.ioe.ac.uk/2024/1/work-with-parents-nos-jan-2011.pdf>

propuesta de formación. Por lo tanto, la definición de estas competencias es el punto clave para construir un programa de formación que ayude a las personas a desarrollar la conducta necesaria para actuar en el campo de la atención durante el período perinatal en situaciones de vulnerabilidad.

MÉTODO PARA IDENTIFICAR LAS COMPETENCIAS

El IO5 se ha elaborado a través de distintas fases, siguiendo un proceso de investigación acción. Partió de un modelo teórico² que se reconstruyó tomando en cuenta la perspectiva local y europea mediante un proceso sistemático de reflexión con los profesionales que acompañan a mujeres en situación de vulnerabilidad y a sus hijos e hijas durante el proceso perinatal y que han participado en el proyecto CAPEvFAIR. El proceso se ha desarrollado a lo largo del mes de enero de 2016 hasta el mes agosto de 2017 mediante actividades presenciales y trabajo *online*. Las siguientes fases describen el proceso:

1. El enfoque de las competencias transversales y específicas del modelo teórico. Se elaboró un marco teórico fruto de la revisión documental que se representó de forma gráfica en un esquema representando el árbol **de competencias 1**. Inicialmente, el punto de partida incluyó cuatro áreas de competencias (procedimientos de evaluación e intervención, creación y aplicación de planes de acción, construcción de marcos profesionales, y relaciones interpersonales).
2. Reflexión en grupo sobre el modelo teórico desde una perspectiva europea. Como resultado, las competencias transversales y específicas se redefinieron y el árbol de competencias 1 se modificó dando lugar al árbol **de competencias 2**. Se definieron seis áreas de competencias: Construcción de marcos profesionales, creación y aplicación de planes de acción, procedimientos de evaluación e intervención, relaciones interpersonales, habilidades intrapersonales y marco teórico.
3. La validación de las competencias del árbol de competencias 2 mediante una investigación cualitativa que buscaba identificar ejemplos de estas competencias en un servicio específico (**Centro Maternal Antaviana**). Como resultado, las competencias transversales y específicas se reformularon y se amplió cada área de competencias (por ejemplo, área de competencias intrapersonales: gestión emocional, gestión de la cultura de origen y gestión de la historia de vida).
4. La observación y el enfoque de la práctica consensuada para construir las competencias profesionales. Empezamos a identificar MC de las competencias transversales y específicas en dos **Multiplier Event (Actividades de difusión-formación) en Barcelona** con profesionales expertos en el campo de la vulnerabilidad y la perinatalidad desde servicios sociales y de salud. Como resultado, obtuvimos un primer acercamiento a MC derivadas de situaciones profesionales.

² Rodrigo, M.J.;...Ochaita, E. (2015). Guía en buenas prácticas de la parentalidad positiva. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Pg. 27)
Disponible en http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4795



Erasmus+



5. La descripción de situaciones profesionales para identificar MC desde una perspectiva europea (**5ª Learning Week (semanas de aprendizaje) del proyecto de CAPEvFAIR**). Los resultados obtenidos con los profesionales expertos se puso a discusión con los profesionales y académicos del proyecto CAPEvFAIR en un encuentro en Biarritz (FR). Como resultado, se definieron cuatro áreas de competencias: Relaciones interpersonales desde una perspectiva positiva; Habilidades interpersonales; Marco teórico y proceso de evaluación; y Creación y aplicación de planes de acción desde contextos profesionales e institucionales.
6. El trabajo colaborativo en la definición de MC entre los países y la validación final del marco de las competencias. Los acuerdos asumidos en Biarritz se trasladaron a cada organización, y mediante el trabajo on-line se dio forma al marco final de competencias profesionales.

Todo este proceso ha permitido a los integrantes del proyecto CAPEvFAIR construir el marco de competencias profesionales desde una perspectiva europea. El marco de competencias que se presenta tiene en cuenta tres niveles: las áreas de competencias, las competencias en sí mismas, y las MC. Introducir las MC responde a la necesidad de encontrar soluciones prácticas para lidiar con el trabajo diario y ayudar a construir un marco de competencias comprensivo, comprensivo y útil. Su resultado se muestra en la siguiente tabla.



Erasmus+



COMPETENCIAS PROFESIONALES:

ÁREAS DE COMPETENCIAS, COMPETENCIAS Y MICRO-COMPETENCIAS

RELACIONES INTERPERSONALES DESDE UNA PERSPECTIVA POSITIVA		
Relación de resonancia	La capacidad de construir una relación de ayuda que surge de la integración de las resonancias emocionales del profesional al enfrentarse ante a la situación (madre, hijo-hija, padre y díada) en la cual está implicado profesionalmente.	- La habilidad de detectar nuestros afectos con el fin de optimizar el diagnóstico y la intervención profesional. - La habilidad de reconocer y dar nombre a la información que envía el cuerpo (latido cardíaco, sudor) y la información psíquica (emociones). - La habilidad de atribuir significado a los datos emocionales y sensoriales, e identificar resonancias útiles para construir la relación de ayuda. - La habilidad de pensar y actuar basándose en la escucha propia y la escucha al otro e identificar la resonancia que se pondrá en marcha, de forma explícita o implícita.
Comunicación	Saber cómo establecer estilo comunicativo basado en el reconocimiento de la madre como persona.	- La habilidad de estar libre de prejuicios y de ofrecer a la madre una visión positiva. - Tener estrategias de comunicación verbal y no verbal desde el primer encuentro con la madre y su hijo o hija y conocer cómo activarlos. - La habilidad de crear instrumentos y situaciones que permitan a la madre expresar y discutir sus propias perspectivas y creencias. - La habilidad de compartir, transmitir y discutir con la madre el proceso de evaluación de los posibles riesgos de su hijo o hija. - Ser capaz de escuchar activamente el discurso de la madre, detectando las características que serán útiles en el proceso de vinculación materno-filial. - Ser capaz de introducir el niño o la niña a su madre como persona que puede aprender a ser autónoma. - Ser capaz de dar toda la información necesaria. - Ser capaz de aplicar distintas técnicas de entrevistas abiertas (como entrevistas de motivación). - La habilidad de comunicarse mediante el uso de configuración de mediación lingüística cultural.
Negociación	Ser capaz de considerar las diferentes perspectivas (de la madre, el profesional, la institución) en una negociación compartida.	- Conocer y aplicar diferentes estrategias para lograr acuerdos. - Saber cómo transmitir diferentes perspectivas sobre la misma situación. - Saber cómo crear un clima de confianza y respeto hacia la madre para que se sienta segura de sí misma.



Mediación	Ser capaz de facilitar el entendimiento del conflicto entre la madre y otras partes, mediante al reconocer las relaciones de poder y adaptar el enfoque de las intervenciones a cada una de ellas en particular.	- Conocer y aplicar diferentes estrategias para afrontar el conflicto. - Ser capaz de facilitar una comunicación asertiva y no violenta entre dos o más partes. - Saber cómo crear un clima de respeto entre las dos partes. - Ser capaz de liderar y dirigir el diálogo entre las partes para que ambas se sientan legitimadas y reconocidas. - Ser capaz de facilitar que las dos partes lleguen a un acuerdo que favorezca a ambas partes. - Ser consciente de las maneras en que cada profesional se refiere a las dimensiones de poder (propio género, pertenencias geopolíticas e institucionales) cuando se implica en una mediación.
Capacidad de legitimar	Ser capaz de ayudar a la madre a reconocer sus valores y habilidades.	- Ser capaz de reconocer los potenciales de la madre y su hijo o hija y ayudar a desarrollarlos. - Saber cómo aplicar estrategias que activen el proceso de empatía de la madre. - Ser capaz de aplicar diferentes estrategias para ayudar a la madre a reconocer y priorizar las necesidades del niño frente a las suyas propias en situaciones de incompatibilidad (cuando sus necesidades y aquellas de su hijo o hija sean distintas). - La habilidad de ser accesible, receptivo y abierto a responder a las necesidades de la madre y su hijo o hija.
Flexibilidad y creatividad	Ser capaz de adaptar respuestas profesionales de manera creativa, basándose en la situación y las necesidades de la madre y su hijo o hija.	- Ser capaz de proponer una intervención de acuerdo a las necesidades específicas de la madre y su hijo o hija. - Ser capaz de adaptar la intervención según el avance de las necesidades específicas de la madre y su hijo o hija. - Ser capaz de aplicar estrategias creativas en la relación profesional con la madre y su hijo o hija. - Saber cómo diferenciar los ritmos de la madre, del niño o de la niña y los propios como profesional. - Ser capaz de ofrecer a la madre estrategias creativas que favorezcan su relación con su hijo o hija, así como el uso del juego como estrategia. - Saber cómo prevenir la violencia institucional.
Gestión del estrés	Ser capaz de aplicar estrategias y mecanismos de gestión del estrés para prevenir el desgaste.	- Saber cómo identificar la fuente del estrés, ya sea su origen personal o profesional. - Ser capaz de buscar mecanismos de gestión de estrés personal y profesional. - Ser capaz de lidiar con situaciones de estrés resultantes de la intervención profesional (usuario, equipo, institución). - Ser capaz de buscar espacios de atención personal. - Ser capaz de compartir la situación profesional que genera estrés con el equipo profesional.



COMPETENCIAS INTRAPERSONALES

Gestión emocional (Posicionarse uno mismo emocionalmente)	Reconocer, identificar y regular la expresión de las propias emociones.	- Ser capaz de reconocer los propios sentimientos y emociones que pueden ser distintas de los de la madre y su hijo o hija (reconocer la diferenciación). - Ser capaz de reconocer que tenemos nuestra propia representación de maternidad o paternidad según nuestras experiencias, y que esta construcción puede ser diferente para la madre. - Ser capaz de identificar nuestra representación de “feminidad”, nuestro lugar como mujer, nuestra relación con nuestro cuerpo. - Ser capaz de dar tiempo a la madre, pero también a uno mismo. - Saber cómo regular la proximidad emocional en la relación profesional con la madre y su hijo o hija. - Legitimar la propia capacidad de sentirse vivo y sentir emociones.
Posicionarse culturalmente	Ser capaz de tener en cuenta la cultura como clave para el entendimiento, al analizar situaciones concretas.	- Ser capaz de cuestionar aspectos de la cultura propia. - Ser capaz de aceptar y entender la experiencia del choque cultural. - Ser capaz de concebir un acompañamiento que tenga en cuenta múltiples dimensiones como el contexto social, la cultura y también el marco legal, así como todas las diferentes narrativas de las personas que participan (madre, hijo o hija, profesional, familia de acogida, profesional de centro residencial). - Ser culturalmente sensible y abierto: ser capaz de tener en cuenta la diferencia cultural. - Ser capaz de tener en cuenta la cultura como clave para el entendimiento al analizar situaciones concretas. - Ser capaz de dar una lectura geopolítica, histórica, económica y cultural en el análisis y entendimiento de la situación concreta. - Ser capaz de mostrar interés y curiosidad en entender la cultura de la madre y su hijo o hija. - Ser capaz de centrarse en la madre y sus habilidades, no en los prejuicios y mitos culturales.



Posicionarse sobre la propia historia	Conocer y comprender los elementos de la propia historia, como recurso a tener en cuenta en la relación profesional con la madre y el hijo o la hija.	- Ser capaz de aceptar la “verdad” expresada por la madre durante las reuniones. - Dar tanto valor a las palabras y los discursos de la madre como a los de los profesionales. - Ser capaz de detectar y analizar lo que tenemos en juego en las dinámicas relacionales. - Saber cómo permanecer en el equilibrio entre lo que sabe un profesional y lo que siente un profesional. - Saber cómo reconocer el umbral entre la propia historia y la historia de la mujer. - Ser capaz de legitimar la propia capacidad de sentir. - Ser capaz de recordar las palabras de la mujer y las propias palabras durante los encuentros. - Ser capaz de percibir la confusión que el encuentro con la mujer puede generar en el profesional. - Ser capaz de reconocer la necesidad de ser ayudado por otro profesional si el grado de confusión es demasiado alto.
---------------------------------------	---	---



MARCOS TEÓRICOS / PROCESOS DE EVALUACIÓN

Conocimiento de modelos y enfoques profesionales	Saber centrar la intervención en la madre y su hijo o hija, así como en su entorno.	- Ser capaz de cuestionar los propios enfoques profesionales. - Promover la conciencia subjetiva para ayudar a la madre a tener la sensación de que es ella quien está actuando sobre su propia acción, mediante: - o Promover que la madre se cuestione a sí misma. - o Ayudar a la madre a entender su situación. - o Ayudar a enriquecer la perspectiva de la madre. - o Ayudar a la madre a encontrar apoyo en su entorno. - Ser capaz de activar un modo reflexivo de pensar. - Trabajar en relación con la situación e historia de la madre y su hijo. - Ser capaz de reconsiderar la historia de la madre y su hijo en una perspectiva de aceptación, teniendo en cuenta sus recursos y potencialidades. - Ser capaz de actuar desde una perspectiva ecosistémica.
Aplicación de instrumentos y protocolos	Saber cómo utilizar los instrumentos y los protocolos en la intervención con la madre y el hijo o hija.	- Saber cómo analizar la situación de la madre y cómo se pueden aplicar todos los instrumentos. - Ser capaz de escoger el instrumento adecuado a cada momento. - Ser capaz de adaptar los instrumentos a las necesidades y capacidades de la madre y sus hijos e hijas. - Ser capaz de crear nuevos instrumentos cuando sea necesario. - Ser capaz de derivar la madre y su hijo o hija a otros servicios que puedan atenderlos. - Ser capaz de reconocer cuando un instrumento no está funcionando y tomar las medidas necesarias. - Capacidad de compartir instrumentos y protocolos con otros profesionales para optimizar la intervención. - Introducir instrumentos y protocolos en los que la madre pueda participar.


CREAR Y APLICAR PLANES DE ACTUACIÓN / CONTEXTOS PROFESIONALES E INSTITUCIONALES

Identificar conjuntamente necesidades y habilidades	Ser capaz de identificar conjuntamente (la madre y los profesionales) las necesidades de la madre y su hijo o hija.	- Saber cómo recopilar y tener en cuenta la información recibida por otros profesionales y la madre. - Ser capaz de gestionar distintas situaciones con diferentes idiomas para facilitar el acercamiento de la madre. - Saber cómo dar espacio a la madre para que se sienta cómoda a la hora de expresar sus necesidades. - Saber cómo recopilar la misma información desde diferentes puntos de vista (madre, familia, amigos, expertos).
Intervención centrada en la madre y su hijo o hija en su entorno	Saber construir un plan de acción conjuntamente (la madre y los profesionales) según las necesidades de la madre y de su hijo o hija, sus potenciales y teniendo en cuenta su entorno.	- Reconocer a la madre en sus distintos roles (mujer, adolescente, madre, hija). - Ser capaz de crear una relación horizontal. - Ser capaz de permitir a la madre situarse a sí misma en el contexto. - Ser capaz de visualizar con la madre los contextos en los que se encuentra implicada, y estimular/mejorar las relaciones. - Ser capaz de aplicar estrategias de empoderamiento de la madre. - Saber estimular el desarrollo de la habilidad de la madre de expresar libremente sus deseos y opiniones relacionadas con su vida y también con la intervención. - Ser capaz de adaptar los instrumentos y protocolos de la intervención en cada situación.



Erasmus+



Transformación para el cambio	Trabajar en y con: la organización, la cultura de evaluación, la formación continua, la innovación y los procesos de cambio institucional.	- Conocer la cultura de la institución: el mandato, la aplicación de la legislación, los instrumentos, las definiciones de usuarios, las funciones de los profesionales. - Ser capaz de analizar de manera crítica los servicios y de promover buenas prácticas. - Tener una actitud crítica hacia las prácticas institucionales para proponer cambios que puedan responder mejor a las necesidades. - Tener una actitud de debate con los compañeros y responsables del servicio sobre el significado de prácticas institucionales. - Tener en cuenta la interculturalidad en la institución (las diferencias en la definición de violencia, el concepto de protección, maternidad...). - Saber trabajar en equipo. - Saber cómo discutir con “el usuario experto” o “experto informal” documentación e instrumentos para la mejora. - Producir y compartir documentación del trabajo profesional. - Saber dialogar con instituciones políticas para producir cambios en la normativa y en el marco de trabajo institucional a fin que tenga en cuenta la voz de las personas atendidas y de los profesionales. - Saber dialogar con instituciones políticas para compartir con ellos los progresos sobre la práctica profesional. - Ser capaz de promover la investigación acción en la institución.
Coordinación con otros servicios	Ser capaz de crear colaboraciones y sinergias con otros profesionales, servicios y organizaciones.	- Conocer las redes y los recursos (incluyendo los no formales) en el contexto. - Ser capaz de identificar y compartir entre profesionales todos los recursos disponibles para la madre (incluyendo el apoyo informal) con el fin de involucrarlos en la intervención. - Ser consciente de las acciones del servicio y sus límites. - Ser capaz de favorecer una visión global que incluya diferentes puntos de vista y no fragmentar la historia de la madre. - Ser capaz de desarrollar un método para trabajar con una red profesional (compartiendo objetivos, métodos de comunicación, protocolos de acción, definición de situaciones...).



Erasmus+



CONCLUSIONES

Para concluir, nos gustaría destacar algunas observaciones de este *Intellectual Output*:

- Las competencias y MC responden al ámbito social en interacción con otros sectores como el de salud. El marco de competencias profesionales puede entenderse como una referencia básica para adaptar la intervención a la complejidad que experimenta la mujer y sus hijos e hijas durante el período perinatal en situaciones de vulnerabilidad.
- El uso de la metodología de investigación acción durante los encuentros en este proyecto (por ejemplo, semanas de aprendizaje, actividades de difusión-formación, o entrevistas a profesionales) y el trabajo online han permitido construir la propuesta del “Marco de competencias” y MC en una espiral de validación del mismo.
- El propio proceso de investigación acción ha permitido a los participantes desarrollar la competencia reflexiva y transformar su forma de ver y entender su trabajo. El proceso también presenta la necesidad de discutir los criterios con los profesionales que trabajan las mismas situaciones, pero en diferentes contextos.
- El enfoque colaborativo desarrollado con profesionales y académicos de diferentes países europeos, permite combinar la perspectiva local con las perspectivas europeas, así como caracterizar los distintos contextos de intervención.
- Haber definido las áreas de competencias, las competencias y las MC ha ayudado a construir un marco de competencias profesionales comprensivo, comprensivo y útil para desarrollar la formación en este campo específico. Supone el principio de la mejora de la acción profesional y la introducción de mejoras en el enfoque de la práctica.



