

TRABAJO FIN DE GRADO

LA VINCULACIÓN CON MENORES TUTELADOS PARA LA SUPERACIÓN DE LOS PROCESOS DE DUELO



Angie Geraldine Bejarano Guzmán

Trabajo Fin de Grado

Grado en Trabajo Social

Tutora. Marta Ausona Bieto

Curso 2021-2022

22.06.2022

Facultad de Educación Social y Trabajo Social

Universidad Ramon Llull

LA VINCULACIÓN CON MENORES TUTELADOS PARA LA SUPERACIÓN DE LOS PROCESOS DE DUELO

RESUMEN

El duelo es uno de los procesos por los cuales pasan todas las personas en algún momento de su vida, aunque las formas de afrontarlo pueden ser diversas hay una necesidad de adaptarse a la pérdida de un vínculo afectivo, objeto o acontecimiento que tienen una gran importancia vital para las personas. Históricamente, los infantes y adolescentes han sido privados de poder experimentar el duelo, provocado por la necesidad de los adultos de sobreproteger a los menores del sufrimiento. Este hecho, me ha llevado a plantearme qué sucede con los menores tutelados, ya que el objetivo de estas medidas de protección es poder asegurar el bienestar integral de los infantes y adolescentes, mediante la separación temporal del núcleo familiar hasta que se valore que la situación de desamparo ya no es necesaria y pueda regresar con su familia de origen. Por tanto, estos menores están pasando por un proceso de duelo que necesita ser atendido por los profesionales. Así pues, el objetivo de este estudio es averiguar cómo la vinculación afectiva puede ayudar a estos infantes y adolescentes a superar los procesos de duelo, en especial de los que se encuentran en centros residenciales.

La metodología usada para resolver este planteamiento ha consistido en la elaboración de objetivos generales y específicos, que ayuden a enfocar la investigación para recoger información de documentos oficiales, artículos científicos o libros especializados en la temática y contrastar los resultados obtenidos. Con la información obtenida se ha concluido que hace falta una mayor intervención en el duelo con los menores tutelados desde el enfoque de la vinculación afectiva, ya que la Administración no acaba de atender las necesidades afectivas, de estimulación y emocionales, de manera que se proporcionan recomendaciones desde la intervención en Trabajo Social.

Palabras clave: vinculación afectiva, apego seguro, duelo, procesos de duelo, menores tutelados.

LA VINCULACIÓ AMB MENORS TUTELATS PER A LA SUPERACIÓ DELS PROCESSOS DE DOL

RESUM

El dol és un dels processos pel qual passen totes les persones en qualsevol moment de la seva vida, encara que les maneres d'afrontar-lo poden ser diverses hi ha una necessitat d'adaptar-se a la pèrdua d'un vincle afectiu, objecte o esdeveniment que tenen una gran importància vital per a les persones. Històricament, els infants i adolescents han estat privats de poder experimentar el dol, provocat per la necessitat dels adults de sobreprotegir als menors del sofriment. Aquest fet m'ha portat a plantejar-me què succeeix amb els menors tutelats, ja que l'objectiu d'aquestes mesures de protecció és poder assegurar el benestar integral dels infants i adolescents, mitjançant la separació temporal del nucli familiar fins que es valori que la situació de desemparament ja no és necessària i pugui retornar amb la seva família d'origen. Per tant, aquests menors es troben passant per un procés de dol que necessita ser atès pels professionals. Així doncs, l'objectiu d'aquest estudi és esbrinar com la vinculació afectiva pot ajudar aquests infants i adolescents a superar els processos de dol, especialment dels que es troben en centres residencials.

La metodologia emprada per a resoldre aquest plantejament ha consistit en l'elaboració d'objectius generals i específics, que ajudin a enfocar la recerca per a recollir informació de documents oficials, articles científics o llibres especialitzats en la temàtica i contrastar els resultats obtinguts. Amb la informació obtinguda s'ha conclòs que cal una major intervenció en el dol amb els menors tutelats des de l'enfocament de la vinculació afectiva, ja que l'Administració no acaba d'atendre les necessitats afectives, d'estimulació i emocionals, de manera que es proporcionen recomanacions des de la intervenció en el Treball Social.

Paraules clau: vinculació afectiva, aferrament segur, dol, processos de dol, menors tutelats.

THE BOND WITH MINORS UNDER GUARDIANSHIP TO OVERCOME GRIEVING PROCESSES

ABSTRACT

Grief is one of the processes that all people go through at some point in their lives, although the ways of dealing with it can be diverse, there is a need to adapt to the loss of an affective bond, object or event that is of great vital importance to people. Historically, children and adolescents have been deprived of being able to experience grief, caused by adults' need to overprotect minors from suffering. This fact has led me to ask myself what happens to minors under guardianship, since the objective of these protection measures is to ensure the integral wellbeing of children and adolescents by temporarily separating them from their families until it is assessed that the situation of helplessness is no longer necessary and they can return to their families of origin. Therefore, these minors are going through a grieving process that needs to be addressed by professionals. Thus, the aim of this study is to find out how affective bonding can help these children and adolescents to overcome the grieving process, especially those who are in residential centers.

The methodology used to resolve this approach has consisted of the elaboration of general and specific objectives, which help to focus the research to gather information from official documents, scientific articles or books specialising in the subject and to contrast the results obtained. With the information obtained, it has been concluded that there is a need for greater intervention in the bereavement of minors under guardianship from an affective bonding approach, as the Administration does not fully meet the affective, stimulation and emotional needs, so that recommendations are provided from the intervention in Social Work.

Key words: affective bonding, secure attachment, grief, grieving processes, minors under guardianship.

Muchas personas pasan por nuestra vida, pero solo muy pocas llegan a ocupar un gran lugar en nuestro corazón.

ADAM SMITH

SUMARIO DE CONTENIDOS

1. Introducción y justificación.....	8
2. Pregunta inicial y objetivos	10
3. Metodología	12
4. Marco teórico – estado de la cuestión	15
4.1 Infancia y adolescencia tutelada en cataluña	16
4.1.1 Marco legislativo.....	16
4.1.2 Maltrato infantil.....	19
4.1.3 Tipologías de maltrato infantil	24
4.1.4 Consecuencias del maltrato infantil	25
4.1.5 Protocolo de actuación en situaciones de maltrato infantil por parte de los profesionales.....	27
4.1.6 Medidas de protección	30
4.1.7 Funciones del trabajador social en situaciones de desamparo	32
4.2 Los procesos de duelo.....	34
4.2.1 Contextualización del duelo	34
4.2.2 Sintomatología de los procesos de duelo y consecuencias de no superarlos .	37
4.2.3 Duelo en menores de edad	40
4.2.4 Intervención de los procesos de duelo desde el trabajo social	42
4.3 Vinculación y/o apego	44
4.3.1 Introducción a la vinculación y/o apego y tipologías.....	44
4.3.2 Qué se necesita para establecer una vinculación segura	47
4.3.3 La vinculación afectiva y cómo construirla en la práctica profesional	51
5. Análisis y discusión.....	53
6. Conclusiones	60
7. Bibliografía.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Objetivos generales y específicos del TFG	12
Tabla 2. Situación de riesgo	22
Tabla 3. Desamparo	23
Tabla 4. Acción realizada desde SSSS básicos según la situación de gravedad detectada	28
Tabla 5. Acción realizada desde DGAIA según la situación de gravedad detectada	29
Tabla 6. Manifestaciones del duelo normal según Worden.....	37
Tabla 7. Factores de riesgo para el duelo complicado.....	39
Tabla 8. Necesidades primarias y secundarias según la Teoría de necesidades de Doyal y Gough	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Cronograma del TFG	15
Figura 2. Fases de la Pirámide de Maslow	48

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Actualmente, en España hay una realidad que pasa desapercibida para la comunidad y son los menores desamparados. Esto se debe, en parte, al pensamiento arraigado de la sociedad de que los menores no pueden sufrir maltrato por parte de familiares cercanos, ya que el rol familiar implica que los adultos son los que protegen a los infantes y adolescentes de cualquier daño externo. Asimismo, el hecho de establecerlos como una sociedad individualista entorpece las intervenciones sociales en pro de la defensa de los derechos de este colectivo, debido a que no hay una preocupación genuina por ayudar a la otra persona, de manera que esta responsabilidad queda delegada a los profesionales de cualquier ámbito que detecten una situación vulnerable para el menor. A su vez, este individualismo ocasiona que las familias se muestren herméticas ante una intervención con sus hijos, porque lo perciben como una amenaza a su parentalidad.