Cofinancé par le
programme Erasmus+
de l'Union européenne

*Cette communication n'engage que son auteur et la Commission n'est pas responsable de l'usage
qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.*

©capeVfair -2017

COMPETENCIAS PROFESIONALES

LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA LA ATENCIÓN DURANTE EL PERÍODO PERINATAL EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD

AUTORES

NURIA FUENTES-PELÁEZ, CRESCENCIA PASTOR, MARÍA CRUZ MOLINA GARUZ, AÏDA URREA, LLUÍS MARCH, ANA BALDERO

CO-AUTORES

NURIA FUENTES-PELÁEZ, CRESCENCIA PASTOR, MARÍA CRUZ MOLINA GARUZ, AÏDA URREA, EDUARD VAQUERO, AINOA MATEOS, M^a ÁNGELES BALSELLS, ANNA MUNDET, SARA PÉREZ, LLUÍS MARCH, ANA BALDERO, ROSANNA CIMA, CHIARA SITÀ, MARIA LIVIA ALGA, ELENA MIGLIAVACCA, DANIELA COJOCARU, STEFAN COJOCARU, ALEXANDRA GALBIN, SIMONA TROFIN, IULIANA-ODETA ZĂGAN, CĂTĂLIN FEDOR, ANNE-MARIE DOUCET-DAHLGREN, STÉPHANIE DESTANDAU, MATHILDE BAREILLE, CHRISTIANE EXPERT, RICHARD THIBAUT, CHANTAL HIRIART, ANDREA DE MINGO IZQUIERDO, ANNE DEYZIEUX, MAYLIS ETCHART, PIERRE LAVIGNASSE, LÉONIE JAMES



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union





Erasmus+



INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DE LA VULNERABILIDAD DE MADRES E HIJOS DURANTE EL PERÍODO PERINATAL

AUTORES

Rosanna Cima, Chiara Sità, Elena Migliavacca, Maria Livia Alga

CO-AUTORES

Stéphanie Destandau, Chantal Hiriart, Christiane Expert, Richard Thibaut, Léonie James, Anne-Marie Doucet-Dahlgren, Nuria Fuentes-Peláez, Crescencia Pastor, M^a Ángeles Balsells, María Cruz Molina Garuz, Anna Mundet, Lluís March, Anna Baldero, Daniela Cojocar, Stefan Cojocar, Alexandra Galbin, Simona Trofin, Iuliana-Odeta Zagan



Erasmus+



Autores

Rosanna Cima, Chiara Sità, Elena Migliavacca, Maria Livia Alga

Co-autores

Association Caminante

Stéphanie Destandau, Chantal Hiriart, Christiane Expert, Richard Thibaut, Léonie James

Université Paris Ouest-Nanterre La Défense

Anne-Marie Doucet-Dahlgren

Università di Verona

Rosanna Cima, Maria-Livia Alga, Chiara Sità

Comune de Verona, Casa di Ramia

Elena Migliavacca

Universitat de Barcelona, GRISIJ

Nuria Fuentes-Peláez, Crescencia Pastor, M^a Ángeles Balsells, María Cruz Molina Garuz, Anna Mundet

Eduvic

Lluís March, Ana Baldero

Universidad Alexandru Ioan Cuza de Iași

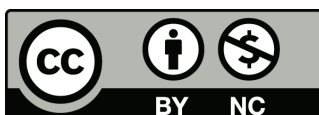
Daniela Cojocaru

HoltIS Association

Stefan Cojocaru, Alexandra Galbin, Iuliana-Odeta Zagan, Simona Trofin

D.L. B 4550-2019

ISBN 978-84-949582-7-4



Reconocimiento-NoComercial

CC BY-NC

ÍNDICE

Evaluación de la vulnerabilidad	4
A) Características de esta etapa	4
B) Principales modelos y enfoques de evaluación.....	6
Los enfoques participativos	6
Evaluación como práctica reflexiva	7
Evaluación de las competencias parentales de la madre.....	7
Enfoques derivados de teorías ecológicas: la necesidad de cuestionar el contexto.....	9
Enfoque multidisciplinario	11
C) Análisis de los instrumentos para destacar complementariedad y diferencias	11
¿Dónde se evalúa la vulnerabilidad?	12
¿Quién evalúa?	13
¿Qué se evalúa?	16
¿Cómo se evalúa?	19
D) Algunas conclusiones.....	22
E) Bibliografía	23



EVALUACIÓN DE LA VULNERABILIDAD

Resumen

Este texto es el resultado de un trabajo colectivo entre cuatro equipos de profesionales de distintas nacionalidades en la combinación entre la práctica profesional y las perspectivas teóricas.

El documento pretende resaltar los diferentes objetos y marcos teóricos involucrados y analizar su complementariedad y diferencias mediante el análisis de los instrumentos para la evaluación de la vulnerabilidad que cada equipo ha adoptado durante la práctica profesional.

El documento está dividido en las siguientes secciones:

- a. Las características de esta etapa en la complejidad del proyecto CAPEvFAIR
- b. Los principales modelos y enfoques de evaluación incluidos en las diferentes herramientas
- c. El análisis de los instrumentos con el fin de destacar diferencias y complementariedad
- d. Descripción de los instrumentos
- e. Referencias bibliográficas para explorar algunos aspectos de los procesos de evaluación de la vulnerabilidad.

¿Cómo utilizar el texto? La lectura puede ser útil:

- Ya que proporciona algunos recursos para la evaluación de la vulnerabilidad en distintos contextos;
- Al ayudar a cuestionar reflexivamente los propios proyectos para profundizar en la complejidad de las evaluaciones de vulnerabilidad, por lo que a lo largo del documento se desarrollan diferentes aspectos para la reflexión individual o en equipo del profesional.

A) CARACTERÍSTICAS DE ESTA ETAPA

Definimos «evaluación» como cualquier instrumento, práctica o estrategia utilizada para analizar y entender la vulnerabilidad durante todas las etapas de la intervención (al principio, durante la intervención, en momentos precisos, al final, etc.).

En el proceso de intervención cíclica que se examina en este proyecto, y especialmente en el diagrama 1, la etapa de evaluación representa un largo tramo del proceso de acompañamiento, y tiene algunas conexiones específicas con cada una de las otras acciones.

Definición

Con respecto a la definición de vulnerabilidad: los intercambios entre países sobre la definición de vulnerabilidad han mostrado la complejidad que encierra tal concepto, y los múltiples niveles en los que consiste. Por lo tanto, si la clasificación de los diferentes tipos de evaluación que actualmente encontramos en la literatura científica (evaluación del servicio, de las competencias parentales, de la vulnerabilidad de los hijos) resulta efectiva, no será suficiente para la evaluación del proceso de los actores de la intervención tanto individualmente como en sus relaciones.

Los instrumentos que nosotros analizamos aquí se refieren a todos los aspectos de esta definición. Concretamente, podemos afirmar que la mayoría de los instrumentos pretenden evaluar la vulnerabilidad manifestada mediante las narraciones de las personas usuarias y la relación entre éstas y los profesionales. Sin embargo, algunos de estos aspectos señalan y evalúan deliberadamente la vulnerabilidad profesional e institucional.

Diagnóstico

Con respecto al diagnóstico de la vulnerabilidad, la evaluación consiste en un análisis profundo de los actores, contextos y procesos.

Acompañamiento

Con respecto al acompañamiento: comprender y analizar la vulnerabilidad es una actividad estrechamente conectada con las prácticas y métodos de acompañamiento; de hecho, entre los elementos a evaluar, a menudo encontramos el mismo proceso de acompañamiento a partir de la consecución o no de los objetivos de la intervención. En esta fase, la evaluación ayuda a encontrar maneras de readaptar el acompañamiento a las mujeres, a las familias, tomando decisiones sobre el enfoque de los servicios según el desarrollo y el mejor interés de los hijos.

¿Qué se conoce sobre la situación del vínculo madre-hijo? ¿Qué no se conoce? ¿Qué informaciones y perspectivas pueden ayudarnos a construir una mejor relación entre personas usuarias e intervención? ¿Debería reorientarse el acompañamiento familiar? ¿Cuáles son las propuestas para las madres para los intereses del niño y su desarrollo?

En general, la superposición de los instrumentos de diagnóstico, evaluación y acompañamiento está basada en la idea de que el conocimiento y la actividad no son separables, y que la evaluación representa por sí misma una forma de intervención.



Diagrama CAPEvFAIR

B) PRINCIPALES MODELOS Y ENFOQUES DE EVALUACIÓN

¿Cuáles de los enfoques teóricos y metodológicos pueden ser convenientes para una comprensión más adecuada de las situaciones de vulnerabilidad de este colectivo? ¿Cómo evaluar el proceso dinámico de acompañamiento?

De ahora en adelante, evidenciamos algunos enfoques que están presentes en la mayoría de instrumentos que se presentan en este documento:

Los **ENFOQUES PARTICIPATIVOS** cuestionan la especialización de la evaluación: **¿quién evalúa?** **¿Con quién evaluar** para contrastar la experiencia vertical del profesional? (Donnet-Descartes et Dujardin, 2012).

Estos métodos participativos conceden un papel activo en la evaluación a las personas usuarias, considerándolas experimentadas e involucrándolas en la producción y comunicación de sus conocimientos; además, ponen las bases para una relación de reconocimiento y confianza mutuos, lo que podría facilitar la participación real y no formal de los sujetos en distintos contextos socioeducativos en los que se involucran; y por último, demuestran la capacidad de facilitar el acceso a su “voz”, ya que permiten a las madres y a sus hijos ganar más protagonismo y control en el proceso de evaluación en lugar de ser sólo “objetos” de evaluación.

Para ello, es útil compartir con todos los actores involucrados en el proceso de evaluación la definición de los criterios de eficacia, éxito y conveniencia de los resultados esperados. La objetividad del profesional, por lo tanto, corresponde a un sesgo consciente de su punto de vista, una conciencia de su propia imaginación y resonancias generadas por el encuentro con la persona usuaria. Después de haber destacado la drástica separación entre sujeto (el que conoce) y objeto (el que tiene que

conocerse), la división entre una posición objetiva y una subjetiva, los profesionales son llamados a adoptar **métodos intersubjetivos y adecuados para promover la dimensión experiencial y prestar atención a las acciones cotidianas de cada uno y sus significados.**

Según esta perspectiva, la evaluación es ya una forma de intervención que puede promover la voluntad de los sujetos y, por lo tanto, produce una mejora de la autoconciencia y tiene en cuenta las discriminaciones que limitan las posibilidades de las mujeres.

Considerando la vulnerabilidad de las mujeres e hijos, la maternidad y la protección de sus hijos, podría ser eficaz adoptar una perspectiva feminista (Humphries, 1999, en Shaw) que reconoce que el *“conocimiento es el resultado de un compromiso con la lucha intelectual y política para desafiar los puntos de vista dominantes o considerados naturales e inaccesibles para los grupos oprimidos”* (Humphries 1999: 152 en Shaw 1999).

En la práctica profesional, esta postura intelectual conlleva:

- la mejora del conocimiento de las mujeres no puede ser considerado una habilidad;
- teniendo en cuenta la experiencia de las mujeres en esta problemática: el concepto “experiencia” necesita ser cuestionado desde un contexto histórico específico, en una red de relaciones diferentes, marcada por múltiples niveles de poder y diferenciación. Por ejemplo, nos permite explorar cómo ser mujer y madre en las limitaciones de los grupos sociales a los que pertenecemos, y cuestionar el papel de los servicios sociales y de salud en la producción y reproducción de los modelos sociales femeninos que influyen expectativas profesionales sobre la imagen de la «buena madre».

Un enfoque participativo en el proceso de evaluación puede generar “conocimiento transformativo” para aquellos involucrados directamente (profesionales y personas usuarias), que pueden adquirir una nueva conciencia de sí mismos y de la vulnerabilidad en la vida social.

EVALUACIÓN COMO PRÁCTICA REFLEXIVA: la evaluación es el componente clave de la práctica profesional. Dulle y Mullender sugieren no considerarla una etapa en sí misma, ajena a la rutina de trabajo o fragmentaria, sino holística, capaz de desarrollarse en un proyecto orgánico que ayuda a profesionales a empoderar sus relaciones (Dulle y Mullender, en Shaw 1999).

EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PARENTALES de la madre

Algunos de los instrumentos tratan con la evaluación de las competencias parentales. ¿Qué dinámicas cognitivas, emocionales y relacionales nos dan información de la interacción entre madres e hijos?

El vínculo materno-filial es el centro de una recopilación de información que no está basada en un sólo modelo, sino que muestra múltiples epistemologías.

1. El primer grupo de modelos se centra en el perfil socio-cognitivo y emocional de la madre: competencias críticas, parentales, representativas, gestión de conducta, mundo interior,



patrones de apego, estilos emocionales, relación con la infancia y las figuras parentales y trastornos afectivos, interacciones con el mundo exterior y fuerza para cambiar.

2. El segundo grupo de modelos contempla las competencias parentales mediante la observación de signos y conductas.
3. El tercer grupo, los modelos de evaluación basados en la **práctica familiar**: reconocer a las familias como sujetos de prácticas familiares (Morgan, 2011). Dentro de este enfoque, la cuestión es cómo identificar un conjunto de instrumentos que nos permita acercarnos de la forma más adecuada a la base de la experiencia familiar, formada por prácticas íntimas, construcción de significados y culturas familiares, mostrando estrategia, mente abierta y compromiso o desconfianza y bloqueo frente al mundo (Sità, 2014).

En los modelos más recientes, la evaluación de las competencias parentales ha evolucionado hacia la idea más amplia de análisis de respuestas parentales. De hecho, las llamadas competencias parentales son el producto emergente de un complejo sistema de factores individuales, relacionales y ecológicos. El enfoque ecológico-sistémico nos recuerda que la protección infantil no sólo está relacionada con las acciones de los padres sino con la competencia (de los padres, de otros actores o del sistema ecológico) para conocer las necesidades básicas del niño. La paternidad es un conjunto de funciones dinámicas (Bornstein): eso significa que ser padre no es una función monolítica, sino que un padre puede responder adecuadamente a ciertas necesidades del niño, y pedir ayuda a otros actores para encontrar recursos para otras funciones parentales (Lacharité et al., 2006). En esta concepción compleja de la paternidad, White (2005) nos recuerda que en la evaluación de las competencias parentales no se puede considerar un sólo factor (por ejemplo adicción, enfermedad psiquiátrica, etc.) como predictor de competencia parental.

En cuanto a la evaluación no sólo como proceso de verificación, medición o control, la evaluación de las prácticas de las competencias parentales y las relaciones de la madre con sus hijos se basa en los siguientes principios:

- conceptos como “rol” y “competencias” no parecen ser suficientes para describir y analizar la maternidad. El uso de conceptos como “dinámica” y “proceso” nos permite **imaginar a la madre no sólo como portadora de roles y funciones**, sino como mujer que cada día inventa la realidad. “Los servicios socio-educativos que usan instrumentos para acceder a las perspectivas internas de las personas usuarias, ponen las bases para las intervenciones participativas, capaces de comprometer a las personas usuarias con sus caminos en la vida y las relaciones familiares” (Sità, 2014);
- desde un punto de vista sistémico, un sujeto no es competente por sí mismo, sino que gana competencia gracias a un entorno junto a sus procesos interpersonales. “En lugar de pensar en la competencia de la madre de manera singular, resulta útil **pensar en términos de competencias colectivas como resultado de la coordinación, de la sinergia**. La competencia y la falta de competencia nacen en un entorno y unas relaciones concretas (Formenti, 2008);

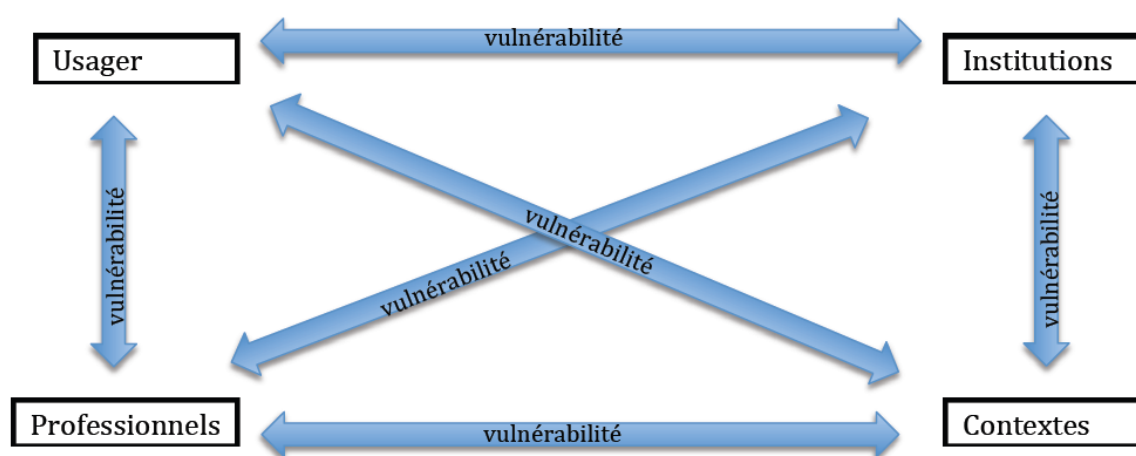
- para evitar caer en un proceso que provoque un maltrato institucional (Cima, 2009), los profesionales deben ser conscientes del uso de categorías parciales de evaluación que sean etnocéntricas o centradas en su propio modelo cultural.

La evaluación se refiere a varios modelos y epistemologías. Los diferentes enfoques son un conjunto complejo de observaciones que no se excluyen mutuamente, pero que sólo combinadas de forma equilibrada pueden conducir a una mejor comprensión de las situaciones de vulnerabilidad. Cada modelo tiene sus ventajas y limitaciones. Las **ventajas** son la habilidad de nombrar y hacer visibles, especialmente a los propios padres, problemáticas que generan sufrimiento y obstaculizan el desarrollo. Las mayores limitaciones son; la dificultad de entender el significado de las conductas observadas desde fuera y las limitaciones inherentes al fotografiar un proceso dinámico y contextual por naturaleza.

Además, estos enfoques exploran competencias sociales, cognitivas, emocionales y psicosociales sin entrar en aspectos contextuales. La cuestión, entonces, no sólo es “**cómo evaluar competencias parentales**” sino “**bajo qué condiciones los padres aprenden a reconocerse a sí mismos como tales y a actuar en consecuencia**” (Formenti, 2008).

ENFOQUES QUE SE DERIVAN DE TEORÍAS ECOLÓGICAS: la necesidad de cuestionar el entorno.

Al definir la vulnerabilidad, observamos que todos los individuos involucrados en una situación de vulnerabilidad y su cuidado mantienen una relación bidireccional con el entorno en el que viven. Por lo tanto, es necesario preservar la sensibilidad al entorno o al conjunto de relaciones y afiliaciones institucionales y socio-afectivas de cada sujeto.



Evaluación de la vulnerabilidad en la relación entre la persona usuaria y entorno: el factor clave es la comprensión crítica de la realidad social, condiciones de injusticia y relaciones de poder con el fin de inducir a los individuos a acciones que permitan la protección de su dignidad.



Con respecto a la condición de los hijos, el *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (2000) afirma que la comprensión de un niño debe ser situada dentro del entorno de su familia (padres o cuidadores y familia extensa) y de la comunidad y cultura. La evaluación, por lo tanto, debe tener en cuenta tres dominios:

1. Las necesidades de desarrollo del niño;
2. Las capacidades de los padres o cuidadores para responder adecuadamente;
3. La familia extensa y los factores ambientales.

La interacción entre los tres dominios y la forma en que se influyen entre sí debe analizarse cuidadosamente con el fin de obtener una imagen completa de la necesidad no satisfecha del niño y cómo identificar la mejor respuesta (*Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*, 2000).

Evaluación de la vulnerabilidad en la relación entre profesional e institución

Los profesionales son parte de las instituciones y pertenecen a categorías profesionales. Estos vínculos y limitaciones son una importante fuente de información y recursos, alimentan la identidad del profesional y merecen ser consideradas aparte en los procesos de evaluación, pues se espera que los profesionales tengan referencias claras de las leyes existentes y protocolos aprobados y los respeten.

Los riesgos pueden ser:

- Cuando el profesional no consigue llevar a cabo una conciliación correcta entre las normas y la situación de la persona usuaria, pueden surgir **efectos de una victimización secundaria** (Cima, 2009). En esta situación, la institución ya no protege, sino que tiende a reproducir dinámicas perjudiciales para aquellos que ya se encuentran en una situación socialmente vulnerable. A la hora de gestionar casos complejos, las normas y protocolos aprobados son una importante fuente de información y punto de referencia. Sin embargo, su uso sin tener en cuenta a la persona y su entorno puede conducir a un “maltrato teórico”.
- El concepto de “**maltrato teórico**” fue desarrollado por el psicoterapeuta Françoise Sironi (2003). Se ha adaptado su definición al proyecto CAPEvFAIR. El concepto de maltrato teórico “se usa para caracterizar, por un lado, la inadecuación de las teorías con las que se conceptualizan los problemas de las personas usuarias y, por el otro lado, la inadecuación de las prácticas con las que los profesionales intentan tratar a los beneficiarios usando sus instrumentos disciplinarios. (...) El maltrato teórico surge en entornos específicos, especialmente en las interfaces entre diferentes mundos culturales. Tiene consecuencias directamente visibles no sólo en las personas usuarias, sino también en los profesionales. El cinismo profesional y el agotamiento pueden analizarse a partir de esta idea” (Sironi, 2003).

Además, debemos tener en cuenta las condiciones precarias de trabajo (contratos y carga de trabajo) que pueden tener un impacto en la calidad de la atención. Este último aspecto fue destacado principalmente por los profesionales de Italia y Rumanía.

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

Con el fin de convertirse en un instrumento eficaz de análisis y comprensión de la vulnerabilidad, el proceso de evaluación debe caracterizarse por:

- flexibilidad a la hora de combinar diferentes enfoques de evaluación, cuantitativos y cualitativos;
- ser multidisciplinario, es decir, que se observe la familia desde distintas perspectivas: antropológicas, socio-políticas, pedagógicas y médicas;
- integración entre investigación, evaluación e intervención social con el fin de establecer un proceso cíclico de información-acción-reflexión.

C) EL ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS CON EL FIN DE DESTACAR DIFERENCIAS Y COMPLEMENTARIEDAD

Empezando por estos enfoques teóricos y las preguntas a las que conducen, la siguiente sección propone un análisis de las herramientas que cada país utiliza en sus prácticas profesionales. Se pidió a cada país reflexionar sobre su trabajo diario y describir los principales instrumentos de evaluación respondiendo a las siguientes preguntas: quién evalúa, dónde, qué y cómo.

Disponemos de una heterogeneidad de instrumentos dada la diversidad de contextos involucrados en este proyecto. El denominador común de la vulnerabilidad de las mujeres durante el período perinatal abarca todos los instrumentos, centrándose en los grupos sociales objetivo de cada país: madres adolescentes, madres migrantes, prostitutas y, a menudo, víctimas de trata, mujeres/madres y sus hijos que viven en situaciones de pobreza y madres con problemas de abuso de sustancias. Si la especificidad de las prácticas de evaluación con cada grupo objetivo es innegable, el esfuerzo de este análisis nos lleva a enfatizar los aspectos comunes y multifuncionales de prácticas muy similares.

Sobre todo, estos análisis resultan útiles para proponer cuestiones y reforzar el trabajo reflexivo de los profesionales: ser capaces de comparar diferentes respuestas elaboradas en distintos entornos nos permite retomar nuestra vida diaria con una mirada renovada y otras posibilidades.



Erasmus+



¿DÓNDE SE EVALÚA LA VULNERABILIDAD?

	Centro de Madres e Hijos	Centro externo de Salud Mental de Niños y Jóvenes	Oficina del trabajador social	Espacios semi-formales
Video-intervención (España)	X (bajo tutela de la Administración)	x		
Informe de seguimiento tutorial (España)	X		x	
Carpeta tutorial (España)	X		x (en red con instituciones socioeducativas)	
Índice de severidad de Adicción (Francia)	X		X	
El cuaderno de las interacciones madre-hijo (Francia)	X		x	
Formulario de identificación de riesgo (Rumanía)	X		X (en red con instituciones socioeducativas)	
Investigación social (Rumanía)			X (en red con instituciones socioeducativas)	
Informe de Evaluación Inicial (Rumanía)			x (en red con instituciones socioeducativas)	
Guía para singularizar y recopilar datos sobre la vida cotidiana y el historial personal (Italia)				x Centro intercultural de mujeres (que también es la oficina de la trabajadora social)
Guía para singularizar y recopilar datos sobre el desarrollo de una sensación de vulnerabilidad (Italia)				x Centro intercultural de mujeres (que también es la oficina de la trabajadora social)
Instrumento para valorar la vulnerabilidad (Italia)	X		x	

En la mayoría de casos, la evaluación se lleva a cabo en **espacios de proximidad entre personas usuarias y profesionales**, en un creciente espectro de proximidad que incluye centros especializados, oficinas y, especialmente, los **lugares donde se alojan las madres y sus hijos**. Así se encuentran varios grados de institucionalización: en algunos casos, las mujeres pueden acceder al servicio sólo después de un informe expedido por la autoridad pertinente; en otros casos, el acceso es más flexible. El último caso es más frecuente para organizaciones asociativas que forman parte de la red de servicios sociales. En este caso, el acceso de las mujeres es libre y no se requiere un horario. Estos espacios semi-formales necesitan ser gestionados por un trabajador social o un profesional con aptitudes de liderazgo de grupo. Representan el “tercer” sector entre instituciones y personas usuarias.

La adopción de instrumentos de evaluación sensibles al entorno, conducen a decisiones cuidadosas sobre lugares de alojamiento de las madres y sus hijos, basándose en la **centralidad de la vida cotidiana**. En esta perspectiva, los instrumentos se agrupan en dos ejes:

- La evaluación se centra en la **observación de la vida cotidiana** (comidas, cuidado personal...) por profesionales especializados con el consentimiento de la madre.
- La evaluación se centra en el **informe personal de la madre sobre su vida cotidiana**.

El análisis de los instrumentos de evaluación también muestra un gran valor otorgado a la conexión con centros especializados externos y la red de servicios sociales confirmando, de esta manera, la estructura multidisciplinaria de la evaluación.

¿QUIÉN EVALÚA?

	Centro de Madres e Hijos	Centro externo de Salud Mental de Niños y Jóvenes	Oficina del trabajador social	Espacios semi-formales
Video-intervención (España)	x	X	x	x
Informe de seguimiento tutorial (España)				
Carpeta tutorial (España)	x	x (con el director del centro)		
Índice de severidad de Adicción (Francia)	x escala de autoevaluación			x

	Centro de Madres e Hijos	Centro externo de Salud Mental de Niños y Jóvenes	Oficina del trabajador social	Espacios semi-formales
El cuaderno de observación de las interacciones madre-hijo (Francia)		X Un profesional, o dos observadores que confrontan en un segundo tiempo sus observaciones	x	
Formulario de identificación de riesgo (Rumanía)	x Cumplimentado con la familia	X		en colaboración con especialistas que se ponen en contacto con el niño (médico general, profesores, asistente médico, sacerdote, especialistas de ONGs, policía, mediador escolar)
Investigación social (Rumanía) Informe de Evaluación Inicial (Rumanía)		X		
Guía para singularizar y recopilar datos sobre la vida cotidiana y el historial personal (Italia)		X		
Guía para singularizar y recopilar datos sobre el desarrollo de una sensación de vulnerabilidad (Italia)		X		
Instrumento para valorar la vulnerabilidad (Italia)	x	X	x	x supervisor etnoclínico

¿Qué “voces” se escuchan eficazmente durante el análisis y la comprensión de la situación de una madre y un hijo/hija? La evaluación es un **proceso de observación múltiple** que involucra a un número variable de actores. Todos los instrumentos considerados intentan superar el dualismo profesional-persona usuaria en el proceso de evaluación a favor de una representación compuesta

de puntos de vista diversificados. Este tipo de evaluación, que es a menudo un tipo de investigación llevada a cabo por el trabajador social (**investigación social**), puede conducir a la composición de un **informe/registro global** capaz de mostrar continuidad en la atención de cada madre en distintos entornos involucrados.

¿Qué asimetrías de esta dinámica entran en juego en la relación entre profesionales y personas usuarias? Primero de todo, un papel importante lo desempeña el conocimiento de los profesionales del hecho que ocupar una posición donde se estudian y definen los problemas y necesidades de otros representa una forma de poder; incluso preservando una distinción de función, es importante que los profesionales estén dispuestos a divulgar y socializar esta forma de poder tanto en la oferta como en la evaluación de los servicios. En este sentido, la pregunta es: ¿cómo configuran, las madres, el niño y los profesionales, las relaciones entre normas de interacción (distribución de la posibilidad de hablar, poder de definición, idiomas en uso) y las prácticas educativas y de evaluación en proceso? (Sità, 2014).

¿Cómo influyen las interacciones entre madres, hijos y profesionales, las prácticas educativas y evaluativas? Algunos profesionales sostienen que es necesario renunciar al poder de interpretación, rechazar hablar en el lugar del otro, comprender el punto de vista del interlocutor, **la realidad de la persona usuaria desde su punto de vista**, registrar factores importantes en su historial personal, estar situado en el registro de resonancia: dentro de los límites de lo posible, es muy importante reiniciar la conversación desde lo que sentimos o pensamos. Durante la entrevista, la mujer comparte su interpretación personal del proceso de atención, para identificar y elaborar las condiciones de bienestar en contraste con aquellas de vulnerabilidad. Éste, es un proceso de conocimiento.

En algunos instrumentos, la relación entre personas usuarias y profesionales se define como “participativa”, y los procesos definidos como “co-valoración” se llevan a cabo mediante la verificación del progreso, las transformaciones y los objetivos con la madre. Siempre pedimos a la madre el consentimiento para grabar el proceso, vemos los vídeos con ella y los comentamos en presencia de especialistas.

Definir los procedimientos de evaluación depende de cada profesional y cada situación; **¿cuáles son los factores que, en el entorno de trabajo, determinan o no la necesidad de pedir el consentimiento de la madre para utilizar algunos de los instrumentos?** ¿Cuál es el significado de “objetividad” en la evaluación? Una vez la madre es consciente de ser observada juntamente con su hijo, ¿qué tipo de procesos performativos o de inhibición emocional pueden observarse?

En todos los casos, el respeto por la privacidad de las personas usuarias se considera fundamental.

- En algunos casos específicos (*ASI: Addiction Severity Index* - Índice de Severidad de Adicción), como la evaluación de situaciones con respecto a problemáticas de adicción, surge la necesidad de separar la esfera de la evaluación de la dimensión de la vida cotidiana: por eso, se involucra un experto externo en la intervención. Puede resultar complicado para el profesional y la persona usuaria verse obligados a compartir problemas personales y, al mismo tiempo, a compartir la vida diaria (de forma consciente o inconsciente, la mujer puede

sentir rabia contra el profesional que tiene esta información sobre su vida que perjudique la relación con los cuidadores).

- En la mayoría de los casos, son los trabajadores sociales los que llevan a cabo las prácticas de evaluación. En los casos de intervenciones en espacios semi-formales, es posible que no sólo se involucren profesionales (trabajadores sociales, mediadores culturales...), sino también no profesionales. Los actores no profesionales pueden ser, por ejemplo, personas de la misma comunidad lingüística que las madres, personas que ofrecen un apoyo informal a la madre y al niño, etc. La co-presencia de mujeres puede abrir la posibilidad de un proceso de evaluación complejo y flexible, y reproduce un entorno amplio de “co-maternidad”, donde se apoya a la madre en la construcción y expresión de su competencia maternal.

¿QUÉ SE EVALÚA?

	Centro de Madres e Hijos	Centro externo de Salud Mental de Niños y Jóvenes	Oficina del trabajador social	Espacios semi-formales
Video-intervención (España)	poner la atención en aspectos positivos	x	x	x
Informe de seguimiento tutorial (España)				
Carpeta tutorial (España)	x	x	x	x
Índice de severidad de Adicción (Francia)				
El cuaderno de las interacciones madre-hijo (Francia)	x Competencias parentales en relación a: la seguridad, el afecto, la estimulación, la supervisión y la estabilidad)	x	x	X



	Centro de Madres e Hijos	Centro externo de Salud Mental de Niños y Jóvenes	Oficina del trabajador social	Espacios semi-formales
Formulario de identificación de riesgo (Rumanía)				
Investigación social (Rumanía) Informe de Evaluación Inicial (Rumanía)				
Guía para singularizar y recopilar datos sobre la vida cotidiana y el historial personal (Italia)			x	x
Guía para singularizar y recopilar datos sobre el desarrollo de una sensación de vulnerabilidad (Italia)				
Instrumento para valorar la vulnerabilidad (Italia)				

Los procesos de evaluación recopilan datos de la vulnerabilidad y la gestión del vínculo madre-hijo. Esta información es sobre todo cualitativa, aunque también cuantitativa, puesto que son difíciles de medir (existe, sin embargo, un intento de cuantificar el uso de cuestionarios con escalas, números o signos de + y -), y se pueden recopilar en forma de imágenes o historias, conversaciones o grabaciones.

Habitualmente, la información se clasifica en dos categorías: **objetiva/verificable** (ensayos biológicos/expediente clínico) y **subjetiva** (habla de la vida de la persona usuaria desde su punto de vista). Cualquier instrumento de evaluación tiene en cuenta la salud de la madre y del niño. Cabe destacar que esta clasificación es especialmente apropiada cuando la madre sufre una enfermedad específica. Más generalmente, si el profesional cede su rol de poder, modelos implícitos (como “una



buena madre”) que están en juego, pueden ser un obstáculo para el proceso de co-construcción entre profesionales y la madre involucrada: “los dos niveles «autodefinición» y «ser definido por los demás» se intercalan continuamente. Por ejemplo, ser padre no es inherente al reconocimiento social de padre, como muestra Delens Ravier (2003) en su investigación sobre familias que han experimentado la separación de sus hijos por motivos de protección. Estos padres y madres, aun ser evaluados en algunos casos como carentes de atención al niño, cuando tiene lugar la separación, sufren trastornos de identidad que el autor, con buenas razones, conecta al hecho de que ser padre y ser reconocido como padre (incluso de forma inadecuada) es un anclaje de identidad esencial para estos adultos que, en un momento dado de su vida dejan de ser padres, en el sentido de no ser reconocidos y tratados como padre, pero que siguen sintiéndose tales.

Este caso, como otros menos dramáticos, muestra eficazmente como los servicios (alojamiento, apoyo, formación, evaluación, documentación sobre familias) son una parte activa de la dialéctica entre el interior y el exterior que constantemente involucra cada familia. Esta exposición al mundo es especialmente visible en algunas transiciones y algunos pasos institucionales (como el nacimiento en el hospital, la inscripción en el registro civil, la primera relación con los pediatras, con profesores, etc.), pero también resulta una parte integrante de cada relación que los servicios mantienen con las familias. Presentarse, explicarse (o no hacerlo), preguntar qué opinan las personas usuarias de los profesionales, buscar un feed-back sobre ser padre, o incluso que un niño se exprese (a través de historias o juegos) sobre su familia, son acciones que construyen una base firme sobre la que la relación entre padres y profesionales entra en juego” (Formenti, 2008).

El **trabajo intersubjetivo** permite alcanzar una profunda comprensión de la situación de vulnerabilidad:

- sobre la calidad de la relación entre la madre y sus hijos
- surge un conocimiento más global del tema que permite detectar otras vulnerabilidades, más allá de aquellas por las que se han dirigido al servicio o por las que han sido dirigidos al servicio,
- el profesional observa su propio trabajo y su propia institución, así como la red de servicios.

En algunos casos, se pide al profesional que elabore un informe de progreso en el que explique los pasos seguidos hasta el presente (por ejemplo, visitas a casa, conversaciones telefónicas, notificaciones a otras instituciones públicas que puedan proporcionar información sobre la familia; solicitudes escritas a miembros de la familia extensa, reuniones con la familia) y todos los objetivos nuevos y extraordinarios (objetivos pendientes, objetivos nuevos).

A veces, desde el objetivo, destacamos la metodología que hemos seguido, los elementos más destacables de atención con relación a este objetivo, la evaluación que puede hacerse y las medidas de corrección adoptadas. Los profesionales hacen balance: ¿cómo podemos mejorar el acompañamiento?



Erasmus+



¿CÓMO SE EVALÚA?

	Entrevista estructurada/ semi-estructurada	Conversación informal	Auto-narración	Observación directa	Video	Cuestionario cuantitativo	Investigación social/ recogida de datos
Informe de evaluación inicial (Rumania)	x	X		x			
Formulario de identificación de riesgo en familia con hijos (Rumanía)	x			x			X
Investigación Social (Rumanía)	x			x			X
Índice de severidad de adicción (Francia)	x					x	
El cuaderno de observaciones de las interacciones madre-hijo (Francia)	x			x	x		
Video intervención (España)	x				x		
Carpeta tutorial (España)	x	x					x
Informe de seguimiento tutorial (España)	x						
Guía para recopilar datos sobre la vida cotidiana y la historia personal (Italia)	x	X	x				X

Guía para recopilar datos sobre el desarrollo de una sensación de vulnerabilidad (Italia)	x	x	x				x
Instrumento para valorar la vulnerabilidad (Italia)	x						x

Las metodologías pueden ser de 4 tipos

- a. Métodos narrativos/conversacionales
 - a.1. Entrevistas semiestructuradas y entrevistas en profundidad
 - a.2. Métodos basados en narración oral
- b. Técnicas visuales
 - b.1. Observación directa
 - b.2. Grabación de video
- c. Métodos cuantitativos
 - c.1. Autoevaluación de la condición de salud
- d. Investigación: recopilación de información

Las prácticas de observación son principalmente cualitativas, con la excepción del instrumento de evaluación ASI.

¿Evaluar significa observar? ¿Cómo puede la observación ser un recurso para los procesos de evaluación? (Tanner et La Riche, 1999).

¿En qué medida la naturaleza y los propósitos de la observación se influyen por tradiciones epistemológicas de quién observa?

Los riesgos de observación consisten en reconocer al otro simplemente a través de los siguientes paradigmas:

El modelo de déficit

Es una actitud basada en la idea de “empoderar al otro” para que la desigualdad se compense y el otro se convierta en un “igual”. La mirada de los profesionales se orienta a recopilar información del “déficit” (vestimenta, comida, actitudes, formas de crianza...). El modelo de déficit construye el “menos” del otro y el “más” nuestro. Si el otro carece de algo, se explica esta carencia, pero la explicación siempre está basada en el concepto que lo ha generado: la idea de un déficit (Cima, 2009).

El conocimiento sobre el otro

La información es habitualmente recopilada por profesionales mediante la lectura o escucha de los demás, quiénes a menudo terminan siendo encajados, una vez más, en una mirada estereotipada. De esta manera, el discurso sobre el otro se desvincula de la relación de atención: en otras palabras, no se escucha lo que expresa realmente la persona usuaria, sino que se escucha lo que queremos confirmar sobre él. Homogeneizando a las personas usuarias en la categoría según la cual son clasificados por el servicio al que acceden, se ignora lo que el otro dice con construcciones preformadas, en su cultura, en la vulnerabilidad (Cima, 2009).

La observación, sin duda, desempeña un papel importante en la práctica de la evaluación. Podemos considerar tres aspectos clave: los elementos implícitos y los modelos culturales de observación; el papel del observador para facilitar la reflexividad; su capacidad de recopilar información compleja en todos los niveles de observación considerados.

En este modelo de observación:

- el profesional se incluye en el proceso de observación, enfatizando la inevitable subjetividad. Éste es consciente de los potencialmente abrumadores aspectos de su papel.
- Se prefiere una perspectiva holística: la observación se sitúa en el panorama entero y complejo de los eventos y procesos que atiende el observador durante la intervención, sin aislar conductas específicas. Sin embargo, es posible usar una lente: un instrumento que permite el *zoom in* o *zoom out* del foco de observación (Tanner et La Riche, 1999:192).
- La observación es útil para el empoderamiento.

En el proceso de evaluación se apoyan los métodos orales (conversación formal e informal) con pistas (en forma de diagramas y guías) y con una elaboración escrita después de la entrevista en la que se describen no sólo los eventos observables, sino también pensamientos y emociones.

¿Cómo fue la entrevista? ¿Qué dije y qué técnicas utilicé? ¿Cuál fue la reacción de mi interlocutor?