No obstante, no solo se trata de menores que no han recibido una correcta cobertura de sus necesidades básicas, en especial de las afectivas, sino que hay distintas realidades como la orfandad, menores que viajan solos entre otros casos más, pero que tienen en común la falta de figuras adultas que puedan encargarse de su correcto desarrollo y, que, por tanto, el Estado decide asumir la tutela. De hecho, en el año 2020 fueron atendidos 49.171 niños y adolescentes por el sistema público de protección a la Infancia, de los cuales 31.738 eran tutelados y 3.870 guardas (Observatorio Infancia, 2021, p.21). En Cataluña, el mes de marzo de este año (2022) había 17.126 menores con expediente abierto en el sistema de protección, de los cuales 8.077 estaban con medidas protectoras. De este último grupo, se puede ver que 4.486 infantes y adolescentes se encontraban en acogimiento en centro residencial (55,6%), mientras que los 3.574 restantes (44,2%) tenían acogimiento en familia (*Generalitat de Catalunya, 2022*).

Esta realidad me ha hecho querer indagar sobre qué sucede cuándo se hacen estas medidas protectoras, es decir, son infantes y adolescentes que han pasado por situaciones familiares complejas que han podido ocasionar que no hayan conseguido desarrollar un apego seguro y, por tanto, es posible que hayan generado desconfianza en torno a las figuras adultas, debido a que las principales figuras de protección no han llevado a cabo esta tarea o no lo han realizado de manera adecuada. Cabe destacar que no todos han pasado por la misma situación, ya que hay menores tutelados que pueden haber formado este vínculo, pero que por situaciones adversas han sufrido la pérdida de éste. Sin embargo, los infantes y adolescentes tutelados tienen en común la pérdida, temporal o

definitiva, con sus figuras de apego. Teniendo en cuenta las posibles dificultades ocasionadas por los acontecimientos que han llevado al desamparo, es natural que puedan llegar a presentar dificultades para la vinculación y, aún más, si se tienen que adaptar a un nuevo ambiente, con nuevas figuras, compañeros, pautas de comportamiento, etc.

Por ello, los profesionales involucrados deben saber cómo trabajar y gestionar las barreras que estos menores se han interpuesto para protegerse de los daños recibidos a partir de la vinculación, ya que establecer un vínculo es beneficioso para las intervenciones sociales debido a que se establece una relación de ayuda, de escucha y de seguridad que favorece a la superación de situaciones complejas y, que, además, les hace ver que no están solos en todo este proceso. A mí parecer, esto es especialmente relevante para aquellos menores que se encuentran en centros residenciales, porque el centro no acaba de ser el hogar cálido que se desea para estos chicos, ya que debería ser transitorio, pero muchos acaban pasando muchos meses e incluso años ahí sin encontrar una familia o poder regresar con la suya. Asimismo, deberán adaptarse a los cambios como, por ejemplo, nuevos compañeros y profesionales, mientras que los que se encuentran en acogimiento familiar tienen una mayor estabilidad para desarrollarse.

En mi opinión, los procesos de duelo en menores de edad suele ser un tema poco tratado por los profesionales, de manera que este hecho llega a perjudicar al colectivo, ya que pueden arrastrar este conflicto interno hasta su adultez, pues no se trató el tema en su debido momento. Este hecho puede tener sus raíces en la necesidad de proteger a los infantes y adolescentes de situaciones dolorosas, pero contrario a lo que se pueda pensar acaba siendo más doloroso para ellos, porque crecen con muchas preguntas sin responder. En mi caso, durante las prácticas con extutelados, pude ser consciente de la cantidad de jóvenes que padecen dificultades para vincularse con gente de su entorno y, en algunos casos, de establecer vinculaciones sanas. En ocasiones, estos jóvenes expresaban la necesidad de saber por qué su vida se había desarrollado de esta manera, haciendo hincapié en el hecho de crecer sin una familia o sin los progenitores biológicos y llegando a compararse con el resto. Este hecho, me llevó a pensar que tal vez desde los centros residenciales o las familias de acogida no trataron con los procesos de duelo vividos cuando se encontraban tutelados.

Por todos los motivos expuestos anteriormente, la finalidad de este trabajo de fin de grado es investigar sobre cómo la vinculación puede ayudar a los menores tutelados a superar los procesos de duelo que están viviendo y, por consiguiente, sus consecuencias con el

propósito de proporcionar herramientas a los profesionales sociales (Trabajadores y Educadores Sociales) para entender su realidad y satisfacer las necesidades básicas, poniendo especial atención a las afectivas, para asegurar que se está protegiendo el correcto desarrollo del menor desde el sistema público.

2. PREGUNTA INICIAL Y OBJETIVOS

La principal pregunta que me planteo como propósito de este TFG es la siguiente:

¿Qué efectos tiene la vinculación en la superación de los procesos de duelo con los menores tutelados?

Esta pregunta se debe al interés por descubrir cómo la vinculación que puedan establecer los menores influye en la superación de los procesos de duelo y, consecuentemente, en el establecimiento de relaciones fuertes y seguras para el desarrollo personal de cada uno de ellos, tanto para asegurar su bienestar físico, emocional y social en el presente como en el futuro, que es cuando dejan de ser tutelados y tendrán que cuidar de sí mismos, porque son considerados adultos de pleno derecho.

Esta pregunta me ha llevado a plantearme cómo viven los infantes y adolescentes tutelados estar en acogimiento familiar o en centros residenciales, ya que los profesionales implicados en todo el proceso se centran en las necesidades básicas del menor, pero considero que la parte emocional y afectiva del menor queda desplazada a un segundo plano, en especial de los menores en centros residenciales, porque las ratios de profesionales son muy bajas en relación con los menores atendidos, el cambio constante de referentes por motivos laborales o personales, la presión que ejerce la Administración sobre los profesionales entre otros motivos más que pueden afectar negativamente al establecimiento de un vínculo afectivo.

De hecho, en relación con la ratio de los profesionales, la *Generalitat de Catalunya (2010)* pone a disposición de los menores 1 profesional de Trabajo Social, Psicólogo y Pedagogo por cada 40 infantes en el *Servei especialitzat d'atenció a la infància i a l'adolescència (SEAIA)*, de manera que estas cifras hacen plantearse hasta qué punto la atención es directa y personalizada a las necesidades de cada uno de ellos. En cambio, los infantes que se encuentran en acogimiento familiar son atendidos por la familia y el profesional encargado del seguimiento y valoración, de manera que podría resultar más sencillo para ellos poder detectar las dificultades y fortalezas que presentan los menores.

Por eso mismo, me surgió la duda de si a los menores que se encuentran en acogimiento familiar les resulta más fácil establecer vínculos afectivos, a causa de que tienen un apoyo más directo y constante que va más allá de la cobertura de las necesidades básicas, ya que les pueden proporcionar el afecto y ayuda que ellos necesitan. En cambio, los infantes y adolescentes que viven en centros residenciales solo conviven con compañeros en su misma situación y profesionales, de manera que no reciben una atención directa en el sentido de que, tal vez, no acaban de recibir la atención necesaria para el establecimiento de un vínculo seguro u afectivo con cada uno de ellos. En consecuencia, me surgió la incertidumbre sobre los efectos que pueden tener los cambios constantes del entorno (de referentes profesionales, familia, compañeros, etc.) en la vinculación, debido a que se puede percibir como otro abandono, dificultando así la vinculación.