D) ALGUNAS CONCLUSIONES

- La evaluación es ampliamente vista como un proceso cualitativo y no limitado a la verificación o seguimiento. Sin embargo, los datos cuantitativos pueden ser útiles para evaluar la salud mental de la madre y los hijos involucrados así como dimensiones psicológicas específicas, pero nunca son suficientes para evaluar la vulnerabilidad.
- Con el fin de contrastar la experiencia vertical del profesional, las prácticas se basan en una idea diferente de rigor y objetividad, consciente sobre el sesgo del propio punto de vista y sobre la propia imaginación y las resonancias que genera el encuentro con la madre y los hijos.
- La evaluación promueve la reflexividad.
- El compromiso de crear prácticas participativas y multidisciplinarias: es necesario renunciar al poder de interpretación, rechazar hablar en el lugar del otro y construir enfoques donde todas las voces de las personas involucradas sean relevantes.
- La evaluación necesita múltiples puntos de vista y actores.
- La elección de una perspectiva holística: la evaluación tiene en cuenta el historial (de la madre, los hijos e institucional) en su complejidad sin aislar conductas específicas descontextualizándolas.
- La evaluación, por lo tanto, implica dimensiones diferentes de vida: biológicas, psicoafectivas, culturales, sociales, económicas e institucionales.
- Considera las competencias como resultado de unas condiciones, relaciones y entornos.
- La evaluación es una práctica que promueve la creación de conocimiento transformativo para los individuos directamente involucrados que pueden adquirir nueva conciencia sobre vulnerabilidades y fortalezas.

E) BIBLIOGRAFÍA

Barnes, M. y Bowl, R. (2000). *Taking Over the Asylum. Empowerment and Mental Health*. Macmillan Education.

Cima, R. (2009). *Incontri possibili. Mediazione culturale per una pedagogia sociale*. Roma: Carocci

Cima, R. (2016). *La vita è come un uovo (quando si rompe, non puoi più farci niente)*, <http://www.diotimafilosofe.it/larivista/la-vita-e-come-un-uovo-quando-si-rompe-non-puoi-piu-farci-niente/>

Department of Health, Department for Education and Employment, Home Office (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London: Department for Education and Employment, Home Office

Donnet-Descartes, E. y Dujardin, D. (2012). *Evaluer avec les usagers*. Presse de l'EHESP

Formenti, L. (2008). Genitorialità (in)competente? Una rilettura pedagogica. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, n.1, pp.78-91

Gilles, V. (2005). Meeting parents' needs? Discourses of 'support' and 'inclusion' in family policy. *Critical Social Policy*, 25(1), 70–90. <https://doi.org/10.1177/0261018305048968>

le Riche, P. y Tanner, K. (eds) (1998). *Observation and its Application to Social Work*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

Moret, W. (2014). *Vulnerability Assessment Methodologies: A Review of the Literature*. United States Agency for International Development (USAID).

Shaw, I. y Lishman, J. (1999). *Evaluation and Social Work Practice*. London: Sage Publications

Sità, C. (2014). "Fare" famiglia. Sfide di metodo per comprendere i legami familiari in mutamento", n L. Formenti, a cura di, *Sguardi di famiglia. Tra ricerca pedagogica e pratiche educative*, Milano, Guerini

Sironi, F. (2003). Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique, *Pratiques Psychologiques*, «Les Nouveaux défis éthiques», n° 4, pp 3-13



Cofinancé par le
programme Erasmus+
de l'Union européenne

*Cette communication n'engage que son auteur et la Commission n'est pas responsable de l'usage
qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.*
©capeVfair -2017

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DE LA VULNERABILIDAD DE MADRES E HIJOS DURANTE EL PERÍODO PERINATAL

AUTORES

ROSANNA CIMA, CHIARA SITÀ, ELENA MIGLIAVACCA, MARIA LIVIA ALGA

CO-AUTORES

STÉPHANIE DESTANDAU, CHANTAL HIRIART, CHRISTIANE EXPERT, RICHARD THIBAUT,
LÉONIE JAMES, ANNE-MARIE DOUCET-DAHLGREN, NURIA FUENTES-PELÁEZ,
CRESCENCIA PASTOR, M^a ÁNGELES BALSELLS, MARÍA CRUZ MOLINA GARUZ, ANNA
MUNDET, LLUÍS MARCH, ANNA BALDERO, DANIELA COJOCARU, STEFAN COJOCARU,
ALEXANDRA GALBIN, SIMONA TROFIN, IULIANA-ODETA ZAGAN



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union





Erasmus+



VULNERABILIDAD DE LAS MADRES Y SUS HIJOS E HIJAS DURANTE EL PERÍODO PERINATAL: PUNTOS DE REFERENCIA

AUTORA

Anne-Marie Doucet-Dahlgren

CO-AUTORES

Anne-Marie Doucet-Dahlgren, Stéphanie Destandau, Mathilde Bareille, Christiane Expert, Philippe Didier-Courbin, Richard Thibaut, Chantal Hiriart, Andrea De Mingo Izquierdo, Anne Deyzieux, Maylis Etchart, Léonie James; Maria-Livia Alga, Rosanna Cima, Elena Migliavacca, Chiara Sità, Nuria Fuentes-Peláez, María Cruz Molina Garuz, Pere Amorós, Aïda Urrea, Lluís March, Ana Baldero, Daniela Cojocar, Ion Ionescu, Stefan Cojocar, Alexandra Galbin, Mădălina Belcescu, Oana Maidaniuc, Cătălin Fedor

Autora

Anne-Marie Doucet-Dahlgren (Université Paris Ouest-Nanterre La Défense)

Co-autores**Association Caminante**

Stéphanie Destandau, Mathilde Bareille, Christiane Expert, Philippe Didier-Courbin, Richard Thibaut, Chantal Hiriart, Andrea De Mingo Izquierdo, Anne Deyzieux, Maylis Etchart, Léonie James

Università di Verona

Maria-Livia Alga, Rosanna Cima, Chiara Sità

Comune de Verona, Casa di Ramia

Elena Migliavacca

Universitat de Barcelona, GRISIJ

Nuria Fuentes-Peláez, María Cruz Molina Garuz, Pere Amorós, Aïda Urrea

Eduvic

Lluís March, Ana Baldero

Universidad Alexandru Ioan Cuza de Iași

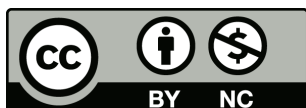
Daniela Cojocaru, Ion Ionescu

HoltIS Association

Stefan Cojocaru, Alexandra Galbin, Mădălina Belcescu, Oana Maidaniuc, Cătălin Fedor

D.L. B 4548-2019

ISBN 978-84-947903-2-4



Reconocimiento-NoComercial

CC BY-NC

UNA DIRECCIÓN

Durante los últimos años, la vulnerabilidad se ha convertido en una de las cuestiones más importantes que han centrado el debate en torno las políticas sociales en Europa. Del latín “*vulnus*”, que significa “lesión”, y “*vulnare*”, “dañar”, la vulnerabilidad es el área en la que el daño puede darse. Existe una doble perspectiva sobre qué área sensible o fragilidad define la vulnerabilidad, según Soulet (2010). Así pues, vulnerabilidad significa “susceptibilidad de ser dañado”. El denominador común es un estado frágil ya conocido o a punto de ser conocido. Este concepto, aunque muy general, se puede especificar en los dos ámbitos que integra el proyecto europeo CAPEvFAIR: por un lado el científico y, por el otro, el profesional.

Generalmente, la vulnerabilidad se tiene en cuenta en contextos de crisis económica y recesión, o cuando los factores y/o las consecuencias de la vulnerabilidad se han convertido en un problema social. Numerosos estudios como el Informe Innocenti 11 (2013), el informe 12 de la UNICEF (2014), y el informe de la OCDE (2012) destacan la creciente precariedad de las poblaciones más vulnerables que afecta a madres e hijos, y la complejidad de este fenómeno. Estos estudios están corroborados por las observaciones de los participantes en el proyecto. A continuación, se presentan 3 definiciones diferentes según la perspectiva en la que se pone el foco:

a. Vulnerabilidad desde la perspectiva social

Las «configuraciones vulnerables», un concepto desarrollado por Filgueira (1998) no permite prever una mejora de una situación o conducir a la movilidad social. Según el autor, estas «configuraciones vulnerables» se encuentran en todos los círculos socio-económicos.

b. Vulnerabilidad desde la perspectiva legal

En materia de derecho (no desarrollada en nuestro proyecto), la vulnerabilidad de la víctima es un factor agravante del delito o la infracción, tanto en la caracterización del delito como en la gravedad del castigo.

c. Vulnerabilidad asociada al concepto de riesgo

Aunque este término es poco usado por las personas que se atienden en los servicios o por los profesionales del acompañamiento, se asocia directamente con el riesgo. La vulnerabilidad se puede definir como un factor de riesgo interno para un individuo o sistema expuesto a amenaza (Cardona, 2003). Así pues, la vulnerabilidad provoca un proceso de debilitamiento y se convierte en un paso intermedio entre la integración social y la exclusión. En el proyecto podemos observar como hay madres que no sólo se encuentran en una situación de exclusión social debido a problemáticas como la drogodependencia, sino que también se encuentran con dificultades en la integración social por el hecho de ser madres. Lo mismo ocurre con los



otros tres grupos de mujeres: ser madre emigrante y víctima de trata, ser madre muy joven o menor de edad, y ser madre en situación de precariedad.

En estos casos, existe un entorno de riesgo, una situación frágil para la madre y el niño o la niña durante un período de vida muy concreto (período perinatal). Es importante añadir que cualquier persona, en algún momento de su vida o bajo ciertas circunstancias, puede encontrarse en una situación de vulnerabilidad.

La situación de vulnerabilidad se compone a menudo de múltiples elementos que muestran complejidad, como describe Morin (1995): «Cuando hablo de complejidad, me refiero al significado elemental de la palabra latina “*complexus*”, que significa “tejido entre sí”. El verdadero problema [...] es que hemos aprendido demasiado bien a separar, cuando es mejor aprender a unir.»

TRES DIMENSIONES DIFERENTES DE VULNERABILIDAD

En el análisis del concepto de la vulnerabilidad se entrelazan la dimensión individual, relacional e institucional.

1. Dimensión individual

Las teorías sociológicas sobre el individuo contemporáneo consideran que la vulnerabilidad es la dificultad de asumir y adaptarse a la sociedad, de tener éxito y realizarse personalmente (Castel, 1995; Beck, 1992).

Este proyecto tiene por objeto las experiencias de las mujeres durante el período de perinatalidad en contextos de “exclusión”. Estas experiencias se abordan desde la perspectiva de los profesionales que se dedican a la atención psicosocial de cuatro países europeos. Observamos que la vulnerabilidad de la mujer está ligada a intentos frustrados de socialización, compuestos por múltiples rupturas y sufrimientos a nivel social, de fragilidad individual y conflictos de identidad, que pueden proceder tanto de una persona como de su entorno. Sin embargo, esta perspectiva es insuficiente para construir un marco teórico para la intervención social, pues se deben considerar varias dimensiones.

2. Dimensión relacional

Soulet (2010) destaca distintas propiedades que incluyen aspectos relacionales y culturales:

- a. “La naturaleza relacional”: El papel que se desempeña en una relación con un grupo o un individuo con características particulares y en un contexto particular, frente a una amenaza.
- b. “El carácter potencial”: Surge con la posibilidad de una amenaza, el riesgo, el peligro, que aún no se ha materializado y, por lo tanto, se puede contrarrestar con acciones y limitar los efectos negativos.

- c. “La noción dialéctica”: A diferencia del binomio fragilidad/fortaleza, desviación de la norma, exclusión/inclusión, no podemos hablar de “invulnerabilidad” como contraria a la vulnerabilidad.
- d. “La dimensión cultural”: Existe un fuerte vínculo entre vulnerabilidad y protección, pues una persona poco protegida está más expuesta al peligro. Las madres migrantes se enfrentan a un choque cultural inicial que, de entrada, puede no resultar visible.

3. Dimensión institucional

La vulnerabilidad no sólo trata de individuos y contextos, sino que implica directamente a los actores, sus relaciones, a los profesionales que les acompañan y a las instituciones. Esto es especialmente importante cuando madres “vulnerables” y sus hijos muestran modelos de maternidad diferentes de los que están implícitos entre los profesionales.

Cabe señalar que el acompañamiento en el asesoramiento y la toma de decisiones en casos de vulnerabilidad deben considerarse desde la dimensión relacional. Por lo tanto, es importante dar a los profesionales los instrumentos para ser críticos con sus propios puntos de vista y los marcos institucionales.

LECTURA DEL CONTEXTO

Los principales factores de vulnerabilidad en el período perinatal que se han analizado son: pobreza, adicción, migración y maternidad adolescente.

En el proyecto CAPEvFAIR financiado por la UE en el marco del programa de Erasmus Plus de Alianzas estratégicas, las posiciones profesionales de los cuatro países que participan son similares:

- Acompañamiento profesional para desarrollar y movilizar los propios recursos.
- Asegurar que el niño o la niña se desarrolle en un entorno seguro.
- Promover la creación o mantenimiento del vínculo de la díada (madre e hijo).
- Apoyar las “capacidades” de las madres vulnerables en período perinatal.

Tal como especifica Nussbaum (2011), la palabra «capacidad» se define como las oportunidades surgidas de una combinación de habilidades personales y del entorno político, social, económico y familiar. Por este motivo, entendemos que hay que poner énfasis en los recursos humanos a la hora de prevenir, minimizar o corregir los posibles efectos de la vulnerabilidad.

Los profesionales, aún siendo profesionales, al empatizar con las madres, pueden sentirse afectados o incluso heridos. Esta fragilidad de los profesionales puede tener efectos sobre la vulnerabilidad del individuo al que acompañan. Por este motivo, son necesarios recursos y apoyos tanto internos como externos como el trabajo en equipo. En este sentido, el principal objetivo del proyecto, compartido por los cuatro países, es conseguir acompañar profesionalmente a las madres y a sus hijos de la forma más adecuada. Para ello, es importante tener en cuenta algunas características:



1. Áreas específicas

Observamos en los cuatro países que la vulnerabilidad está asociada a situaciones de riesgo e incertidumbre en las siguientes áreas específicas:

- a. En el desarrollo de problemas de salud, como la adicción siendo madre.
- b. En el tiempo y el espacio. Estos factores afectan a las diferentes perspectivas de vulnerabilidad de los cuatro países.
- c. En los asuntos económicos, materiales y sociales.
- d. En el acompañamiento individual. Las acciones de los profesionales involucrados en el proyecto.
- e. En el apoyo social. Las expectativas sociales transmitidas, de forma más o menos consciente por las instituciones y por los profesionales, pueden contribuir a reducir los factores de vulnerabilidad pero también a aumentarlos al desarrollar factores de riesgo.
- f. En el acompañamiento a mujeres embarazadas que proceden de situaciones como conflictos bélicos, violaciones masivas, refugiadas, etc.

Es importante identificar los diferentes grupos considerados “en riesgo” para que, mediante este proyecto, se pueda trabajar en reducir los factores de riesgo.

2. Grupos de riesgo

La vulnerabilidad en el período perinatal puede ser identificada a través de tres grupos de riesgo. Los factores de riesgo están asociados con un mayor riesgo de vulnerabilidad, que desempeña un papel más o menos causal en su aparición. Por eso, la intervención y el acompañamiento permiten reducir el impacto de la vulnerabilidad en los siguientes grupos:

- a. Mujeres en las que predomina el riesgo psicológico (depresión, anorexia nerviosa o bulimia, postparto, etc.).
- b. Mujeres en las que predominan riesgos sociales y estereotipos culturales (maternidad insuficiente, madres solteras, falta de vivienda, etc.).
- c. Mujeres con riesgo médico y psicosocial (VIH, cualquier tipo de adicción, etc).

3. Impacto en bebés, niñas y niños pequeños

- a. Los bebés, las niñas y los niños pequeños (menores de seis años) tienen, en comparación con otros niños de la misma edad, mayor riesgo de encontrarse en una posición vulnerable, dependiendo de la situación de su madre durante el embarazo, el nacimiento y el primer año de vida. Pueden sufrir falta de cuidado o atención.
- b. Los niños y las niñas cuyas madres tienen grandes dificultades para cubrir sus necesidades básicas (alimentación, seguridad básica, etc.) a causa de sus problemas personales (adicción, pobreza, etc.).

- c. Los niños y las niñas en una situación bio-psico-social de vulnerabilidad debido al consumo de sustancias psicoactivas por parte de sus madres durante el embarazo, pueden desarrollar enfermedades como el síndrome de alcoholismo fetal (retraso del crecimiento, malformaciones, retraso del desarrollo psicomotor, trastornos del comportamiento, etc).
- d. Los niños y las niñas en una situación de vulnerabilidad en torno a la salud. Esta situación está relacionada con las dificultades para construir una historia como familia que permita un desarrollo saludable como niño o niña.

4. Características observadas

Es importante aclarar la relación entre una situación de riesgo y una situación de vulnerabilidad para decidir las propuestas de intervención. Se observan tres posibilidades:

- a. Las personas pueden pertenecer a un grupo denominado “de riesgo” y no encontrarse en una situación de vulnerabilidad (encontrarse en un contexto favorable, tener recursos personales, una figura de apoyo...).
- b. Las personas pueden pertenecer a un grupo denominado “de riesgo”, y encontrarse en situaciones de vulnerabilidad.
- c. Las personas pueden no pertenecer, a priori, a un grupo denominado “de riesgo”, pero encontrarse en una situación clara de vulnerabilidad.

Para tratar de acompañar mejor a las mujeres en situación de vulnerabilidad y a sus hijos durante el período perinatal, nuestro proyecto apunta al diseño de estrategias y recursos profesionales que permitan a las madres crear un entorno seguro y saludable.

PARA MÁS INFORMACIÓN...

Beck, U. (1992). *Risk Society. Towards a New Modernity*. London : Sage Publications // *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Aubier.

Cardona, O.D. (2003). “The Need of Rethinking the Concepts of vulnerability and Risk from a Holistic Perspective: A Necessary Review and Criticism for Effective Risk Management” En G. Bankoff *et al.*. *Mapping Vulnerability: Disasters, Development and People*. London: Earthscan Publishers. Chapter 3.

Castel, B. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris: Aubier // *Manual Workers to Wage Laborers: Transformation of the Social Question*. London: Transaction Pub.

Filgueira C.H. (1998). “Welfare and Citizenship: New and Old Vulnerabilities” En G. O'Donnell & V.E. Tokman *Poverty and Inequality in Latin America*. Mexico: University of Notre Dame Press.

Morin, E. (1995). La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité. *Revue internationale de systémique*, Vol. 9, N° 2.

Nussbaum, M. (2011). *Creating Capabilities. The Human Development Approach*. New York: The Belknap Press, Harvard University Press// (2012). *Capabilités*, Paris: Climats.

Soulet, M.H. (2010). La vulnérabilité. Un problème social paradoxal. En V. Châtel & S. Roy, *Penser la vulnérabilité*. Québec: Presses de l'université du Québec, 65-87.