Por estas razones, me han surgido dos cuestiones relacionadas con lo comentado anteriormente. La primera, qué necesidades necesitan cubrir los profesionales o familiares para el correcto desarrollo de este grupo y, la segunda, si ellos saben gestionar y tratar con los miedos de los menores tutelados, ya que si se encuentran en medida de protección es porque han vivido situaciones familiares complejas. Asimismo, a raíz de estos planteamientos pensé si estos menores son conscientes de las razones por las que se encuentran ahí, es decir, porque de repente ya no están con su núcleo familiar, ya que considero que el hecho de querer protegerlos puede interponerse en el derecho del menor de conocer su situación y, por tanto, se les puede ocultar cierta información.

Estos cuestionamientos me han hecho preguntarme qué herramientas tienen los profesionales para tratar con los procesos de duelo de estos infantes y adolescentes y cómo la vinculación puede ayudar a los menores a desarrollar la capacidad de resiliencia, ya que, desde mi punto de vista, establecer una relación de ayuda puede hacer que sepan afrontar conflictos futuros.

Por todo lo expuesto con anterioridad, he establecido los siguientes objetivos generales y específicos:

Tabla 1. Objetivos generales y específicos del TFG

<p>OG1. Conocer las afectaciones de los procesos de duelo en menores tutelados y las consecuencias de no superarlos</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Poder detectar la sintomatología de los procesos de duelo y sus consecuencias➤ Proporcionar herramientas a los profesionales y a los infantes para tratar el duelo según la situación de cada infante o adolescente (muerte, abandono, separación, etc.) <p>OG2. Reconocer los elementos principales para establecer una vinculación afectiva con este colectivo</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Detectar las necesidades básicas que deben ser cubiertas y las afectaciones en caso de no estar garantizadas➤ Ratificar la importancia de la vinculación afectiva en el desarrollo del menor <p>OG3. Localizar las limitaciones de los profesionales para establecer vínculos con los infantes y los adolescentes tutelados</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Ofrecer propuestas de mejora al sistema de protección catalán en relación con la gestión de los procesos de duelo del colectivo para poder establecer vínculos➤ Saber cuáles son las funciones del Trabajador Social en el ámbito
--

Fuente: Elaboración propia.

3. METODOLOGÍA

La metodología de este trabajo de profundización teórica será cuantitativa y cualitativa, ya que quiero hacer una investigación que pueda acercarse y ser contrastada con la realidad actual de los infantes y adolescentes en Cataluña. Por tanto, el grupo de estudio son los menores tutelados, de manera que comprenden la edad de 0 a 18 años, que es cuando dejarían de ser amparados por la Administración. Asimismo, para ser considerado tutelado el Estado debe haber asumido su tutela y establecido una medida de protección acorde a la realidad del menor desamparado.

En mi caso, pondré especial atención a los infantes y adolescentes que se encuentran en centros residenciales, porque quiero conocer cómo perciben la separación de su núcleo familiar y convivir en un nuevo entorno en el cual la atención es más profesionalizada, de manera que me interesa saber si los profesionales saben trabajar sobre los procesos de duelo para establecer una vinculación afectiva que les ayude a superarlo. No obstante, esto no quiere decir que no tendré en cuenta la realidad de los niños que están en

acogimiento familiar, debido a que quiero poder contrastarlo con los datos recogidos de los que viven en centros residenciales para entender si ellos tienen mayor facilidad para vincularse.

Para ello, haré una búsqueda de artículos científicos que incidan en la realidad que pretendo estudiar. Los artículos que tendré en cuenta son aquellos que no tengan más de 25 años, ya que quiero poder acercarme el máximo posible a la realidad, de manera que es conveniente que sean estudios recientes. Sin embargo, este criterio de exclusión no lo tendrán las investigaciones que hablen de teorías claves para este trabajo o referentes del ámbito. En estos casos, se rastreará cómo han ido desarrollándose esas teorías por autores más actuales. Los estudios serán extraídos de páginas como Dilanet, Google Académico, Colegio Oficial de Trabajo Social en Cataluña, *Journal of social work education*, Emerald, Elibro entre otros recursos más que ofrece la biblioteca de la universidad. También, tendré en cuenta las páginas web de Organizaciones Internacionales y de profesionales sociales. Los artículos obtenidos pueden ser en castellano, catalán e inglés, con el fin de tener una información más amplia y objetiva del suceso, pero sin olvidar que nos situamos en el contexto de protección al menor en el sistema catalán. Algunas de las palabras clave que utilizaré en la investigación son vinculación afectiva, apego seguro, menores tutelados, duelo, procesos de duelo y relación de ayuda.

Por otra parte, los datos estadísticos que se puedan encontrar en el TFG serán sustraídos de canales oficiales de análisis de datos como, por ejemplo, el Instituto Nacional de Estadística (INE), Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat), *Generalitat de Catalunya* y portales especializados en la temática relacionada con los procesos de duelo, infancia y adolescencia, menores tutelados entre otros. También, pueden ser datos de un artículo científico. En caso de utilizar estadísticas solo comprenderán los últimos 5 años, ya que son datos más inmediatos para contrastar la situación actual de este colectivo.

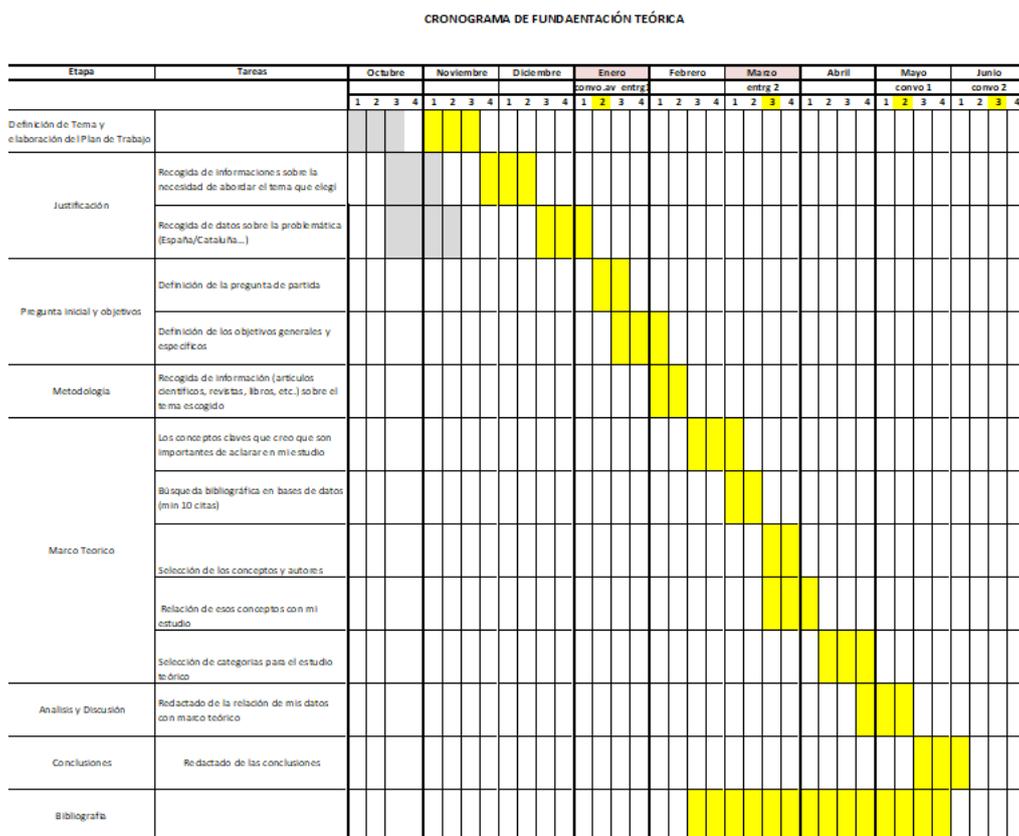
Este TFG se ha elaborado en 8 fases, que me han ayudado a concretar la temática y a hallar la respuesta a la pregunta inicial planteada. Estas fases han consistido en lo siguiente:

- 1. Definición del tema y elaboración del Plan de Trabajo.** En esta primera fase se ha definido la temática del TFG y los posibles temas relacionados con la elección, así como un Plan de Trabajo que me ayude a establecer qué pasos quiero seguir para el desarrollo de éste

2. **Justificación.** En esta etapa se ha justificado la razón por la cual he elegido la temática de la vinculación y los procesos de duelo en menores tutelados y la relevancia tras esta investigación en el Trabajo Social
3. **Pregunta inicial y objetivos.** Esta fase ha consistido en planteamientos que me han surgido en relación con la temática, de manera que luego he podido establecer qué pretendo con este estudio y cuáles son los objetivos generales y concretos a los que quiero dar respuesta
4. **Metodología.** En la metodología he definido el grupo de estudio, el enfoque del estudio y cómo voy a obtener la información para alcanzar los objetivos de este trabajo y, por consiguiente, dar respuesta al planteamiento inicial
5. **Marco teórico.** En esta fase, se han concretado los temas y subtemas que se quieren tratar en relación con la pregunta inicial y objetivos planteados. A partir de la concreción de los temas se han buscado las referencias necesarias para desarrollar cada uno de ellos, teniendo en cuenta la metodología
6. **Análisis y discusión.** En esta etapa se han relacionado los resultados obtenidos del marco teórico en relación con la temática mediante un análisis reflexivo y desde la perspectiva del Trabajo Social
7. **Conclusiones.** En las conclusiones se han hecho valoraciones y reflexiones generales en torno a la vinculación afectiva y los procesos de duelo en menores tutelados, así como propuestas de intervención
8. **Bibliografía.** La bibliografía se ha elaborado durante el desarrollo de las fases, sobre todo, desde el marco teórico y las fases posteriores. Finalmente, se hizo una revisión de la bibliografía usada para el TFG

A continuación, para poder llevar a cabo estas fases se ha establecido una calendarización, que sigue el orden en el cual se han expuesto las etapas:

Figura 1. Cronograma del TFG



Fuente: Elaboración propia.

4. MARCO TEÓRICO – ESTADO DE LA CUESTIÓN

En este apartado se exponen tres temas claves para entender cómo la vinculación puede ayudar a la superación de los procesos de duelo en los menores tutelados. En el primer tema, se contextualiza la situación de estos menores en Cataluña en relación con las leyes que los amparan, los protocolos de actuación existentes, la tipología de las medidas de protección y, por supuesto, las funciones de los Trabajadores Sociales con este colectivo. El segundo tema se concreta en el duelo, ya que la intencionalidad del trabajo es que el profesional pueda intervenir para ayudar al menor tutelado a superarlo o reducir su intensidad, de manera que será esencial conocer cómo se configura el duelo y su alcance. El último tema, trata sobre la vinculación desde la perspectiva de las necesidades que precisan ser cubiertas para el correcto desarrollo del colectivo. Asimismo, se expone el porqué de la necesidad de establecer una vinculación afectiva u apego seguro para estos infantes y adolescentes.

Seguidamente, se pueden observar los temas mencionados anteriormente en profundidad.

4.1 INFANCIA Y ADOLESCENCIA TUTELADA EN CATALUÑA

4.1.1 Marco legislativo

En Cataluña, cuando se trata del colectivo de infancia y adolescencia la ley que más destaca y, por la cual se rige la Comunidad Autónoma es la **ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y adolescencia**. No obstante, no es la única ley que ampara a los menores de edad, ya que existen políticas nacionales, europeas e internacionales, que pretenden establecer las bases protectoras para el desarrollo integral de los infantes y adolescentes.

La normativa internacional, europea y nacional más destacables son las que se enumeran a continuación (Hernández, 2021):

Internacional

- Convención de los Derechos de la Infancia de las Naciones Unidas, aprobada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1989
- Convenio de la Haya, de 29 de mayo de 1993, relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación en materia de Adopción Internacional

Europea

- Carta Social Europea
- Carta Europea sobre los Derechos del niño

Nacional

- Constitución Española 1978
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia

CCAA Cataluña (Generalitat de Catalunya, 2017)

- Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña. Artículo 40.3 del Estatuto establece que los poderes públicos deben

poder garantizar la protección de los infantes, especialmente, contra cualquier forma de maltrato

- **Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales**
- **Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y oportunidades de la infancia y la adolescencia**
- Ley 25/2010, de 29 de julio, del libro segundo del Código Civil de Cataluña, relativo a la persona y la familia
- Ley 27/2001, de 31 de diciembre, de justicia juvenil

Todas estas normativas se han hecho con el objetivo de proteger a los menores de cualquier situación de abuso, ya sea propiciado por la propia familia o por agentes externos, que indirecta o directamente están perjudicando el bienestar y desarrollo de estos. Así pues, como Trabajadores Sociales en Cataluña, pero que aplica para cualquier profesión del ámbito social, es clave tener en cuenta las dos leyes remarcadas anteriormente, ya que son las que especifican el proceder de los profesionales en este sector. Por ello, se explicarán con más detalle en las siguientes líneas:

Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales

Según la *Generalitat de Catalunya* (2007) es la ley que regula y ordena el Sistema de SSSS para asegurar el acceso universal en condiciones de calidad óptimas, que garanticen la dignidad y calidad de vida de las personas. El Sistema se constituye por el conjunto de recursos, equipamientos, proyectos, programas y prestaciones de titularidad pública y privada. Además, esta ley establece las bases de los Servicios Sociales especializados, entre los cuales se encuentran las actuaciones con infantes y adolescentes. Se entiende que el uso de este tipo de servicio es porque se necesita encontrar una respuesta a situaciones o necesidades que requieren de técnicos y recursos en una temática concreta para la resolución del problema.

Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y oportunidades de la infancia y la adolescencia

La LDOIA está compuesta por seis títulos. El primer título establece los principios rectores de la ley. El segundo, decreta el conjunto de derechos de los menores sin establecer una jerarquía. En el tercero, se establecen las actividades de la Administración en los diferentes ámbitos en los cuales se pueden dar acontecimientos de perjuicio para los menores y promueve la implicación de la sociedad. En el cuarto, se habla de la

protección pública al menor ante el maltrato infantil y de los servicios especializados para detectar e intervenir en estas situaciones. El penúltimo título, se enmarca el sistema de protección de los infantes y adolescentes en situación de riesgo y desamparo. En el sexto y último título, se establece el régimen sancionador (Allueva, 2011).

Con motivo de mi interés por la vinculación con los menores afectados, considero que es esencial hablar de los artículos 5 y 7 correspondientes al capítulo II del título I de la ley y del artículo 117 respectivo al capítulo III del título VI (*Parlament de Catalunya*, 2011):

Artículo 5. Interés superior del infante o adolescente

Tal y como el nombre indica se pretende tener en cuenta el interés superior del menor, ya que históricamente las decisiones han sido tomadas por adultos sin tener en cuenta la opinión del joven afectado. Así pues, con este principio rector las entidades públicas y los responsables del cuidado del menor tendrán que considerar las necesidades, los derechos, opiniones, anhelos y aspiraciones y, también, la individualidad de cada uno de ellos dentro del marco familiar y social.

Artículo 7. Derecho a ser escuchado

Este principio establece que los infantes y adolescentes tienen que ser escuchados según las capacidades evolutivas y con las competencias asumidas y, además, a partir de los 12 años deben ser escuchados en todos los ámbitos, especialmente de aquellos que puedan afectar a su entorno personal, familiar, social o patrimonial. Asimismo, se debe respetar la discreción, la intimidad y seguridad de estos.

Artículo 117. Información al infante o adolescente desamparado

Este artículo se relaciona con la capacidad de los menores para poder ser informados de la situación personal, las medidas adoptadas y las actuaciones que se llevarán a cabo. La información que les proporcionen tiene que ser comprensible, adecuada a sus condiciones y continua durante el proceso. Asimismo, se proclama como derecho que ellos puedan participar en su proceso de estudio y en la elaboración de la propuesta de medida de protección si las condiciones de edad o de madurez lo permiten.

Por otro lado, si han sido separados definitivamente de sus familias tienen derecho a conocer sus antecedentes culturales y sociales, que tienen que ser respetados en todo momento.

Estos artículos los considero fundamentales en mi investigación, ya que se promueve el derecho del menor tutelado a conocer la gravedad de su situación y el porqué detrás de cada actuación profesional, de manera que se ejerce una relación de confianza entre ambos al poder ser sinceros, comprensivos y abiertos con lo que está sucediendo. Por tanto, este hecho indica que la ley intenta evitar que los profesionales o tutores recurran a la sobreprotección, mediante la ocultación de información, ya que entienden que el infante o adolescente tiene el derecho a ser conocedor del proceso, porque afecta a su presente y futuro. A su vez, la escucha es uno de los elementos más valorados para los Trabajadores Sociales, debido a que aporta un acercamiento en la relación y permite que los menores tutelados puedan ser más abiertos con sus preocupaciones al sentir que son escuchados activamente.

De todas formas, me gustaría remarcar que en estos artículos se menciona la madurez del infante o adolescente como un factor para conocer su situación familiar, de manera que dependerá de la valoración que haga el profesional. Por tanto, el profesional tendrá que saber detectar cuál es el momento más indicado para hacerlo y cómo comunicarlo.

4.1.2 Maltrato infantil

Como se ha mencionado con anterioridad, en Cataluña había 17.126 menores con expediente abierto en el sistema de protección y 8.077 tenían medidas protectoras durante el mes de marzo de 2022 según datos de la *Generalitat de Catalunya* (2022). Es posible que estas cifras no sean absolutas, si se tiene en cuenta que es complejo detectar las situaciones de maltrato infantil, ya que las situaciones de maltrato suelen producirse en el ámbito privado del hogar, porque socialmente estas acciones no son aceptadas por el resto. Cabe destacar también, que el maltrato no físico es más complicado de percibir, porque no hay signos externos que faciliten su detección, de manera que se tendrán que observar síntomas mayoritariamente relacionados con la psique.

Según Aller, Sainero y Raposo (2016) la dificultad de detectar situaciones de maltrato infantil radica en el desconocimiento de las personas, que puede estar ligado a estos factores:

- **No conocer la existencia de los diferentes tipos de maltrato**

Como el propio nombre indica hay diversas formas de maltrato infantil, de manera que la detección de alguna de ellas dependerá del conocimiento general de la población para observar los síntomas.

- **Desconocer que las consecuencias del maltrato infantil pueden ser muy diversas**

Este punto hace referencia a que no solo las agresiones físicas, que son notorias, pueden ser perjudiciales, sino que existen otras causas que pueden ser falta de afecto, insultos y descalificaciones al menor, que pueden tener consecuencias negativas durante años e incluso toda la vida.

- **Atribuir erróneamente las causas del maltrato infantil**

El maltrato infantil no discrimina, aunque reconoce que hay algunos grupos más vulnerables debido a sus condiciones de vida o valores. Los autores enumeran diversos factores que pueden estar vinculados con la violencia, tales como la presión social, las dificultades económicas y laborales, el estrés, los conflictos conyugales, el malestar psicológico, entre otros más.

- **Permanencia de las costumbres por encima de la ley**

Hay personas que perciben ciertas conductas como parte de la educación informal de los infantes y adolescentes, pero según la ley es una forma de maltrato como, por ejemplo, el hecho de pegar a los hijos con fines educativos. Para ciertos grupos de la sociedad esta actuación resulta válida en la educación del menor, pero no es así desde la perspectiva de la ley, los profesionales y otros ciudadanos.

- **Considerar que no hay que inmiscuirse**

Los autores se refieren a la manera que tienen las familias de educar y cuidar a sus hijos y lo comparan con la propiedad privada, porque ellos mismos exponen que el hecho de ser los padres no significa que puedan tratarlos como quieran, de manera que como se ha mencionado anteriormente en este trabajo, el maltrato suele quedarse en la esfera familiar.

- **Desconocimiento sobre la obligación y el proceso de notificación**

Aller et al. (2016) informan que en ocasiones se puede querer evitar la responsabilidad de intervenir ante este tipo de acontecimientos, pero que es necesario que toda la sociedad se implique para ayudar a los profesionales a detectar a los menores que padecen estas situaciones, porque cuanto antes se detecte mejor será para el proceso de superación de estos infantes y adolescentes.

Dicho esto, está claro que la detección de maltrato infantil es el paso previo para que los profesionales puedan intervenir e intentar aplicar las mejores medidas posibles en busca de proteger a los infantes y adolescentes, pero qué se entiende por maltrato infantil en nuestra sociedad.

En el año 2020 la Organización Mundial de la Salud proporcionó la siguiente definición:

El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objetos los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. (par. 1).

En cambio, la Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència (de ahora en adelante DGAIA) aporta esta otra definición (*Generalitat de Catalunya*, 2017):

Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al infante o el adolescente de sus derechos y de su bienestar, que amenaza o interfiere en su correcto desarrollo físico, psíquico o social y los autores del cual pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad. (p.17)

En ambas definiciones se destaca la importancia de asegurar el desarrollo integral del infante u adolescente menor de 18 años, que está sufriendo maltrato por parte de las personas responsables de su cuidado. Lo más remarcable de ambas definiciones es que no se centra únicamente en el ámbito familiar, sino que entiende que las instituciones son un agente social en este fenómeno y, por tanto, también pueden ejercer maltrato. El hecho de que la DGAIA reconozca que la sociedad también se encuentra implicada significa un cambio porque da lugar a introducir la discriminación desde una perspectiva interseccional y, porque responsabiliza a la población en general para ayudar a detectar estas situaciones.

Siguiendo con lo que establece la DGAIA en el documento de *Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya* (2017), el maltrato familiar (de los que ejercen el rol parental) genera una situación de

desprotección, que amenaza con el desarrollo físico y psicológico del menor. Por eso mismo, han elaborado dos categorías según la tipología de desprotección que padecen:

Tabla 2. Situación de riesgo

<u>SITUACIÓN DE RIESGO</u> ①
Definición: El desarrollo y bienestar del infante o adolescente se ven limitados o perjudicados por cualquier circunstancia personal, social o familiar.
<ul style="list-style-type: none">a. Carencia de atención física o psíquica del menor por parte de los tutores, que comporte un perjuicio leve para la salud física o emocional del pequeñob. Dificultad grave para dispensar la atención física y psíquica adecuada del niño o adolescente por parte de los responsablesc. Utilización del castigo físico o emocional sobre el menor que perjudique a su desarrollod. Las carencias que, por el hecho que no pueden ser cubiertas en el ámbito familiar, ni impulsadas desde este ámbito para su tratamiento mediante los servicios y recursos normalizados, puedan provocar la marginación, la inadaptación o el desamparo del niño o adolescentee. La falta de escolarización en edad obligatoria, el absentismo y el abandono escolarf. Conflicto crónico y abierto entre los padres, separados o no, que anteponen sus necesidades por encima de las del menorg. Incapacidad o imposibilidad de los cuidadores de controlar la conducta del niño, que provoque un peligro evidente de hacerse daño o de perjudicar a terceras personash. Prácticas discriminatorias contra el infante o adolescente, que comporten un perjuicio su bienestar, salud mental y salud física, incluyendo el riesgo de sufrir la ablación genital femenina y la violencia ejercida contra ellasi. Cualquier otra circunstancia que, en el caso de que permanezca, pueda evolucionar y derivar en el desamparo

Fuente: Adaptación de “*Protocol marc d’actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya*” por *Generalitat de Catalunya*, 2017, p.18. Derechos de autor 2017 *Generalitat de Catalunya*.