Cofinancé par le
programme Erasmus+
de l'Union européenne

*Cette communication n'engage que son auteur et la Commission n'est pas responsable de l'usage
qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.*

©capeVfair -2017

VULNERABILIDAD DE LAS MADRES Y SUS HIJOS E HIJAS DURANTE EL PERÍODO PERINATAL: PUNTOS DE REFERENCIA

AUTORA

ANNE-MARIE DOUCET-DAHLGREN

CO-AUTORES

ANNE-MARIE DOUCET-DAHLGREN, STÉPHANIE DESTANDAU, MATHILDE BAREILLE,
CHRISTIANE EXPERT, PHILIPPE DIDIER-COURBIN, RICHARD THIBAUT, CHANTAL
HIRIART, ANDREA DE MINGO IZQUIERDO, ANNE DEYZIEUX, MAYLIS ETCHART,
LÉONIE JAMES; MARIA-LIVIA ALGA, ROSANNA CIMA, ELENA MIGLIAVACCA, CHIARA
SITÀ, NURIA FUENTES-PELÁEZ, MARÍA CRUZ MOLINA GARUZ, PERE AMORÓS, AÏDA
URREA, LLUÍS MARCH, ANA BALDERO, DANIELA COJOCARU, ION IONESCU, STEFAN
COJOCARU, ALEXANDRA GALBIN, MĂDĂLINA BELCESCU, OANA MAIDANIUC,
CĂTĂLIN FEDOR



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union





Erasmus+



INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA VULNERABILIDAD DURANTE EL PERÍODO PERINATAL

AUTORA

Daniela Cojocaru

CO-AUTORES

Stefan Cojocaru, Mădălina Belcescu, Alexandra Galbin, Iuliana-Odeta Zagan, Simona Trofin, Ion Ionescu, Stéphanie Destandau, Philippe Didier-Courbin, Richard Thibaut, Chantal Hiriart, Léonie James, Pierre Lavignasse, Anne-Marie Doucet-Dahlgren, Chiara Sita, Rosanna Cima, Maria Livia Alga, Elena Migliavacca, Nuria Fuentes-Peláez, Aïda Urrea, Ainoa Mateos, Crescencia Pastor, Eduard Vaquero, Ana Isabel Baldero, Lluís March

Autora

Daniela Cojocaru

Co-autores**Universidad Alexandru Ioan Cuza de Iași**

Daniela Cojocaru, Ion Ionescu

HoltIS Association

Stefan Cojocaru, Mădălina Belcescu, Alexandra Galbin, Iuliana-Odeta Zagan, Simona Trofin

Association Caminante

Stéphanie Destandau, Philippe Didier-Courbin, Richard Thibaut, Chantal Hiriart, Léonie James, Pierre Lavignasse

Université Paris Ouest-Nanterre La Défense

Anne-Marie Doucet-Dahlgren

Università di Verona

Maria-Livia Alga, Rosanna Cima, Chiara Sità

Comune de Verona, Casa di Ramia

Elena Migliavacca

Universitat de Barcelona, GRISIJ

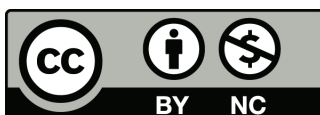
Nuria Fuentes-Peláez, Aïda Urrea, Ainoa Mateos, Crescencia Pastor, Eduard Vaquero

Eduvic

Lluís March, Ana Baldero

D.L. B 4549-2019

ISBN 978-84-949582-6-7



Reconocimiento-NoComercial
CC BY-NC



Erasmus+



ÍNDICE

Resumen.....	4
Introducción	4
Mujeres embarazadas y/o madres jóvenes que tienen problemas de adicción	8
Archivo médico-social de pre-admisión.....	8
Formulario de los Hijos.....	9
El TEAV - Tabla de Evaluación de Asistencia de la Vulnerabilidad.....	10
Chicas adolescentes que se convierten en madres - maternidad precoz	12
Vídeo-intervención	12
Plan de Intervención.....	14
Genograma de Tres Generaciones.....	15
Mujeres embarazadas o madres jóvenes en situaciones de aislamiento, migrantes o víctimas de trata	17
ORIENTACIÓN INDIVIDUAL	17
MAPA DE TODD MODIFICADO (MTM).....	19
Mujeres embarazadas/madres (incluyendo madres jóvenes) y sus hijos en situaciones de pobreza	20
Tabla de Observación.....	20
Informe médico	22
Carta de Notificación de Casos	23
Anexos	25
Referencias	59



RESUMEN

El presente documento es el resultado de la reflexión común de los profesionales y académicos involucrados en el proyecto CAPEvFAIR, sobre los instrumentos para el diagnóstico de la vulnerabilidad de la díada madre-hijo durante el período perinatal. El documento empieza con una descripción de la fase de diagnóstico de la vulnerabilidad durante la perinatalidad dentro del marco lógico del proyecto, seguido por las cuestiones que se tuvieron en cuenta al describir los instrumentos de diagnóstico específicos para cada grupo objetivo (madres con adicción, madres adolescentes, madres migrantes, madres en situaciones de pobreza). La presentación sintética y la descripción de los instrumentos son sistematizadas dependiendo de los grupos objetivo, gracias a la contribución de las organizaciones que cuentan con experiencia trabajando con aspectos específicos de la vulnerabilidad, compañeros en el proyecto CAPEvFAIR desde Francia, España, Italia y Rumanía. Este material puede ser usado por varios especialistas que trabajan con la madre y su hijo durante el período perinatal, como fuente de inspiración para adaptar los instrumentos proporcionados a contextos específicos. Las plantillas de los instrumentos descritos se presentan en los anexos del documento.

INTRODUCCIÓN

La vulnerabilidad es un concepto con muchos significados y con muchas aplicaciones. Las interpretaciones de distintos aspectos de la vulnerabilidad y el reconocimiento de su complejidad son una base de acción y análisis para los profesionales (Fawcett, 2009). Aunque el término “vulnerabilidad” se usa mucho en las políticas sociales, en literatura se ha vuelto implícito y conlleva una vaga aplicación cuando se asocia con el embarazo, el nacimiento y el período postnatal (Spiers, 2000; Briscoe, et. al. 2016).

El objetivo del instrumento de diagnóstico es identificar el primer grado de vulnerabilidad relacionada con la díada madre-hijo durante el período perinatal. El instrumento de diagnóstico es una herramienta general usada para la identificación de una situación de vulnerabilidad, seguida por una herramienta de asesoramiento que analiza y evalúa la especificidad de la situación. A continuación, se concibe e implementa un plan de intervención basado en la herramienta de asesoramiento. Durante todo este proceso, la observación desempeña un papel importante, que implica que tanto el diagnóstico como el asesoramiento continúen también durante toda la fase de apoyo. Por lo tanto, el procedimiento de apoyo para la madre y su hijo consiste en tres fases cíclicas. En el inicio del proceso de apoyo se aplica un instrumento de diagnóstico, pero si se detecta una nueva dimensión de vulnerabilidad, el ciclo vuelve a empezar. El marco lógico de las fases involucradas en el proceso de apoyo asumido por nuestro proyecto se describe en el Anexo 1.

Los instrumentos de diagnóstico están relacionados con las tres dimensiones de vulnerabilidad que se definen en la primera producción intelectual del proyecto CAPEvFAIR: biológica, psicológica (incluyendo psiquiátrica) y social. Dependiendo del contexto, el carácter de la vulnerabilidad será más social, más psicológico o más biológico (médico). En nuestras reuniones de trabajo se identificaron las características predominantes de la vulnerabilidad para cada uno de los participantes en el

proyecto, basándose en su experiencia de trabajo con grupos vulnerables específicos (madres con drogadicción, madres adolescentes, madres migrantes, madres en situación de pobreza). Hemos usado la experiencia en el campo de cada país como un aporte a este sistema de instrumentos de diagnóstico en distintos contextos. Lo que sigue, es el resultado de una reflexión común entre los profesionales y los académicos involucrados en el proyecto, sobre los instrumentos de diagnóstico usados para identificar la vulnerabilidad durante el período perinatal.

En nuestro trabajo, empezamos lanzando algunas preguntas muy importantes sobre la utilidad de un instrumento de diagnóstico.

- ¿Quién usará este instrumento? (¿Qué tipo de profesionales? ¿Qué tipo de institución?)
- ¿Cuál es el grupo objetivo? (la madre, el hijo, la díada madre-hijo)
- ¿Qué definición de vulnerabilidad deberíamos usar? ¿Cómo actuar frente a esa definición? ¿Qué criterios hay que utilizar? Y, ¿cómo se evalúan?
- ¿Cuál es el propósito? / ¿Cómo se usarán los resultados?

Todo instrumento tiene que ser una respuesta a las necesidades del beneficiario, pero también a las del profesional, teniendo en cuenta el hecho de que cada instrumento incluye un conjunto de elementos que representan al profesional y la institución en la que trabaja. Cada instrumento será diferente dependiendo de la formación del especialista (por ejemplo, si es médico o trabajador social) o del contexto en el que ha sido creado (perspectiva institucional, margen legal, aspectos culturales). Sin embargo, tratar de enmarcar de manera objetiva un aspecto subjetivo de la vida de alguien es un reto provocador. Pero, ¿resulta útil para el beneficiario?

Nuestro terreno común se refiere a las mujeres en período perinatal y sus hijos (0-6 años) que se encuentran en una situación de vulnerabilidad. Los indicadores (refiriéndonos a los tres principales aspectos explicados anteriormente - biológico, psicológico y social) pueden ser *observados por los profesionales o expresados por el beneficiario* y se pueden referir a varios aspectos de vulnerabilidad. Los instrumentos descritos a continuación pueden servir de punto de partida para cada especialista que trabaje con una madre y su hijo durante el periodo perinatal en una de las situaciones mencionadas. Estos instrumentos no son los únicos que pueden utilizarse, pero pueden considerarse recursos metodológicos que cada profesional puede adaptar y personalizar según su campo profesional y el contexto en el que trabaje.

Por lo tanto, hemos decidido crear un nuevo instrumento que puede que no sea útil para todos los actores involucrados, sino para poner en común la experiencia de cada compañero para crear un conjunto de instrumentos que se puedan aplicar a distintos aspectos de la vulnerabilidad.

Encontrarán cuatro conjuntos diferentes de instrumentos que pueden utilizarse para detectar vulnerabilidad, agrupados por su carácter predominante durante el período perinatal de:

- mujeres embarazadas y/o madres jóvenes con problemas de adicción (instrumentos usados y descritos por la Asociación Caminante, Francia);



- chicas que se convierten en madres siendo adolescentes - **maternidad precoz** (instrumentos usados y descritos por la Residencia Maternal Antaviana, Eduvic, España)
- mujeres embarazadas o madres jóvenes que se encuentran aisladas, son migrantes o víctimas de trata (instrumento usado y descrito por Casa di Ramia, Italia);
- mujeres/madres y sus hijos en situaciones de pobreza (instrumentos usados en el sistema público rumano de atención social y descrito por HoltIS, Rumanía).

Todos los instrumentos de diagnóstico cubren un amplio abanico de situaciones de vulnerabilidad por lo que se refiere a los siguientes aspectos:

- La especificidad de la vulnerabilidad para cada grupo objetivo: madres con adicción, madres adolescentes, madres migrantes, madres en situaciones de pobreza.
- El enfoque de varias perspectivas: predominantemente médica, social o psicológica.
- El grado de estructuración: algunos instrumentos están muy estructurados, (por ejemplo, la *Tabla de Observación*), otros no tanto, y permiten a los profesionales ser flexibles y explorar más profundamente las situaciones de vulnerabilidad (por ejemplo, *Mapa de Todd Modificado*, *Orientarsi*);
- El principal tema analizado: los problemas de la madre (archivo médico social de pre-admisión), los problemas de los hijos (*El Formulario de los Hijos*, *Tabla de Notificación de Casos*), o el problema relacionado con la díada madre-hijo (*Vídeo-intervención*, *Plan de Intervención*).
- Algunos instrumentos tratan exclusivamente la vulnerabilidad del usuario (*TEAV*), mientras otros tienen en cuenta el aspecto recíproco de la vulnerabilidad, incluyendo la del profesional (*Mapa de Todd Modificado*).

Los conjuntos de herramientas de diagnóstico son presentados en los anexos adjuntados a este material. Cada uno de los instrumentos presentados aquí empiezan con una breve y estructurada descripción del instrumento respecto a los siguientes aspectos: quién usa el instrumento, cuándo se aplica, cómo se usa, por qué (cuál es su rol institucional) y qué tipo de vulnerabilidad trata.

La lista completa de los instrumentos de diagnóstico incluidos en este material se encuentra más adelante (mediante hipervínculos dentro del documento):



Erasmus+



Grupo objetivo específico	Instrumentos descritos en el material
Mujeres embarazadas y/o madres jóvenes que tienen problemas de adicción	Archivo médico-social de pre-admisión - descripción Archivo médico-social de pre-admisión - plantilla
	Formulario de los Hijos - descripción Formulario de los Hijos - plantilla
	El TEAV - Tabla de Evaluación de Asistencia de la Vulnerabilidad - descripción El TEAV- Tabla de Evaluación de Asistencia de la Vulnerabilidad
Chicas adolescentes que se convierten en madres - maternidad precoz	Vídeo-intervención- descripción Vídeo-intervención- guía de observación
	Plan de Intervención- descripción Plan de Intervención- procedimiento
	Genograma de Tres Generaciones- descripción Genograma de Tres Generaciones- plantilla
Mujeres embarazadas o madres jóvenes en situaciones de aislamiento, migrantes o víctimas de trata	ORIENTACIÓN INDIVIDUAL - descripción ORIENTACIÓN INDIVIDUAL - plantilla
	MAPA DE TODD MODIFICADO (MTM) - descripción MAPA DE TODD MODIFICADO (MTM) – plantilla
Mujeres embarazadas/madres (incluyendo madres jóvenes) y sus hijos en situaciones de pobreza	Tabla de Observación - descripción Tabla de Observación - plantilla
	Informe médico - descripción Informe médico - plantilla
	Carta de Notificación de Casos - descripción del modelo de hospital de Maternidad Carta de Notificación de Casos - Plantilla del modelo de hospital de Maternidad



Madres con problemas de adicción	Archivo médico-social de pre-admisión
Descripción	Es un archivo muy detallado donde los profesionales, que se refieren a este caso como “centro de Adicción”, recogen toda la información sobre la madre. Contiene información específica sobre el estado médico de la persona con problemas de adicción.
Quién	Archivo que rellenan los profesionales que coordinan la solicitud respecto a la mujer en período perinatal (con su hijo, si es necesario). El archivo es examinado en el CSAPA ¹ por el personal encargado de las admisiones en el Centro de Adicciones (médico director; director adjunto; dos educadores a cargo de las admisiones).
Cuándo	Durante el período de pre-admisión: entre el primer contacto de la persona (y su equipo) con el Centro de Adicciones y la respuesta a su solicitud de admisión.
Cómo	Archivo que contiene distintas informaciones: • datos médicos (historial, tratamiento actual, ...) • datos sociales (alojamiento, recursos, salud...)
Por qué	Para hacer una recomendación a una institución concreta basada en un problema de adicción. Comprobar la correspondencia entre las dificultades de la madre y nuestra oferta de apoyo. (Ejemplo: Pacientes física o psíquicamente muy enfermos; los tratamientos para la adicción que no se inician a tiempo pueden convertirse en obstáculos).
Qué tipo de vulnerabilidad	Detección de los riesgos médicos, psicológicos y sociales relativos a la madre .

¹ CSAPA = Centre de Soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Soporte, prevención y centro de salud especializado en adicciones)



Madres con problemas de adicción	El Formulario de los Hijos
Descripción	Es un archivo que describe la situación del niño de forma detallada, del estado actual al historial médico.
Quién	El archivo lo completa el equipo que coordina la solicitud respecto al niño o el equipo a cargo del niño hasta ahora (maternidad, guardería neonatal...).
Cuándo	Durante el período de pre-admisión: entre el primer contacto de la persona (y su equipo) con el Centro de Adicción y la respuesta a su solicitud de admisión.
Cómo	Es sobre un archivo que contiene distintas informaciones: • desarrollo del niño. • su vida cotidiana. • medidas judiciales. • datos médicos.
Por qué	• Detección de los riesgos médicos del niño (nacido o por nacer). • Conocimiento de la singularidad del niño (ritmo, hábitos...). • Detección de las dificultades en cuanto a los vínculos e interacciones madre-hijo. • Conocimiento de una evaluación profesional previa de una posible necesidad de protección de los niños ("información", "orden provisional"...). • Verificación del acuerdo del padre (si éste es conocido y presente) con el proyecto de atención a la madre.
Qué tipo de vulnerabilidad	Actual desarrollo psicomotor del niño, su vida cotidiana y sus hábitos, medidas judiciales actuales o en proceso, datos médicos.



Madres con problemas de adicción	El TEAV – <i>Tabla de Evaluación Asistida de la Vulnerabilidad</i>
Descripción	Es una forma de comprobación mediante una tabla que menciona diferentes necesidades del beneficiario y el nivel en el que resultan satisfechas en el momento de la admisión. El objetivo es detectar las necesidades que no son cubiertas de forma satisfactoria y darles respuesta.
Quién	El equipo encargado de las admisiones .
Cuándo	Durante el período de pre-admisión: entre el primer contacto de la persona (y su equipo) con el Centro de Adicciones y la respuesta a su solicitud de admisión.
Cómo	Formulario completado por el personal a cargo de las admisiones de la CSAPA durante entrevistas telefónicas de pre-admisiones con la madre.
Por qué	Para detección de otros factores de riesgo de vulnerabilidad (que no sea adicción) en la madre para priorizar nuestras intervenciones.
Qué tipo de vulnerabilidad	Vulnerabilidad social, psíquica, de salud, económica: • Nivel de educación • Recursos/medios • Capacidad de hablar y escribir el idioma del país de residencia • Integración dentro del lugar de trabajo • Alojamiento • Protección de la seguridad social • Seguimiento del embarazo • Estado físico • Nivel de adicción y dependencia • Entorno familiar • Lazos sociales / estado psicológico

Observaciones adicionales para los instrumentos de diagnóstico usados en el trabajo con mujeres con adicción:

Los instrumentos presentados anteriormente son herramientas “formales” usadas sistemáticamente con el fin de examinar la correspondencia entre las necesidades de la persona y el apoyo ofrecido por el Centro de Adicciones. Pero una vez la persona es admitida en el centro, el hecho de convivir permite al equipo educativo ser capaces, con el tiempo, de identificar vulnerabilidades adicionales.

Compartir la vida cotidiana es el punto clave del apoyo dentro de la CSAPA y, por lo tanto, un punto clave en la detección de las dificultades de los residentes.

- Ejemplo: dificultad de la madre para proteger a su hijo de los otros residentes del centro.
- Ejemplo: dificultad del niño de expresar sus necesidades (híper-adaptabilidad).
- Ejemplo: falta de comunicación entre la madre y el niño en lo que respecta a las necesidades del niño (alimentación, baños, cambio de pañales o ropa...).
- Ejemplo: dificultad de la madre de identificar las necesidades de su hijo (hambre, cansancio...).

¿Quién? El equipo educativo.

¿Cuándo? Durante todo el apoyo.

¿Cómo? Mediante la observación del comportamiento de la madre y su hijo.

¿Qué tipo de riesgo? Riesgos bio-psicológicos del niño / riesgos que pueden afectar al vínculo entre la madre y el hijo.



Madres adolescentes - Maternidad precoz	Vídeo-intervención
Descripción	Consiste en grabar una secuencia de la interacción madre/hijo, en el mismo centro, durante una situación de vida cotidiana espontánea. La grabación también puede llevarse a cabo en el exterior del Centro de Salud Mental para niños y jóvenes, CSMIJ, donde trabajan psicólogos especializados en esta técnica y apoyan a los profesionales de Antaviana.
Quién	La técnica la aplican los profesionales que trabajan en la residencia maternal Antaviana (educadores sociales, psicoterapeutas de familia), así como psicólogos clínicos externos del Centro de Salud Mental para niños y jóvenes (CSMIJ), que llevan a cabo tareas de formación y supervisión del equipo de profesionales de Antaviana. No es obligatorio para todas las madres, sino una opción para los profesionales del Centro para la que es necesario el consentimiento explícito de la madre.
Cuándo	Durante la intervención / cuando la madre joven se encuentra en el centro, el equipo de profesionales de Antaviana, o el psicólogo externo del CSMIJ, proponen la posibilidad de aplicar la técnica cuando lo consideran interesante, según los siguientes criterios: basándose en la situación de la madre y su relación con el niño, el momento personal de la madre y el proceso en Antaviana. Ningún protocolo indica cuándo usar esta técnica, pero se sugiere a las madres participar en ella cuando se cree que puede ser útil a la hora de mejorar la relación con su hijo y los profesionales consideran que pueden intervenir de manera apropiada.
Cómo	1. Grabando la interacción entre la madre y el hijo 2. Visualizando la escena (profesional y madre) 3. Prestando atención a los aspectos positivos 4. Visualizando la escena (profesionales y supervisor). Una vez la secuencia de la interacción madre-hijo ha sido grabada, durante 5 o 10 minutos, con una cámara o un teléfono móvil, estas grabaciones las visualizan el resto de profesionales de Antaviana juntamente con el psicólogo externo y son sometidas a debate en una sesión del equipo de trabajo. Seguidamente, se muestran y debaten directamente con la madre adolescente en un espacio de tutoría individualizada con el psicólogo y/o en el espacio de psicoterapia con el psicoterapeuta de familia de Antaviana. Esto implica que la aplicación de la “técnica de grabación de vídeos” es opcional y requiere la colaboración y el consentimiento explícito de la madre adolescente. Se garantiza siempre la protección de datos de todos los profesionales que intervienen en el proceso.