Tabla 3. Desamparo

DESAMPARO

2

Definición: Los menores carecen de los elementos básicos para el desarrollo integral de la personalidad. Se estima necesario la separación del núcleo familiar, con el fin de asegurar su protección efectiva.

- a.** Abandono
- b.** Maltratos físicos o psíquicos, abusos sexuales, la explotación u otras situaciones de la misma naturaleza efectuadas por las personas cuidadoras o con el conocimiento y la tolerancia de estas
- c.** Perjuicios graves al bebé causados por maltrato prenatal, entendidos como carencia del cuidado sobre el propio cuerpo, consciente o inconsciente, o la consumición de sustancias psicotrópicas durante el proceso de gestación y, también, el producido indirectamente por personas que maltratan a la mujer durante la gestación
- d.** Ejercicio inadecuado de las funciones de guarda que comporte un peligro grave para el niño o adolescente.
- e.** El trastorno o alteración psíquica o la drogodependencia de los progenitores o titulares de la tutela o de la guarda, que repercuta gravemente en el desarrollo del pequeño
- f.** Suministrar drogas, estupefacientes o cualquier otra sustancia psicotrópica o tóxica al infante o adolescente por parte de las personas responsables de su cuidado o por otras personas bajo el conocimiento y tolerancia de sus cuidadores
- g.** Inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución por parte de las personas encargadas de la guarda, o el ejercicio de estas actividades con su consentimiento.
- h.** Desatención física, psíquica o emocional grave o cronificada
- i.** Violencia de género o la existencia de circunstancias que perjudiquen su desarrollo
- j.** La obstaculización de las actuaciones de investigación o comprobación por los cuidadores, o su falta de colaboración, cuando este comportamiento ponga en peligro la seguridad del menor, y también la negativa a participar en la ejecución de las medidas adoptadas en situaciones de riesgo si esto comporta la persistencia, la cronificación o la agravación de estas situaciones
- k.** Situaciones de riesgo que por la repetición, evolución, persistencia o agravación ocasionen la privación de los elementos básicos para el desarrollo integral de la personalidad
- l.** Cualquier otra situación de desatención o negligencia que atente contra la integridad física o psíquica del infante o adolescente, o la existencia de otros factores que imposibiliten el correcto desarrollo

Fuente: Adaptación de “*Protocol marc d’actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya*” por *Generalitat de Catalunya*, 2017, p.19. Derechos de autor 2017 *Generalitat de Catalunya*.

En ambas categorías el menor se encuentra en una situación de riesgo, pero en el caso del desamparo la intensidad del suceso obliga a intervenir en la familia mediante la separación temporal del menor del núcleo familiar para valorar y trabajar sobre la reconducción de una parentalidad positiva o estimar las medidas de protección necesarias.

4.1.3 Tipologías de maltrato infantil

En las tablas anteriores (2 y 3) se ha podido contemplar los indicadores de desprotección al menor y, por tanto, se han podido visualizar indirectamente las tipologías de maltrato infantil existentes actualmente. A continuación, se podrán visualizar estas tipologías según las mencionadas en el protocolo de la *Generalitat de Catalunya*:

- **Maltrato físico.** Se considera cualquier acción voluntaria que pueda provocar o provoque daños físicos o enfermedades en los menores
- **Negligencia.** Las necesidades básicas no son atendidas puntual o permanentemente por los tutores
- **Maltrato emocional.** Relacionado con los daños psicológicos (discriminación, intimidación, menosprecio, etc.)
- **Abuso sexual.** Se considera cualquier acción de carácter sexual impuesta por un adulto a un infante y, también, entre infantes siempre y cuando el agresor tenga una diferencia de edad considerable con la víctima o utiliza la fuerza, las amenazas u otros medios de presión. Hay que añadir que entre infantes no se considerará abuso sexual cuando superen la edad de 16 años, ya que es la edad de consentimiento en el país

Hasta ahora, las cuatro categorías mencionadas son consideradas las principales, ya que son las compartidas por varios autores (*Generalitat de Catalunya*, 2017; Aller et al., 2016 y Fernández y Bravo, 2002) cuando se habla de maltrato infantil. No obstante, en este protocolo también se añaden:

- **Violencia de género**
- **Tráfico de seres humanos**
- **Discriminación por razón de orientación sexual, identidad de género o expresión de género**
- **Maltrato a infantes y adolescentes con discapacidad**
- **Maltrato a través de las tecnologías de información y comunicación**

En cambio, Fernández y Bravo (2002) incorporan tres categorías más a las cuatro tipologías básicas, que son:

- **Explotación sexual.** Relacionado con la utilización del menor en la prostitución o la pornografía para obtener un beneficio económico o de otra índole por parte de los tutores. Esta categoría se podría relacionar con el tráfico de seres humanos propuesto por la DGAIA e incluso con la violencia de género
- **Explotación laboral.** El menor realiza tareas obligatorias que deberían ser ejecutadas por adultos y que interfieren con las actividades y necesidades sociales o escolares. Los progenitores reciben un beneficio de esta explotación, que no necesariamente tiene que ser económico
- **Inducción a la delincuencia.** Los padres facilitan y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas que influyen en el normal desarrollo e integración del menor. También, se entienden aquellas situaciones en las cuales utilizan a los menores para cometer delitos

Asimismo, los autores distinguen entre el maltrato físico del psíquico y entre la negligencia física de la psíquica.

- **Maltrato psíquico.** Se refieren a la hostilidad verbal crónica, que se puede dar con insultos, desprecios, críticas o amenazas de abandono y que consiste también en el constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles
- **Negligencia psíquica.** Consiste en la necesidad del menor de recibir una respuesta a sus señales, expresiones emocionales y conductas que buscan la proximidad e interacción con la persona adulta

Por último, es necesario añadir que se pueden producir varias tipologías de maltrato a la vez.

4.1.4 Consecuencias del maltrato infantil

Ahora que comprendemos mejor en que consiste el maltrato, es igual de importante conocer su alcance, ya que las situaciones mencionadas anteriormente conllevan la intervención de profesionales en el ámbito, porque se establece que se está perjudicando el desarrollo integral de los menores y que, por tanto, son situaciones que no deberían estar viviendo.

Según Aller et al. (2016) el maltrato influye directamente y de forma negativa en el desarrollo, y puede provocar consecuencias inmediatas, a medio y largo plazo. Los autores comentan que las consecuencias pueden ser diversas en función de la situación de cada menor, ya que dependen de varios factores como la frecuencia, la relación entre víctima y agresor, el tipo de conducta entre otros más. Por otro lado, explican que este acontecimiento genera pérdida en la confianza propia y hacia los demás, así como depresión, dificultades en las relaciones sociales y afectivas y, en algunos casos, en las sexuales. La OMS (2020) añade que el estrés generado por el maltrato puede llegar a ocasionar trastornos de desarrollo cerebral temprano y, en los casos extremos, afectar al sistema nervioso e inmunitario.

Otro estudio, elaborado por Fernández (2014), corrobora lo dicho por los anteriores autores, ya que explica que el maltrato infantil está estrechamente relacionado con procesos de inadaptación durante el desarrollo y con patrones de problemas conductuales y emocionales. Ella expone que los menores que han sufrido abusos familiares tienen una mayor probabilidad de presentar alteraciones en todas las áreas de desarrollo que aquellos que no han padecido esta situación. Las áreas de desarrollo comprenden la emocional, conductual, social, académica y de salud física.