Por qué	Para potenciar y evaluar la relación y el vínculo entre la madre y el niño. Para intervenir, reflexionando y poniendo atención sobre aspectos salvables, considerados positivos, de la interacción. Para promover la fortaleza, el mantenimiento y la amplificación de los patrones de la relación que favorecen el vínculo madre-hijo, así como el desarrollo psicoafectivo del niño. También para identificar situaciones que puedan ser construidas de forma más positiva, que puedan activar los recursos de la madre y su niño, construyendo un vínculo más rico y estimulante y un mejor desarrollo psicológico y psicomotor del niño. Otras razones que pueden llevar a la propuesta de la grabación de vídeo se refieren a las percepciones, preocupaciones y alertas que pueden generarse en el equipo de profesionales acerca de las dificultades y los riesgos de la interacción madre-hijo, con el objetivo de clarificar, reflejar y definir posibles objetivos y/o líneas de intervención.
Qué tipo de vulnerabilidad	Madres menores de edad en el sistema de protección de la infancia. El contexto de la residencia maternal de Antaviana es un entorno de protección y control (las madres jóvenes y los niños están bajo custodia de la administración). Son madres adolescentes (hasta 18 años) con sus hijos (hasta, aproximadamente, 4 años). Las funciones desarrolladas en la institución son de protección de la infancia, atención, evaluación y acompañamiento durante el proceso de maternidad.



Madres adolescentes - Maternidad precoz	Plan de Intervención
Descripción	Este instrumento es un contrato formal personalizado para familias con niños que se encuentran en centros residenciales bajo el sistema de protección de la infancia. Las características de las familias implicadas están relacionadas con la coincidencia de diferentes variables que definen situaciones de vulnerabilidad: economía pobre, diferentes dificultades en las dinámicas familiares que no facilitan el ejercicio adecuado de la crianza de hijos (dificultades en el matrimonio, ausencia de uno de los padres, falta de apoyo de la familia extensa, falta de relaciones sociales, graves situaciones de migración, psicopatologías de los padres). El objetivo principal consiste en trabajar con una red de profesionales en la comunidad interviniendo no sólo con la madre y el hijo (dentro del centro), sino también con el origen, la familia extensa y/o creada, para promover: a) El retorno a la familia como la primera opción siempre que sea posible. b) Cuando esto no es posible, otras opciones de no internamiento son evaluadas, teniendo en cuenta, sobre todo, las habilidades y capacidades de la madre, así como los recursos ofrecidos por el entorno de la Comunidad (pisos o residencias de protección social, organizaciones para madres adultas con hijos y viviendas de alquiler social). c) En coordinación con los sistemas de protección, la separación del niño de su madre finalmente podría proponerse, si se valora que en este escenario la construcción del vínculo madre-hijo implica riesgos para el niño (cuidado temporal con familiares directos, cuidado temporal con otras familias, acogimiento pre-adoptivo o internamiento en centros residenciales de protección).
Quién	Trabajadores sociales, educadores sociales y psicólogos.
Cuándo	Cuando se detecte riesgo de situación de vulnerabilidad de una madre adolescente.
Cómo	Profesionales, familia y otras personas significativas vinculadas a la familia (abuelos, tíos...) se encuentran en los servicios sociales para identificar los principales problemas y necesidades. Los profesionales promueven que las familias sean conscientes de sus propias necesidades y problemas, para así tomar las mejores decisiones para planificar el caso. Los profesionales también trabajan con la familia en la definición de un plan de trabajo que tiene en cuenta objetivos muy específicos y bien definidos. Los objetivos son cronometrados.



Por qué	Para trabajar con las necesidades y promover vínculos saludables basados en competencias ya existentes de crianza y en competencias adquiridas durante el proceso de intervención.
Qué tipo de vulnerabilidad	Las vulnerabilidades relacionadas con el ejercicio de las funciones de crianza y producidas por diferentes variables explicadas en la sección «Descripción».

Madres adolescentes - Maternidad precoz	Genograma de Tres Generaciones
Descripción	Este instrumento es útil tanto para la detección de vulnerabilidad como para las etapas de acompañamiento. Ayuda a identificar áreas de vulnerabilidad en diferentes niveles y, al mismo tiempo, permite formular hipótesis y marcar objetivos y estrategias de intervención. También registra cambios en la familia, así como la cronología de acontecimientos familiares importantes. A los profesionales les permite sacar una foto, metafóricamente hablando, como árbol familiar, de la situación familiar según los criterios del modelo bio-psico-social. Es decir, se recogen los datos familiares relacionados con la salud, las relaciones emocionales y los problemas sociales de tres generaciones.
Quién	Este instrumento va dirigido al uso profesional de: trabajadores sociales, educadores sociales, terapeutas familiares y psicólogos.
Cuándo	En la etapa de detección de vulnerabilidad, este instrumento se utiliza en diferentes servicios de atención primaria, en áreas de servicios básicos de salud, servicios sociales básicos y servicios especializados de protección. Durante la etapa de acompañamiento, los profesionales utilizan este instrumento en los centros residenciales de acción educativa, en los servicios de salud mental y en centros de atención y estimulación temprana del desarrollo psicoevolutivo.
Cómo	El genograma se construye conjuntamente por los profesionales y los miembros de la familia, diferenciando tres generaciones (abuelos, padres e hijos), reflejando el tipo de relación que tienen (conflictiva o armoniosa), las fechas de acontecimientos importantes (muertes, matrimonios, separaciones y divorcios, relaciones de pareja), la configuración de diferentes familias (estructura y organización) y datos relacionados con el lugar de origen (residencia actual, estudios, trabajo, ocio y salud).



Por qué	Durante la etapa de detección, este instrumento se utiliza para identificar, por un lado, las fortalezas, recursos y capacidades del entorno socio-familiar. Por otro, resulta muy útil para conocer y obtener información detallada sobre las dificultades, las deficiencias y, en general, las condiciones de vulnerabilidad. Tanto en la etapa de acompañamiento como en la de detección, esta herramienta favorece la construcción de hipótesis y la posibilidad de establecer -mediante los profesionales y los recursos comunitarios- un plan de trabajo en las distintas áreas en las que se detecta la vulnerabilidad. Durante la etapa de acompañamiento, ofrece un punto de vista diferente de su propia realidad a las mujeres. Permite identificar y valorar los cambios durante todo el proceso de intervención para continuar definiendo nuevas líneas y estrategias.
Qué tipo de vulnerabilidad	Durante la etapa de detección, es útil en cada situación donde existen conjeturas iniciales de riesgo de vulnerabilidad. En la etapa de acompañamiento, es útil en todas las situaciones para tener una visión global de su complejidad.



Madres migrantes - Víctimas de trata	Orientarsi / Orientación individual
Descripción	ORIENTARSI / ORIENTACIÓN INDIVIDUAL es un recurso para orientar/guiar a los profesionales. El objetivo es llegar a conocer al usuario y, al mismo tiempo, ser consciente de nuestra propia perspectiva como profesionales (¿Desde dónde estamos observando? ¿Cuál es nuestro margen de referencia? ¿Cuáles son nuestros criterios para evaluar la vulnerabilidad? ¿Cuáles son los límites de nuestro conocimiento?). El instrumento puede ser usado de dos maneras: a) A nivel institucional o profesional: ayuda a entender y contextualizar las estructuras y las categorías culturales que se usan para analizar la vulnerabilidad del usuario, para identificar las limitaciones de la observación y para dar espacio a las perspectivas de los usuarios. b) A nivel de usuario: permite al profesional identificar qué sabe y qué no sabe sobre el usuario. Si lo llevan a cabo varios profesionales, permite recoger información más eficazmente. Diferentes profesionales de las instituciones involucradas pueden completar ese instrumento usando diferentes colores. El documento puede servir de punto de partida para un conocimiento integrado del usuario y por una reflexión crítica sobre cómo los distintos roles, posiciones y objetivos institucionales dan forma a nuestro conocimiento de múltiples maneras. Algunos ejemplos de preguntas que guían esta reflexión sobre las perspectivas de los profesionales son: • ¿Qué sabemos? ¿Dé que forma podemos compartir y refinar nuestro análisis? • ¿Qué necesitaríamos saber para beneficiar de un mejor acompañamiento a la persona/familia? • ¿Tiene en cuenta nuestro conocimiento la experiencia de la persona? ¿Dónde reside su voz? • ¿Qué lenguaje utilizamos? • ¿Utilizamos un punto de vista predominante? ¿Por qué lo utilizamos? Esta herramienta para facilitar la comprensión del caso, está dividida en cinco secciones (nombres, idiomas, familias, migraciones, religiones) para facilitar la comprensión del caso.
Quién	• Los profesionales durante la formación. • Los profesionales con los usuarios. • El equipo de profesionales.
Cuándo	• Al principio de la relación profesional/usuario. • Cuando los profesionales reflexionan juntos sobre el caso.



Erasmus+



Cómo	• Con un diálogo privado entre el profesional y el usuario. • Con intercambio entre profesionales.
Por qué	Los profesionales y los usuarios pueden construir una historia común que no sea diseñada previamente por las instituciones
Qué tipo de vulnerabilidad	• Traumas presentes o pasados. • Problemas familiares. • Historias de migraciones (a través de su detección es posible mostrar aspectos positivos de vulnerabilidad).



Madres migrantes - Trata de madres	MAPA DE TODD MODIFICADO (MTM)
Descripción	El Mapa de Todd es un recurso empleado en investigación social cualitativa. El objetivo es analizar las percepciones subjetivas de las redes relacionales de los profesionales y los usuarios: su calidad, sus valores, su intensidad emocional. Usamos un código para identificar estos aspectos: • Apoyo sentimental y emocional  • Apoyo económico  • Apoyo material  • Autoestima, respeto  • Consejos  • Relaciones: buena _____ intermitente conflictiva  Esta herramienta también se utiliza en grupos profesionales para hacer visible entre ellos sus percepciones e información sobre la madre. El recurso fue simplificado en cuatro partes con el fin de entender a través de una herramienta visual las maneras en las que el contexto es percibido por los profesionales: 1. la geografía social, los servicios de salud (y todos los servicios involucrados). 2. información sobre la familia. 3. información sobre amigos y relaciones. 4. habilidades sociales, estudios y compromisos (Born, 1997). Cuando el profesional pide al usuario que diseñe sus redes, es posible detectar los recursos y lazos que son a menudo difíciles de observar en situaciones vulnerables. Para ello, el MTM (Mapa de Todd Modificado) para profesionales es un mediador entre el profesional y la madre. Para la madre, el hecho de estar involucrada en la representación de sus relaciones ayuda a pasar de una posición pasiva a un rol activo de construcción de conocimiento “con” el profesional. Cuando el MTM se utiliza entre profesional y usuaria, se trazan tres áreas concéntricas. En el centro encontramos el nombre de la madre y las personas que siente más cercanas. Los diferentes actores y lugares que ella identifica son marcados de diferentes formas según la intensidad emocional. Es posible utilizar la hora entera como topografía del mundo relacional que la madre, con la ayuda del profesional, puede enriquecer y completar progresivamente.
Quién	• los profesionales durante la formación. • los profesionales con los usuarios. • el equipo de profesionales.

Cuándo	Se puede utilizar después del primer contacto entre el profesional y la madre o, si el profesional lo considera adecuado, <i>durante el acompañamiento</i> .
Cómo	• Durante la formación de grupos de enfoque con un formador/investigador • Con la auto-supervisión de los profesionales en un equipo. • Con el profesional y el usuario (ambos escribiendo en el mapa): el mapa es visual, por lo que puede completarlo el usuario incluso cuando no conoce el idioma del profesional. Se puede utilizar un código.
Por qué	• Para ser consciente de cómo trabaja cada profesional. • Para identificar qué desconoce el profesional. • Para ver qué instituciones están implicadas o no en el caso, cómo y por qué.
Qué tipo de vulnerabilidad	• Bajo nivel de comunicación entre instituciones. • Falta de conocimiento de los profesionales de muchos aspectos importantes de la vida de la madre. • Falta de vínculos sociales y relaciones de la madre.

Madres en situación de pobreza	Tabla de Observación
Descripción	La Tabla de Observación es un instrumento establecido a nivel nacional con el fin de evaluar las formas de crianza y cuidado de los niños en Rumanía. A partir de dos años de la aprobación de este procedimiento a nivel nacional, el Servicio Público de Servicios Sociales (PSSC) está obligado a visitar en su casa a cada familia de la comunidad con el fin de identificar todos los niños que se encuentran en distintas situaciones de riesgo o de vulnerabilidad. Esta normativa legal fue diseñada para evaluar y analizar la situación de los niños en la comunidad e identificar las situaciones de riesgo de los niños con el objetivo de prevenir su separación de la familia garantizándoles servicios y beneficios.
Quién	La Tabla de Observación la puede completar el trabajador social u otros representantes de los Servicios Sociales, y también todos los profesionales a nivel local (profesores, proveedores de servicios médicos, policías, etc.) que observen al niño en su trabajo y detecten una situación de riesgo, con el objetivo de prevenir la separación del niño de su familia.

² El Servicio Público de Servicios Sociales es el proveedor de servicios sociales público representado en cada nivel de comunidad (tanto rural como urbano).



Cuándo	La Tabla de Observación es completada por el representante de los Servicios Sociales (el trabajador social) en las siguientes situaciones: a) solicitud directa del niño o su familia de cualquier forma (escrita/verbal/telefónica); b) notificación del padre o la madre que sea único tutor legal del niño y exprese su intención de irse a trabajar al extranjero; c) notificación de otras personas que no sean miembros de la familia (por ejemplo, vecinos);
Cómo	Las personas a nivel local que, debido a la naturaleza de su profesión, están en contacto con el niño y detectan cualquier situación de riesgo -policías, médicos de cabecera, profesores, niñeras, el mediador escolar, el mediador sanitario - rellenan la Tabla de Observación según sus observaciones y la envían a los Servicios Sociales locales en un plazo de 48 horas. - Marcando con Sí/No varios aspectos de vulnerabilidad. En un máximo de 72 horas después de que el trabajador social haya recibido la Tabla de Observación, debe visitar a la familia para evaluar su situación y para completar la Tabla de Identificación de Riesgo - un instrumento para toda la familia (evaluación de vulnerabilidad).
Por qué	Para detectar la vulnerabilidad del niño y notificarlo a las autoridades responsables.
Qué tipo de vulnerabilidad	Tema: el niño en la familia. Se refiere a: a) vulnerabilidad social (situación económica de la familia, situación social, condiciones de vida, nivel de educación de sus miembros); b) vulnerabilidad biológica (la condición de salud de los miembros de la familia); c) vulnerabilidad psicológica (si dentro de la familia se han identificado comportamientos de riesgo - consumo de alcohol, violencia, encarcelamientos)



Madres en situación de pobreza	Informe Médico
Descripción	El papel del Informe Médico es notificar e informar a la Directiva General de la Seguridad Social y Protección de Menores de Iasi³ sobre las necesidades médicas y educativas del niño y la fecha en la que el niño puede darse de alta, con el principal objetivo de imponer medidas de protección. Basándose en recomendaciones médicas -cuidado de la familia o admisión en centros especiales para niños con necesidades especiales - la GDSACP establece una medida protectora - afinidad, cuidado temporal, centro especializado. Ruta Institucional - el Informe Médico cumplimentado por el doctor es enviado a la GDSACP junto con la Tabla de Notificación de Casos del trabajador social del hospital. Basándose en la duración de la hospitalización y los cambios en la condición médica del niño, el Informe Médico puede ser actualizado y retransmitido a la GDSACP.
Quién	El neonatólogo o el pediatra que cuida al niño dentro de la unidad médica rellena el documento basándose en sus propias observaciones y en la Tabla de Observación Médica.
Cuándo	Cuando un niño es admitido en la unidad médica requiere que se inicien medidas de protección. Estas situaciones se establecen mediante el protocolo del hospital, que puede ser uno de los siguientes: • La familia del niño se encuentra en una situación económica difícil; • El niño había sido abandonado/encontrado; • Existe riesgo de abandono familiar; • Hay sospechas de negligencia para el niño; • El niño necesita un tratamiento médico especial; • Los miembros de la familia del niño (especialmente la madre) tiene una condición médica; Otras situaciones que requieran la intervención de un trabajador social.
Cómo	Se refiere principalmente al estado actual del niño (cuando es admitido en el hospital) - datos de identificación, información sobre vacunas, resultados de sangre, indicadores sobre altura y peso en el nacimiento y en el momento de la instrumentalización, el estado de salud y las recomendaciones médicas sobre cuestiones médicas, nutricionales, de crianza y de cuidado. Está basado en la Tabla de Observación Médica y en las observaciones personales del doctor.
Por qué	Para detectar la vulnerabilidad del niño y notificar a las autoridades responsables.

³ La GDSACP de Iasi es una unidad pública a nivel de condado que ofrece servicios sociales en las áreas de protección de menores, familia, personas discapacitadas, ancianos y otras categorías de población en situaciones de riesgo. Rumanía está organizada en 40 condados (pequeñas provincias con administración local pero no independiente del Gobierno), y Iasi es uno de ellos.



Qué tipo de vulnerabilidad	Tema del recurso: el niño en el hospital: - vulnerabilidad médica/biológica - se refiere a los tratamientos médicos especiales o procedimientos que no se pueden disponer en la familia y/o si la madre/padre/familia tiene condiciones médicas que no les permiten cuidar al niño (enfermedades mentales, abuso de alcohol u otras sustancias). - vulnerabilidad social: se refiere al riesgo de abandono del niño, negligencia, maltrato pobreza, también si ya tienen otros niños con medidas de protección, etc. - vulnerabilidad emocional/conductual - hay una breve sección sobre la relación entre la madre y el niño, sobre todo con respecto a si la madre cuida del niño en el hospital y cómo lo hace.
-----------------------------------	---

Madres en situación de pobreza	Tabla de Notificación de Casos - Modelo de hospital de maternidad
Descripción	Es un instrumento creado por la GDSACP y utilizado por todos los centros médicos en el condado de Iasi que tienen niños hospitalizados. Se estableció mediante un convenio de colaboración entre las dos instituciones, basándose en una ley nacional que especifica qué situaciones son consideradas vulnerables para el niño. Este instrumento está basado en un Protocolo de Trabajo que desempeña un papel de una Metodología obligatoria para el trabajador social del hospital. Este Protocolo puede ser revisado, actualizado o cambiado si existen modificaciones legales que lo requieran. No existe un instrumento establecido a nivel nacional, pero a menudo los trabajadores sociales del hospital notifican a la GDSACP (el proveedor social a nivel de condado) sobre los casos sociales identificados en el hospital mediante un instrumento similar. Se trata de un instrumento oficial que establece la comunicación del caso social entre las instituciones, específicamente el hospital y: - La GDSACP para establecer medidas de protección para el niño, según la ley; - PSSC para evaluar y monitorizar la situación del niño y su familia (madres menores, padres sin documentos de identificación, familias con niños en cuidados temporales).
Quién	La Tabla de Notificación de Casos la rellena el trabajador social en el hospital o la enfermera/doctor (si el hospital no dispone de trabajador social).
Cuándo	Cuando se detecta una de las vulnerabilidades mencionadas en el Protocolo de Trabajo/Informe Médico ya sea en la admisión en el hospital o durante la hospitalización.



Cómo	Se refiere principalmente al estado actual del niño (cuando es admitido en el hospital) - datos de identificación, información sobre vacunas, resultados de sangre, indicadores sobre altura y peso en el nacimiento y en el momento de la instrumentalización, el estado de salud y las recomendaciones médicas sobre cuestiones médicas, nutricionales, de crianza y de cuidado Está basado en la Tabla de Observación Médica y en las observaciones personales del doctor. La Tabla de Notificación de Casos es rellenada por el trabajador social del hospital, basándose en: • La información de otros documentos médicos (madre e hijo) - Tabla de observación médica • Entrevistas con la madre y la familia extensa (si se encuentra presente en las visitas del hospital) • Observación directa de los pacientes • Debates con el personal médico en relación con la madre y el niño, comportamiento durante la hospitalización, cumplimiento del tratamiento, relación madre-hijo, lactancia, si tienen visitas o no, etc. • Información del PSSC local - de la comunidad de residencia.
Por qué	Para detectar la vulnerabilidad del niño y notificarla a las autoridades responsables, así como para hacer recomendaciones respecto al futuro del niño. La Tabla de Notificación de Casos contiene una propuesta del trabajador social del hospital con relación a los planes de futuro del niño.
Qué tipo de vulnerabilidad	Tema del instrumento: la madre y el niño en el hospital • vulnerabilidad social: se refiere al riesgo de abandono, negligencia, maltrato, pobreza, falta de documentos de identificación de los padres, padres menores, familias con niños en cuidados temporales. • vulnerabilidad biológica/médica - se refiere al estado de salud del niño y si su condición médica necesita medidas de protección: el niño necesita tratamiento especial que no puede ser administrado en la familia y/o la familia tiene problemas médicos que no les permiten cuidar del niño. • vulnerabilidad emocional/conductual - se refiere principalmente a la falta de interés por el niño por parte de la madre - motivo de angustia y traumas de apego.

LISTA DE ANEXOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO:

- Anexo 1 - El marco lógico de las políticas de CAPEvFAIR
- Anexo 2 - El archivo de pre-admisión médico-social
- Anexo 3 - El Formulario de los Hijos
- Anexo 4 - El TEAV - Tabla de Evaluación Asistida de Vulnerabilidad
- Anexo 5 - Vídeo-intervención - guía de observación
- Anexo 6 - Plan de intervención
- Anexo 7 - Genograma de Tres Generaciones
- Anexo 8 - ORIENTARSI
- Anexo 9 - MAPA MODIFICADO DE TODD (MMT)
- Anexo 10 - Tabla de Observación
- Anexo 11 - Informe Médico
- Anexo 12 - Tabla de Notificación de Caso - Modelo de hospital de maternidad

ANEXO 1 - EL MARGEN LÓGICO DE LAS POLÍTICAS DE CAPEVFAIR





Erasmus+



ANEXO 2 - EL ARCHIVO DE PRE-ADMISIÓN MÉDICO-SOCIAL

Archivo Médico-Social

Para el equipo médico-social: se ruega rellenar cuidadosamente la solicitud
Cualquier archivo no completado será rechazado.

Información personal

Apellidos:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Dirección:

Código Postal:

Ciudad/Pueblo:

Teléfono:

Equipo de referencia

Nombre del centro:

Dirección:

Código postal:

Ciudad/Pueblo:

Nombre del doctor:

Función:

Teléfono:

Fax:

Médico principal

Doctor:

Dirección:

Código postal:

Ciudad/Pueblo:

Teléfono:

Fax:



Erasmus+



PARTE MÉDICO

I. Historial

Médico:

Fecha	Observaciones

Quirúrgico:

Fecha	Observaciones

Psiquiátrico:

(Se ruega incluir los informes de hospitalización)

Fecha	Observaciones



Erasmus+



II. Estado actual del paciente

Somático:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Psiquiátrico

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Información de contacto con el psiquiatra actual:

Nombre: Teléfono:

Dirección:

Código postal: Ciudad/Pueblo:

Alergias o dietas especiales:

.....

.....

.....

.....

Vacuna del Tétanos:

Hasta la fecha:

Fecha de la última vacunación:



III. Adicción

Según el criterio DSM IV

Debe marcar al menos una opción por línea*

	Nunca consumido	Uso Simple		Abuso		Dependencia	
		Actualmente	En el pasado	Actualmente	En el pasado	Actualmente	En el pasado
HEROÍNA							
CODEÍNA							
BASADO EN MORFINA							
COCAÍNA							
CRACK							
ALCOHOL							
CANNABIS							
TABACO							
BENZODIAZEPINA y derivados							
SEDANTES							
ALUCINÓGENOS							
ANFETAMINAS							
OTROS:							

Comentarios (si es necesario):

.....

Tratamiento de la dependencia de opiáceos

X Subutex X Metadona X Otros:

Fecha de inicio de prescripción:

Fecha de final de prescripción **X** En proceso

Dosis actual:

Médico prescriptor inicial:

Médico prescriptor actual:

En los últimos 3 meses, ¿existe un presunto o probado uso inadecuado del tratamiento de sustitución?

Adquisición ilegal (excepto prescripción médica) **X** Sí **X** No **X** NS

Inyección: **X** Sí **X** No **X** NS

Nasal (inhalación): **X** Sí **X** No **X** NS



IV. Examen paraclínico

El examen biológico más reciente (incluyendo serología VIH y hepatitis)

Últimos análisis toxicológicos de orina:

.....

.....

.....

.....

.....

Otros exámenes paraclínicos recientes:

.....

.....

Tratamiento actual:

.....

.....

.....

.....

.....



Erasmus+



V. *Baja por enfermedad*

(si se encuentra en proceso)

Fecha de la última baja por enfermedad: Fecha del final de la baja por enfermedad:

Motivo de la baja por enfermedad:

.....

VI. *Enfermedad a largo plazo*

La solicitud debe rellenarse para su aceptación:

☒ Sí

☒ No

☒ Solicitud

Fecha de caducidad:

Motivo de la solicitud:

.....





Erasmus+



Parte Social

Por favor adjunte un informe de la situación relacionado con la solicitud y el certificado del organismo de salud pública / Cobertura médica universal / Enfermedad a largo plazo / Fondos de inversión en salud

Apellido:

Nombre:

Nacionalidad:

Alojamiento

Independiente

Con cónyuge

Con padres

En una institución:

Condiciones de vida inestables

Otros:

Dirección (domiciliación):
.....

Código postal

Ciudad/Pueblo:

Estado civil

En pareja

Casad@

Divorciad@

Solter@

Hijos que mantener: número

Otros:

Ingresos

Salario

Subsidio para adultos con discapacidad

Régimen de seguro de desempleo

Sin ingresos

Oficina de prestaciones

Pensión de invalidez

Subsidio de desempleo

Aplicación en curso



Erasmus+



Deudas

Cantidad:

€ en curso:

Horario en curso:

^x Acreedor:

Archivo de deuda excesiva: Sí

^x No

^x En curso

Protección social

Nº Seguridad Social:

Centro de afiliación: Fondos de salud:

Nº de organismo de afiliación: Teléfono:

Dirección:

Código postal: Ciudad/Pueblo

Cobertura médica universal: Fecha final de validez:

(adjuntar el certificado del organismo público de salud/fondos de inversión en salud)

Departamental

Hogar para discapacitados

Nº de archivo: Nº del beneficiario de la oficina de beneficios:

Oficina de beneficios en: Teléfono:

Dirección:

.....

.....

Código postal:

Ciudad/Pueblo:

Fecha final de validez:

.....

Tipo de discapacidad:

Orientación:

Entorno

principal

Centros de atención a través de empleo



Erasmus+



Justicia

Registros:

.....

En curso:

.....

Deber de cuidado:

Libertad condicional:

.....

Orden terapéutica:

Finalidad de la medida:

Nombre de la oficina de integración:

Dirección de la Sección de Libertad condicional y Rehabilitación:

Código postal:

Ciudad/Pueblo:

Teléfono:

Otros comentarios

.....

.....

.....



Erasmus+



ANEXO 3 - FORMULARIO DE LOS HIJOS

Archivo del Niño

Para el equipo médico-social: se ruega rellenar cuidadosamente la solicitud

Información Personal

Apellidos:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Dirección:

Autorización paterna ejercida por Sr, Sra:

Relación familiar (matrimonio, concubinato, monoparental...):

Hermanos:

Desarrollo psicomotor actual del niño

(¿Interactúa con otros? / ¿Se cierra en sí mismo? / ¿Está contento, triste, inquieto?)

.....
.....
.....



Erasmus+



Su vida cotidiana y sus hábitos

Comida diaria (frecuencia, hábitos) y **cuidado** (cambio de ropa, baños...):

.....

.....

.....

Alergias:

Ritmo del sueño (por la noche, siestas, peluches...):

.....

.....

.....

Despertar gateando, caminando, sentándose sin ayuda...):

.....

.....

Formulario de cuidado del niño (centro de cuidado, familia, niñera...):

.....

Medida judicial actual o en curso

(Adjuntar la fotocopia de la información que plantea preocupaciones y/o el orden de colocación)

Medida:

.....

Detalles de contacto:

.....



Erasmus+



Datos médicos

Datos de contacto del pediatra:

.....
.....

Citas cumplidas o próximas:

Peso: **Altura:** **Grupo sanguíneo:**

Tratamiento actual:

Problemas médicos actuales:
.....
.....

Historial médico y quirúrgico:
.....
.....

Seguimiento en CMP/CAMSP:

.....

Seguro de salud, N° Seguridad Social, detalles de contacto:

.....
.....

Comentarios

.....
.....
.....
.....
.....



Erasmus+



ANEXO 4 - EL TEAV - TABLA DE EVALUACIÓN ASISTIDA DE VULNERABILIDAD

Escala de calificación:

	++ = muy satisfactorio	+ = Satisfactorio	- = Insatisfactorio	-- = Muy insatisfactorio
FACTORES DE VULNERABILIDAD	++	+	-	--
NIVEL DE EDUCACIÓN				
RECURSOS/MEDIOS				
HABILIDAD DE HABLAR EL IDIOMA DEL PAÍS DE RESIDENCIA				
ESCRITO				
HABLADO				
INTEGRACIÓN EN EL LUGAR DE TRABAJO				
ALOJAMIENTO				
PROTECCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL				
SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO				
ESTADO FÍSICO				
NIVEL DE ADICCIÓN Y DEPENDENCIA				
ENTORNO FAMILIAR				
VÍNCULOS SOCIALES				
ESTADO PSICOLÓGICO				



ANEXO 5 - VÍDEO-INTERVENCIÓN - GUÍA DE OBSERVACIÓN

Artículos de comprensión	Descubrimientos positivos	Descubrimientos negativos
Conexión: Tipo de contacto físico y emocional establecido.		
Colaboración: Capacidad o incapacidad para realizar actividades conjuntas.		
Límites: Cómo se establecen, si se aceptan o no y la conducta que lleva a una opción o a otra.		
Negociación: Tanto verbal como no verbal, capacidad de resolver conflictos de forma asertiva y comunicativa.		
Autonomía: Aspectos de la relación padre-hijo, si el padre ofrece apoyo y, por lo tanto, el niño aprende, si las relaciones generan impotencia o independencia, si el padre ofrece ayuda de forma mesurada y ordenada y si los problemas son asumidos para luego buscar soluciones		
Espacio: Cómo se sitúan y organizan en el espacio de afiliación, situación, lenguaje corporal y colocación de objetos.		
Tiempo: Ritmo de la secuencia, cómo se estructuran las actividades en el tiempo y cómo se organiza la acción.		
Discurso: Qué dicen y cómo lo dicen muestra la coherencia con respecto a su edad, si describen sus acciones y verbalizan sus emociones, si su opinión es tomada en cuenta en una negociación, si la cantidad y la calidad de la información es adecuada, si la información es verdadera o lógica y si los mensajes son claros, ordenados y sin ambigüedades.		



ANEXO 6 - PLAN DE INTERVENCIÓN

PLAN DE INTERVENCIÓN: HOJA DE RUTA

1. En primer lugar, recibimos una propuesta de atención para una adolescente embarazada o una adolescente que ya ha tenido a su bebé en el área de protección para niños y adolescentes (Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia- DGAIA), cuando equipos diferentes de profesionales de los servicios sociales o especializados en protección de niños y adolescentes han detectado situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad. Esta propuesta llega a nuestra residencia cuando la madre adolescente ha sido declarada en desamparo por parte de su familia y la DGAIA ha asumido su custodia.
2. Inmediatamente, nos ponemos en contacto y nos coordinamos con el equipo especializado en atención a niños y adolescentes con el fin de conocer con detalle y conseguir información de primera mano sobre el seguimiento, el estudio y la evaluación técnica de la situación socio-económica de la familia de la madre adolescente o adolescente embarazada que ingresa en la residencia.
3. Recibimos la visita de la madre adolescente y su familia en la residencia para que conozcan el lugar donde va a vivir la madre joven y los objetivos generales de la intervención que tendrá lugar durante su estancia.
4. En esta primera etapa, se pone énfasis en la importancia de la participación de la familia (nuclear, extensa o creada) durante el proceso de la madre joven. Esto se hace tanto para resolver las dificultades identificadas y la escasez (que han sido el motivo de la propuesta de protección y tutela por parte de la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia), con el fin de promover la construcción de un vínculo más saludable entre la adolescente y sus padres y, especialmente, para reforzar el vínculo entre la madre adolescente y su hijo.
5. Establecemos un periodo de adaptación en la residencia, de un mes y medio, para la madre joven y su hijo.
6. Definimos un plan de trabajo individual que se ocupa de los objetivos en las diferentes áreas en las que centrar la intervención por diferentes profesionales (roles familiares, desarrollo emocional, relacional, intelectual y físico, aprendizaje de la vida cotidiana).
7. Se establecen espacios semanales de terapia y tutoría individual y familiar en la residencia maternal.
8. Nos ponemos en contacto con recursos de fuera del territorio y con la red de profesionales de la salud pública para facilitar un cuidado comprensivo de la mayor calidad (áreas básicas de salud, especialistas médicos, hospitales de maternidad, centros de salud mental para niños y jóvenes, guarderías, colegios, centros de integración y formación e inserción laboral)
9. Durante toda la estancia de la madre joven en la residencia, se realiza una evaluación continua del proceso realizado. En esta evaluación intervienen los diferentes profesionales de la residencia (equipo de educación, equipo técnico de la dirección, el psicoterapeuta y el tutor). Se trabaja en coordinación con el equipo de profesionales del Equipo de Atención de la Infancia y Adolescencia.



10. Se establece una estimación de la finalización del proceso de intervención, que puede extenderse como máximo hasta la mayoría de edad de la madre. Excepcionalmente, cuando los procesos en la residencia están muy cerca de la mayoría de edad de la madre, se puede proponer una extensión de su estancia hasta más allá de la edad legal, con la aprobación de los equipos profesionales y si la madre está de acuerdo.
11. Las distintas propuestas posibles contempladas para el alta de la madre y su hijo son: a) el retorno a la familia como primera opción siempre que sea posible; b) Cuando esto no es posible, se consideran otras opciones, teniendo en cuenta todas las habilidades y capacidades de la madre, así como los recursos ofrecidos por el entorno de la comunidad (residencias protegidas por servicios y organizaciones sociales para madres adultas con sus niños, y viviendas de alquiler social); c) En coordinación con los sistemas de protección, puede proponerse, en última instancia, la separación del niño de su madre, si se considera que, en este escenario, la construcción del vínculo maternal implica riesgos para el bebé o el niño (cuidado temporal con familia de origen o extensa, cuidado temporal en otras familias, acogimiento pre-adoptivo o cuidado temporal en centros residenciales de protección).
12. Los profesionales y las chicas del Centro organizan un ritual de despedida para la madre y su hijo que consiste en:
 - un almuerzo especial escogido por la madre,
 - un regalo para la madre y su hijo (en referencia a la propuesta de alta del centro)
 - un álbum de fotos del proceso en la residencia con dedicatorias de todo el equipo de profesionales y sus compañeros.
 - al final de la celebración, tiene lugar un espacio “emocional” donde cada participante puede expresar lo que considere significativo.

ANEXO 7 - GENOGRAMA DE TRES GENERACIONES

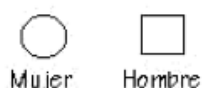
GENOGRAMA: UN RECURSO ÚTIL PARA CONSTRUIR UNA ABORDAR LA COMPLEJIDAD DE SUS FAMILIAS Y SU CONTEXTO SOCIO-CULTURAL

SE ELABORA EL GENOGRAMA EN TRES NIVELES

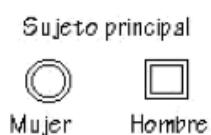
1. Dibujo de la estructura. La base del genograma es la descripción gráfica de cómo los diferentes miembros de una familia están biológica y legalmente conectados entre generaciones. Este dibujo consiste en la elaboración de figuras que representan personas y líneas indicando sus relaciones.

A continuación, se describen los distintos símbolos usados para elaborar genogramas.

1) Cada miembro es representado con un cuadrado o un círculo, dependiendo de su género.



2) El “paciente identificado” se representa con un cuadrado o círculo con doble línea

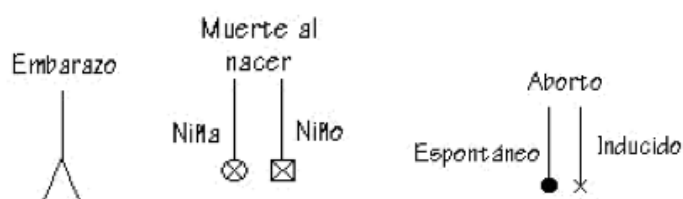


3) En los casos de personas fallecidas, se dibuja una X dentro.



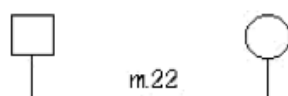
4) Hijos

Embarazo	Nacido muerto	Aborto
	Chico-Chica	Espontáneo - Inducido





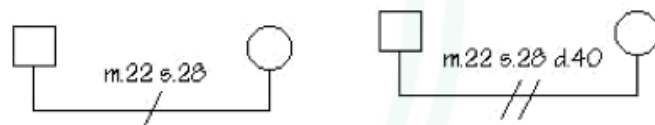
5) Las relaciones biológicas y legales entre los miembros de la familia son indicados con líneas que los conectan.



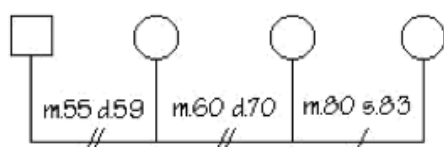
6) Si una pareja viven juntos pero no están casados se usa una línea de puntos.



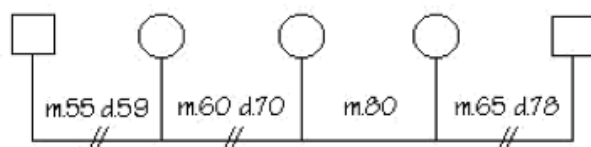
7) Las barras significan la interrupción de un matrimonio: una barra en caso de separación, dos en caso de divorcio.



8) Seguidamente, cómo se representan los matrimonios múltiples. Un marido o una esposa con varios compañer@s. El matrimonio actual se indica con una línea recta, mientras que los pasados con una línea cortada por dos barras.

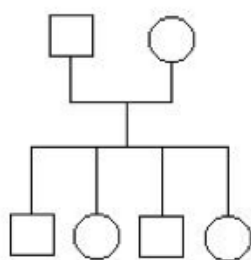
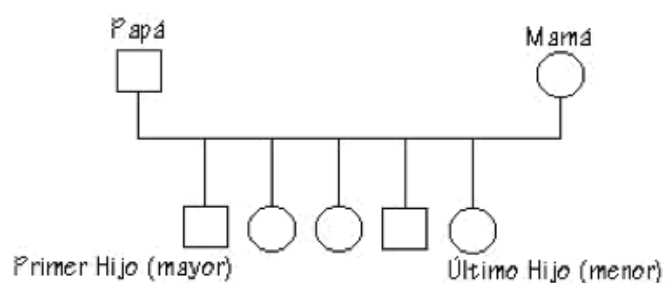


Si, por ejemplo, una de las partes tiene un matrimonio anterior, entonces:





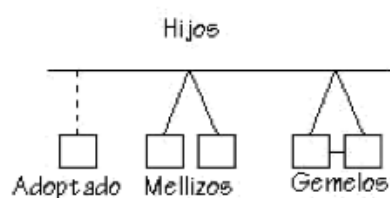
9) Si una pareja tiene varios hijos, la figura de cada hijo se conecta con la línea que conecta la pareja. De izquierda a derecha, del hijo mayor al menor.