La misma autora explica que el maltrato suele estar asociado con problemas interpersonales como la desconfianza, la suspicacia, evitación de las relaciones íntimas y de las relaciones sociales y sesgos en el procedimiento de la información. Otras investigaciones analizadas por la autora muestran que los problemas más comunes son:

- Trastornos del vínculo
- Trastornos de conducta
- Estrés postraumático
- Trastornos de humor

Los síntomas no solo se presentan de manera interna (depresión, ansiedad, aislamiento, etc.), sino que también hay síntomas externos relacionados con la hiperactividad, la agresividad y la delincuencia. Asimismo, argumenta que las consecuencias psicológicas de cualquier hecho traumático no son fáciles de precisar, porque un síntoma puede responder a varias causas y, también porque algunas consecuencias pueden aparecer más adelante.

En resumen, el maltrato infantil tiene consecuencias perjudiciales en varias esferas de la vida diaria del menor, que pueden prolongarse en el tiempo e incluso durante toda la vida. No obstante, para este trabajo de fin de grado considero que las más importantes para tener en cuenta son las relacionadas con las dificultades relacionales, ya que los profesionales sociales o los familiares de acogida deberán trabajar sobre estas consecuencias con el fin de fomentar su integración y desarrollo integral y, por supuesto, para la superación del proceso de duelo que acarrearán.

4.1.5 Protocolo de actuación en situaciones de maltrato infantil por parte de los profesionales

Según la *Generalitat de Catalunya* (2017) para poder actuar es necesario que se produzca la detección y, en consecuencia, que la persona lo notifique a los organismos pertinentes. Las fuentes de detección pueden ser la familia, personas externas y profesionales de cualquier ámbito que se encuentran en contacto con el infante o adolescente, como por ejemplo Trabajadores y Educadores Sociales, policías, sanitarios, profesores y monitores.

En el caso de pertenecer al **ámbito social o educativo**, la manera de proceder es diferente a la del ciudadano u otros sectores. Los profesionales de estos ámbitos pueden detectar situaciones de maltrato infantil porque están interviniendo a la familia o porque han sido notificados por terceros. En cualquiera de los casos deben aplicar una herramienta de cribaje, que dependiendo de la gravedad de la valoración contactarán con la DGAIA si consideran que se necesita una protección inmediata. Los profesionales de Servicios Sociales básicos son los destinatarios de las listas de indicadores para detectar si los menores se encuentran en una situación de riesgo o desamparo. Estas listas forman parte de la herramienta de cribaje que se utiliza para valorar inicialmente el maltrato intrafamiliar.

A partir de los resultados obtenidos con esta herramienta, los profesionales de Servicios Sociales clasifican la gravedad de la situación y establecen los siguientes pasos a seguir, es decir, si continuar ellos con la intervención o recurrir a los Servicios Sociales especializados en materia de infancia y adolescencia. En la siguiente tabla se puede contemplar lo mencionado:

Tabla 4. Acción realizada desde SSSS básicos según la situación de gravedad detectada

Gravedad	Situación	Acción por SSSS básicos
Crítica	Posible situación de desamparo. Requiere de protección inmediata. Se encuentra en peligro inminente su integridad física y psíquica	Coordinación con EAIA para consensuar la medida de protección inmediata. Si no se puede contactar, derivación a DGAIA
Desamparo	Probable situación de desamparo. No necesita de protección inmediata, la integridad física y psíquica no están siendo puestas en peligro inminente	Derivación a EAIA
Riesgo grave	Posible situación de riesgo grave para el desarrollo	Estudio e intervención del caso, con posible asesoramiento de EAIA si es necesario
Riesgo leve-moderado	Potencial situación de riesgo no grave para el desarrollo	Estudio e intervención del caso
No riesgo	No se ha detectado ninguna situación de riesgo	No es necesaria la intervención
Falta de información	No se puede valorar situación de riesgo o desamparo	Si es necesario, SSSS intervención para esclarecer la situación o archivar el caso

Fuente: Adaptación de “*Protocol marc d’actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya*” por *Generalitat de Catalunya*, 2017, p.29. Derechos de autor 2017 *Generalitat de Catalunya*.

Siguiendo con lo estipulado por la LDOIA, en los casos de riesgo los responsables de intervenir son las entidades locales, mientras que en casos de desamparo serán competentes las entidades autonómicas, que sería la DGAIA (Allueva, 2011).

Dependiendo de la urgencia y gravedad del caso, los profesionales se comunicarán con los *Mossos d’Esquadra* y podrán presentar la denuncia con ellos o en el juzgado de guardia o fiscalía.

Cuando la valoración sea una situación de riesgo emitirán un comunicado a la DGAIA, con la finalidad de que tengan constancia y se abra el expediente de riesgo. Asimismo, intervendrán con las medidas y recursos de atención social y educativos que ayuden a aminorar o erradicar la situación de riesgo.

En relación con las actuaciones de la DGAIA, cuando reciban un caso de posible maltrato habrán de solicitar, si lo consideran necesario, la colaboración de los servicios de salud, sociales, educativos y policiales, con el fin de conseguir la máxima información posible para valorar la situación y establecer las medidas de intervención oportunas.

Este organismo también aplica la herramienta de cribaje para valorar la situación de maltrato intrafamiliar y, en consecuencia, dependiendo del nivel de gravedad de la situación se llevará a cabo una medida u otra. A continuación, se podrá ver la clasificación de la gravedad y las actuaciones que se ejecutarán por parte de la DGAIA:

Tabla 5. Acción realizada desde DGAIA según la situación de gravedad detectada

Gravedad	Situación	Acción por DGAIA
Crítica	Posible situación de desamparo. Requiere de protección inmediata. Se encuentra en peligro inminente su integridad física y psíquica	Abrir expediente de desamparo, valorar las medidas cautelares (atención inmediata y desamparo preventivo) y hacer derivación al equipo técnico competente. En caso contrario, derivación a EAIA con carácter prioritario
Desamparo	Probable situación de desamparo. No necesita de protección inmediata, la integridad física y psíquica no están siendo puestas en peligro inminente	Abrir expediente de desamparo y derivación ordinaria EAIA para que haga el estudio
Riesgo grave	Posible situación de riesgo grave para el desarrollo	Abrir expediente de riesgo y derivar a SSSS básicos para el estudio
Riesgo leve-moderado	Potencial situación de riesgo no grave para el desarrollo	Abrir expediente de riesgo y derivar a SSSS básicos para el estudio
No riesgo	No se ha detectado ninguna situación de riesgo	Es necesario abrir y cerrar expediente informativo para dejar constancia en el Sini@
Falta de información	No se puede valorar situación de riesgo o desamparo	Abrir expediente informativo para recoger información y esclarecer la situación

Fuente: Adaptación de “Protocol marc d’actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya” por Generalitat de Catalunya, 2017, p.32. Derechos de autor 2017 Generalitat de Catalunya.

La DGAIA es la responsable de aplicar las medidas de protección necesarias en aquellos casos en los cuales la familia no tenga la capacidad de proteger al infante o adolescente maltratado. Si el maltrato se ha producido en un niño o adolescente desamparado con la medida de protección correspondiente, la DGAIA tendrá que establecer de manera cautelar las medidas de protección necesarias. En caso de urgencia se informará a la policía para la debida protección del menor y la recopilación de datos en relación con el

presunto delito. Asimismo, si la denuncia se realiza en juzgados, también se deberá comunicar a los *Mossos d'Esquadra*, para facilitar la coordinación entre organismos.