(Para familias más grandes).

10) Se usa una línea de puntos para conectar un hijo adoptado a la línea de los padres.

11) Los **gemelos dicigóticos** se representan mediante la conexión de dos líneas convergentes a la línea de los padres; si son **monocigóticos** (idénticos), se conectan con una línea horizontal.



12) Para indicar a los miembros de la familia que viven juntos, se usa una línea de puntos para agruparlos.

2. Registro de la información. ¿QUÉ INFORMACIÓN REUNIR?

1- Información sobre la familia nuclear y el contexto donde aparece el problema.

¿Quién vive en casa? Nombres, apellidos, edades.

Relaciones entre los miembros (subsistemas).

¿Dónde viven los otros miembros de la familia?

Nacimientos, matrimonios, divorcios, separaciones, jubilaciones. Movimientos migratorios.

Motivos, nivel de satisfacción, problemas pendientes de resolución.

Pérdidas. Motivos. Causas.

Nombres, edades, educación, profesión y nivel de satisfacción, horarios, aficiones, actividades diarias, vida social, salud, estado civil, ex parejas,...

Cronología de hechos importantes (fechas).

2- Familia extensa (1ª, 2ª y 3ª generación)

3- Cuestiones relacionadas con el problema.

Temporalidad del problema. Cuándo empezó, evolución, cronología.

¿Qué miembros de la familia conoce el problema?

Respuestas de cada miembro para afrontar el problema.

¿Alguien tiene el mismo problema?

Recursos empleados y resultados. ¿Quién?

¿Reciben ayuda de alguna administración social?

3. Descripción de las relaciones.

El tercer nivel en la elaboración del genograma comprende el plano de las relaciones entre los miembros de la familia. Las descripciones se basan en informes de los miembros de la familia o en observaciones directas.

Se usan diferentes tipos de líneas para simbolizar diferentes tipos de relaciones entre dos miembros de la familia.

Debido a que los patrones de conexión pueden ser bastante complejos, frecuentemente es útil representarlos en genogramas separados:

MUY UNIDOS: Tres líneas paralelas.

UNIDOS: Dos líneas paralelas.

DISTANTES: Una línea discontinua.

SEPARADOS: Una línea cortada tangencialmente por otra.

PROBLEMÁTICA: Una línea zigzagueante que conecta a ambos individuos.

PROBLEMÁTICOS MUY UNIDOS: Tres líneas paralelas con una zigzagueante dentro.



Relaciones interpersonales

Muy unidos - Muy unidos pero problemáticos - Problemáticos - Rotos - Distantes



Erasmus+



ANEXO 8 – ORIENTACIÓN INDIVIDUAL

ORIENTARSI/ORIENTACIÓN INDIVIDUAL

AREA DELLA NOMINAZIONE/NOMS/NAMES

COGNOME/NOM DE FAMILLE/SURNAME

NOME/PRENOM/NAME

ALTRI NOMI SIGNIFICATIVI/AUTRES PRENOMS/OTHERS NAMES

(si è a conoscenza del significato dei nomi? / connaissez-vous les significations des prénoms/do you know what names mean?)

ETA'/AGE:

Luogo di nascita/LIEU DE NAISSANCE/ PLACE OF BIRTH :

Nazionalità/NATIONALITE/NATIONALITY:

AREA DELLE LINGUE/LANGUES/LANGUAGES

Lingua madre/langue maternelle/mothertongue

altre lingue parlate/autres langues/otherslanguages

lingue dei genitori/langues des parents/parents' languages

AREA DELLA FAMIGLIA/Famille/Family

Nascite dei genitori/Naissances des parents/Birth of parents

Nascite dei figli/Naissances des enfants/Birth of children

Relazione tra i genitori/Relations entre les parents/Relations between parents

Relazione con i nonni-nonne/Relations avec grand-parents/Relation withgrandparents

AREA DELLE MIGRAZIONI/Migrations

Interne allo Stato di nascita/A l'intérieur de l'Etat où on est né/Inside the country of birth

All'estero/A l'étranger/Abroad

In Italia/En Italie/In Italy

Tempo di permanenza in Italia/Temps de séjour en Italie/ Time of residence in Italy

Rientro nel Paese di provenienza (e/o in altri Paesi) per motivi/Retour au Pays d'origine (et/ou dans d'autres Pays) pour des raisons...../Return to the country of origin

Frequenza dei rientri/Fréquence des retours/Frequency of return

*Contatti con i familiari che si trovano in altri Paesi/Contact avec des membres de la famille à l'étranger/
Contacts with family members abroad*

AREA DELLE RELIGIONI/Religions

Appartenenza/appartenenze religiosa-e/Appartenances religieuses/Religious belief

Frequentazione di luoghi di culto/Fréquentation des lieux de culte/ Attendance of places of worship

STORIA PERSONALE/Histoire personnelle/Personal history

Che storia conoscete? (lavoro, studi, saperi, conoscenze, desideri, difficoltà...)

Quelle histoire connaissez-vous? (travail, étude, savoirs, connaissances, désirs, difficultés...)

What do you know about the personal history ? (work, studies, knowledges, desires, difficulties...)

PRESENTAZIONE SINTETICA DELLA SITUAZIONE/Présentation synthétique de la situation/

Brief description of the situation

Motivo per cui si è rivolto/a al nostro servizio (è avvenuto un incidente ..., è stata accompagnata da ..., ...)

Pourquoi s'est-il adressé à notre bureau?

Reason why he/she come to to service

Altre osservazioni che riteniamo utili

Autres observations utiles

Other comments



Erasmus+



Problematica maggiore rilevata:

Problématique repérée

Major problem

RETI/RESEAUX/NETWORKS

ALTRE ISTITUZIONI e professionisti COINVOLTI/Autres institutions ou professionnels impliqués/ Others institutions:

- 1) Domanda di intervento: Intervention request _____
- 2) Domanda di intervento: Intervention request
- 3) Domanda di intervento: Intervention request:

Quali soggetti (non istituzionali) avete coinvolto? Con quale domanda?

Quels sujets non institutionnels avez-vous impliqués? Pourquoi?

Which non institutional actors have you involved? Why?

1: _____

2: _____

3: _____

Le professioniste, i professionisti che hanno steso il documento (nome e cognome – funzione)/Indicate professionals' names, surname and fonction

data/date:

e-mail:



Erasmus+



ANEXO 9 - MAPA DE TODD MODIFICADO (MTM)

Mapa di Todd – riadattamento 2014 – fonte: Todd D., Social networking mapping, en Curtis W. R. The future use of social networks in mental health, Boston, Sig.ra/Sig. _____
Data _____

FAMIGLIA/PARENTELA

AMICI/CONOSCENTI

ATTIVITA'/LAVORO

SERVIZI/ISTITUZIONI PUBBL E PRIV

Mapa di Todd – riadattamento 2014 – fonte: Todd D., Social networking mapping, en Curtis W. R. The future use of social networks in mental health, Boston,

Dare/riceve: sostegno affettivo ♥ sostegno economico €; sostegno materiale ■; stima ★; consigli ➔ Legami: buono —; intermittente - - - - -; conflittuale ➔



Erasmus+



ANEXO 10 - TABLA DE OBSERVACIÓN

Tabla de Observación (número de identificación de la tabla)

Apellido y nombre del cabeza de familia bajo

observación:

Condado:

Ciudad/Pueblo:

Calle:nº.....

Teléfono:

Firma:

Apellido y nombre de la persona que rellena la tabla:

Posición:

Firma:

Fecha en que se relleno la tabla:

Día |_|_| Mes |_|_| Año |_|_|_|_|

Hora en que comenzó la entrevista:

Hora en que terminó la entrevista:

1. SITUACIÓN ECONÓMICA

- | | | |
|---|-------|-------|
| a. La familia en situación de pobreza | 1. SÍ | 2. NO |
| b. Uno o los dos padres se encuentran en desempleo (con o sin ayudas) | 1. SÍ | 2. NO |
| c. La familia recibe ayudas sociales | 1. SÍ | 2. NO |

2. SITUACIÓN SOCIAL

- | | | |
|---|-------|-------|
| a. En la familia, hay una madre o una embarazada menor de edad | 1. SÍ | 2. NO |
| b. Familia monoparental | 1. SÍ | 2. NO |
| c. Uno o ambos padres trabajan en el extranjero | 1. SÍ | 2. NO |
| d. Ambos padres han fallecido, son desconocidos, han perdido su custodia o ésta ha sido eliminada por un tribunal, han sido declarados incompetentes, desaparecidos o fallecidos por un tribunal, en ausencia de tutor u otra medida de protección especial | 1. SÍ | 2. NO |
| e. Uno o más hijos de la familia han vuelto al país después de una experiencia migratoria de más de un año | 1. SÍ | 2. NO |
| f. La familia tiene uno o más hijos en el sistema de protección especial | 1. SÍ | 2. NO |
| g. Uno o más hijos ha sido reintegrado del sistema de protección especial | 1. SÍ | 2. NO |
| h. La familia tiene miembros con deficiencias sensoriales, neurológicas o intelectuales que limitan significativamente su calidad de vida y su participación en la vida social | 1. SÍ | 2. NO |
| i. Al menos un miembro de la familia (incluidos los adultos) no tiene documentos de identidad (certificado de nacimiento) | 1. SÍ | 2. NO |
| j. Uno o varios miembros se encuentra cumpliendo una pena de prisión | 1. SÍ | 2. NO |
| k. La familia se enfrenta a cualquier otra situación que pueda indicar vulnerabilidad | 1. SÍ | 2. NO |

Por favor, explique con detalle cualquier otra situación:



3. ESTADO DE SALUD

- | | | |
|--|-------|-------|
| a. Uno o más miembros sufren enfermedades crónicas y transmisibles | 1. SÍ | 2. NO |
| b. Uno o más miembros no están registrados con un médico de cabecera | 1. SÍ | 2. NO |
| c. Hay una mujer embarazada no registrada con un médico de cabecera | 1. SÍ | 2. NO |
| d. Hay un niño que no está registrado con un médico de cabecera | 1. SÍ | 2. NO |
| e. Uno o más hijos no están registrados con un médico de cabecera | 1. SÍ | 2. NO |
| f. Uno o más hijos no están vacunados | 1. SÍ | 2. NO |
| g. Uno o más hijos sufren enfermedades crónicas y transmisibles con varios períodos de hospitalización | 1. SÍ | 2. NO |
| h. La familia se enfrenta a cualquier otra situación que pueda afectar el estado de salud del niño | 1. SÍ | 2. NO |

Por favor, explique con detalle qué otros tipos de problemas existen en materia de salud:

4. NIVEL DE EDUCACIÓN

- | | | |
|---|-------|-------|
| a. Uno o ambos padres son analfabetos | 1. SÍ | 2. NO |
| b. Uno o más niños de la familia en edad escolar no acuden a la educación obligatoria. | 1. SÍ | 2. NO |
| c. Uno o más hijos han dejado la escuela tempranamente. | 1. SÍ | 2. NO |
| d. Uno o más hijos no acuden a la escuela regularmente o han repetido cursos. | 1. SÍ | 2. NO |
| e. Uno o más hijos tienen bajo rendimiento escolar (deben repetir exámenes, etc.) | 1. SÍ | 2. NO |
| f. Uno o más hijos tienen un historial de sanciones en la escuela (expulsiones, penalizaciones por mala conducta, etc.) | 1. SÍ | 2. NO |
| g. La familia tiene un gran número de niños en edad preescolar. | 1. SÍ | 2. NO |
| h. Uno o más niños tienen necesidades de educación especial | 1. SÍ | 2. NO |
| i. La familia se enfrenta a cualquier otra situación que pueda afectar la educación del niño. | 1. SÍ | 2. NO |

Por favor, explique con detalle qué otros tipos de problemas existen en materia de educación:

5. CONDICIONES DE VIDA

- | | | |
|--|-------|-------|
| a. La familia ocupa ilegalmente una vivienda (esto incluye construcciones sin permiso) | 1. SÍ | 2. NO |
| b. La familia vive en circunstancias inadecuadas: en edificios en un estado avanzado de degradación, en espacios que no están destinados a ser una vivienda (almacenes, estaciones de bombeo, pozos, edificios abandonados, etc.). | 1. SÍ | 2. NO |



Erasmus+



- | | | |
|--|-------|-------|
| c. La familia no tiene suficiente espacio con relación al número de miembros; el espacio está abarrotado. | 1. SÍ | 2. NO |
| d. La familia no tiene acceso a servicios públicos, especialmente a una fuente de agua, electricidad y calefacción | 1. SÍ | 2. NO |
| e. La familia no tiene un mínimo equipo para cocinar y/o calentar, ni tampoco mobiliario. | 1. SÍ | 2. NO |
| f. Falta de mantenimiento de la vivienda y de higiene. | 1. SÍ | 2. NO |

6. CONDUCTAS DE RIESGO

- | | | |
|--|-------|-------|
| a. La familia tiene un historial de denuncias/quejas registradas y confirmadas por las autoridades o la policía, en relación con el comportamiento antisocial de un miembro de la familia, tales como faltas o delitos, explotación de menores a través de la mendicidad, etc. | 1. SÍ | 2. NO |
| b. Existe presencia de comportamiento agresivo en la familia por parte de uno o varios miembros, o un historial de violencia sancionada por quejas u órdenes de protección/restricción. | 1. SÍ | 2. NO |
| c. Se consume alcohol en exceso. | 1. SÍ | 2. NO |
| d. Existe consumo de sustancias psicotrópicas o un historial de consumo o abuso de dichas sustancias. | 1. SÍ | 2. NO |



ANEXO 11 - INFORME MÉDICO

INFORME MÉDICO

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O DE LA NIÑA:

Nombre y apellidos del niño: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Código numérico personal: _____

Género: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO:

Duración del embarazo _____ Tipo de nacimiento _____

Aspecto del niño _____ Puntuación en el test de APGAR _____

Peso/Altura/Circunferencia de la cabeza en el nacimiento: P= _____ gr, A= _____ cm, HCN= _____ cm

Diagnóstico en el nacimiento:

FECHA DE ADMISIÓN: _____

VACUNAS (inmunización): _____

ALIMENTACIÓN (duración):

Natural _____

Artificial (leche de fórmula) _____

VITAMINAS: Vitamina D _____

Resultados de los análisis de laboratorio obligatorias: _____ (fecha ____/____/____):

Presencia de anticuerpos para VIH 1/VIH 2 _____

Hepatitis B/C _____ Sífilis _____

Análisis de excrementos para parásitos y huevos _____

Exudado faríngeo _____

DIAGNOSIS Y TRATAMIENTO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

- enfermedades infecciosas y contagiosas _____
- otras enfermedades (edad específica) _____
- enfermedades crónicas _____

II. HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR:

MADRE (no sobre embarazos, no sobre nacimientos, sólo enfermedades detectadas y estado de salud del momento):

¿Cómo mantiene las relaciones con el niño y el personal médico?



Erasmus+



PADRE: estado de salud _____

Su opinión en cuanto al niño / si está interesado en él o no _____

HISTORIAL MÉDICO DE LOS HERMANOS: _____

EXAMEN CLÍNICO:

CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL (diagnóstico, peso actual, resultados de los análisis de laboratorio):

NECESIDADES DEL NIÑO RESPECTO A DIFERENTES ASPECTOS:

- medicación: _____
- crianza: _____
- alimentación: _____
- alojamiento:
 - en familia
 - en un centro con niños con necesidades especiales _____

RECOMENDACIONES MÉDICAS:

RECOMENDACIONES SOBRE EL CUIDADO DEL NIÑO:

1. requiere cuidado especial _____
2. en el entorno de la familia _____

RECOMENDACIONES ESPECIALES (reevaluaciones médicas periódicas, otras intervenciones):

Fecha: _____

Pediatría _____



ANEXO 12 - TABLA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS - MODELO DE HOSPITAL DE MATERNIDAD

TABLA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS

I. Información sobre el niño:

- Nombre y apellidos del niño: _____
- Fecha y lugar de nacimiento: _____
- Código Numérico Personal _____
- Se menciona si existe Certificado de Nacimiento, si el niño está bautizado, si tiene visitas y quién lo visita (el estatus del visitante)
- Estado de salud (diagnóstico, indicadores de peso y estatura, peso al nacer): (se adjuntará el Informe Médico)
- Fecha de entrada del caso en la unidad médica: _____
- Motivo de la admisión en la unidad médica: _____
- Fecha en la que el trabajador social de la unidad médica se hizo el caso: _____
- Necesidades del niño:
 1. médicas _____
 2. alimentación _____
 3. social _____
- Riesgos a los que está expuesto: _____
- Datos de contacto de los profesionales:
 - Abuelos maternos: _____
 - Abuelos paternos: _____
 - Otras personas: _____

II. Información sobre los padres:

	Madre	Padre
Nombre y apellidos		
Código Numérico Personal		
Fecha y lugar de nacimiento		
Residencia legal		
Residencia real		
Estudios		
Profesión		



Erasmus+



Ocupación		
Lugar de trabajo		
Nacionalidad/Etnia		
Religión		
Convicciones previas (si las hay)		
Estado de salud		
Estado civil (matrimonio, pareja de hecho, divorcio, viudedad, familia monoparental)		

III. Pasos hechos por el trabajador social de la unidad médica:

- Orientación para los padres/profesionales _____
- Evaluación psicológica _____
- Notificación del Servicio Público de Trabajo Social: contacto por teléfono _____, por escrito _____
- Notificación de la Policía: contacto por teléfono _____, por escrito _____
- Notificación de la Dirección de Asistencia Social y Protección de Menores: contacto por teléfono _____, por escrito _____
- Orientación para miembros de la familia: familia nuclear _____ familia extensa _____

IV. Información sobre la relación con la familia:

V. Recomendaciones:

VI. Documentos adjuntos a esta Tabla:

Informe Médico, petición de la madre (si la hay), documentos de identificación (copias) para la madre/padre/otros parientes implicados.

Gerente,

Trabajador Social,

REFERENCIAS:

Born M., Lioni A-M. (1997). *Aide aux mères en situation de pauvreté*, Bruxelles, Fonds Houtman.

Briscoe, L., Lavender, T. & McGowan, L. (2016). Concept analysis. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship*. John Wiley & Sons Ltd.

Fawcett, B., Meagher, S. Goodwin & Phillips, R. (2009). *Social Policy for Social Change*. Melbourne and Basingstoke: Macmillan.

Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using generic and etic approaches, *Journal of Advanced Nursing*, Blackwell Science Ltd.

Todd, D. (1970). Social networking mapping, in Curtis W. R. *The future use of social networks in mental health*, Social Matrix Inc.



Cofinancé par le
programme Erasmus+
de l'Union européenne

*Cette communication n'engage que son auteur et la Commission n'est pas responsable de l'usage
qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.*

©capeVfair -2017

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA VULNERABILIDAD DURANTE EL PERÍODO PERINATAL

AUTORA

DANIELA COJOCARU

CO-AUTORES

STEFAN COJOCARU, MĂDĂLINA BELCESCU, ALEXANDRA GALBIN, IULIANA-ODETA ZAGAN, SIMONA TROFIN, ION IONESCU, STÉPHANIE DESTANDAU, PHILIPPE DIDIER-COURBIN, RICHARD THIBAUT, CHANTAL HIRIART, LÉONIE JAMES, PIERRE LAVIGNASSE, ANNE-MARIE DOUCET-DAHLGREN, CHIARA SITÀ, ROSANNA CIMA, MARIA LIVIA ALGA, ELENA MIGLIAVACCA, NURIA FUENTES-PELÁEZ, AÏDA URREA, AINOA MATEOS, CRESCENCIA PASTOR, EDUARD VAQUERO, ANA ISABEL BALDERO, LLUÍS MARCH