4.1.6 Medidas de protección

Las medidas de protección aplicables cambian si el menor se encuentra en una situación de riesgo o se declara una situación de desamparo. En el primer caso, las medidas pueden ser las que hay a continuación (Allueva, 2011):

- Acompañamiento al menor en el centro educativo
- Apoyo psicológico
- Atención sanitaria
- Programas formativos para los adolescentes que han abandonado los estudios
- Asesoramiento a la familia
- Programas socioeducativos
- Ayuda a domicilio
- Asistencia personal en casos de diversidad funcional (progenitores e hijos)
- Otras medidas de carácter social y educativo

En el segundo caso, según el *Parlament de Catalunya* en el 2011, las medidas de protección de los infantes y adolescentes desamparados que estipula la ley 14/2010 son las siguientes:

- Acogimiento en familia de urgencia y diagnóstico
- Acogimiento familiar simple, por parte de una persona o familia, que temporalmente pueda suplir el núcleo familiar natural del menor
- Acogimiento familiar permanente
- Acogimiento familiar en unidad convivencial de acción educativa
- Acogimiento en un centro público o concertado
- Acogimiento preadoptivo
- Medidas de transición a la vida adulta y la autonomía personal
- Cualquier otra medida de tipo asistencial, educativa o terapéutica aconsejable

En el documento se destaca la necesidad de tener en cuenta el interés superior del menor para aplicar cualquiera de las medidas de protección. También, establece que son preferibles las medidas de acogimiento familiar de aquellas que implican el internamiento en un centro público o concertado. Además, si se aplica una medida de acogimiento en

familia ajena o centro residencial se prevé que sea lo más cerca posible de su domicilio en caso de que no sea perjudicial.

En relación con el acogimiento, la *Generalitat de Catalunya* (2022) establece que hay seis tipologías y da una breve explicación de cada una de ellas. Estas están estrechamente ligadas con las mencionadas anteriormente:

- **Acogimiento de urgencia y diagnóstico**

Dirigido especialmente a los niños de 0 a 6 años para que puedan vivir con una familia mientras se realiza el estudio del caso familiar, que debido a las circunstancias se ha aconsejado la separación del núcleo familiar. La duración será hasta que se resuelva el estudio de la situación familiar.

- **Acogida simple**

Se prevé que el menor podrá regresar antes de que hayan transcurrido dos años desde la separación de su núcleo familiar de origen.

- **Acogida de fines de semana y vacaciones**

Se dirige a los niños mayores de 9 años que se encuentran en centros residenciales y necesitan disfrutar de un ambiente familiar. Por tanto, el menor convive con una familia colaboradora durante los fines de semana y vacaciones escolares. Esta tipología continuará si se considera que es beneficiosa.

- **Acogida en unidades convivenciales de acción educativa**

Se dirige a los niños tutelados que tienen necesidades educativas especiales, enfermedades crónicas, trastornos de conducta y grupos de hermanos que necesitan de una atención especializada. Para ello, se requiere que uno de los acogedores tenga una titulación específica, formación y experiencia para poder atenderlos adecuadamente.

- **Acogida permanente**

Se tendrá en cuenta cuando se considere que el desamparo será definitivo y no se contempla que sea más favorable la aplicación del acogimiento preadoptivo o porque este ya no es posible.

- **Acogida preadoptiva**

Es el paso previo a la adopción. En esta modalidad se fomenta la convivencia para valorar la integración de la familia adoptante con el menor y comprobar así la idoneidad de la familia.

En relación con las medidas residenciales, existen varios centros de protección a la infancia y adolescencia en situación de desamparo como los Centros de Acogimiento (a partir de ahora CA), los Centros Residenciales de Acción Educativa (de aquí en adelante CRAE), los Centros Residenciales de Educación Intensiva (de ahora en adelante CREI) y los pisos asistidos para los menores tutelados de 16 a 18 años.

Los **CA** son centros que atienden a los infantes y adolescentes de 0 a 18 años, mientras se lleva a cabo el diagnóstico de la situación familiar y se determina qué medida hay que aplicar. Por tanto, son centros de atención inmediata y transitoria. Los **CRAE** son un recurso alternativo a la falta de referentes familiares o que tienen dificultades graves para cubrir las necesidades básicas del menor de edad. También, comprende las edades de 0 a 18 años. Los **CREI** son residencias para adolescentes a partir de los 12 años hasta su mayoría de edad, que presentan alteraciones en la conducta y, por tanto, necesitan un sistema de educación intensiva. Por último, los **pisos asistidos para menores de entre 16 y 18 años** son viviendas destinadas al proceso de transición para una vida independiente de los menores tutelados (Navas, 2020).

4.1.7 Funciones del Trabajador Social en situaciones de desamparo

Como hemos ido mencionando, el desamparo comporta la separación del núcleo familiar, ya sea de manera temporal o definitiva. En estos casos y cuando las medidas de protección son residenciales, los Trabajadores Sociales especializados en el ámbito cumplen con las siguientes funciones según el blog de *No soy Asistente, soy Trabajadora Social* (s.f):

1. Programación y desarrollo del seguimiento familiar de cada menor del centro
2. Entrevista con los menores y sus familias para observar la evolución del caso
3. Otorgar permisos a los menores tutelados
4. Buscar y realizar un seguimiento de las actividades formativas, socioculturales, etc.
5. Obtener información de recursos comunitarios de tipo deportivo, recreativo o cultural adecuados, que permitan a los menores su participación
6. Coordinación con los SSSS y los agentes externos que intervienen en el caso

7. Organización de actividades puntuales de ocio y tiempo libre en las que participen los menores del centro
8. Apoyar en la acción tutorial, listas de pertenencias, objetos semanales, etc.
9. Elaborar informes sociofamiliares
10. Gestionar la documentación formativa
11. Participación en las reuniones de coordinación con el resto del equipo educativo, técnico y directivo
12. Participación en la realización de las evaluaciones individuales, programaciones individuales, seguimientos mensuales y evaluaciones finales
13. Realización de informes sociales a petición de otras entidades o instituciones
14. Tramitación de las autorizaciones de estancias temporales de los menores residentes
15. Gestión del libro de registro de altas y bajas
16. Solicitud de subvenciones y ayudas
17. Colaboración en la realización de las programaciones anuales y memorias

En relación con la ejecución de estas funciones, la profesional comenta que en todo momento se procurará la integración comunitaria y el mantenimiento de los vínculos familiares, con el fin de cumplir con el objetivo de este tipo de medidas, que son el retorno a la familia nuclear. Dicho esto, aunque las funciones sean establecidas para los Trabajadores Sociales en centros residenciales hay varias funciones técnicas que son aplicables a los profesionales que llevan el seguimiento y valoración de la acogida familiar.

Según Solé (2019) en los casos que se ha declarado una guarda provisional o el desamparo de un menor, los planes de trabajo tienen una doble función, que son investigar la razón del desamparo y, por otro lado, recopilar las medidas que pueden hacer posible la reintegración familiar.

Otras funciones para tener en cuenta son las relacionadas con el *Servei especialitzat d'atenció a la infància i a la adolescència* (SEAIA), ya que forman parte del ámbito en el que se encuentran los profesionales sociales y son los que valoran, actúan y atienden a los menores en riesgo o desamparo. Las funciones serían las que hay a continuación (*Generalitat de Catalunya, 2010*):

- Dar apoyo técnico y colaborar con los Servicios Sociales básicos
- Realizar valoraciones especializadas
- Fomentar, establecer y aplicar medidas de inserción social, laboral, educativa y familiar
- Efectuar el seguimiento, tratamiento y evaluación de las medidas de protección
- Elaboración y control de los planes de mejora
- Coordinarse con otros equipos, que se encuentren vinculados a la intervención

Las funciones vistas hasta ahora coinciden en la importancia de coordinarse y cooperar con otros servicios, con la finalidad de asegurar una intervención efectiva en busca de la protección e interés superior del menor.

4. 2 LOS PROCESOS DE DUELO

El duelo es uno de los temas centrales de este trabajo de fin de grado, ya que se quiere saber cómo la vinculación afectiva puede ayudar en este proceso. Por eso mismo, es importante conocer en qué consiste el duelo, cómo viven las personas este proceso, el duelo en menores de edad y qué rol tiene el Trabajo Social en estos momentos.

4.2.1 Contextualización del duelo

Normalmente, el duelo se suele asociar a la muerte, pero el duelo implica mucho más que la pérdida de un ser querido y las consecuencias emocionales y psicológicas que puede dejar su ausencia. Por ello, considero que la definición aportada por Gómez (2018) es la más completa desde mi perspectiva:

La palabra duelo proviene del latín *dolus*, que significa dolor, y se define como la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o también como la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, cuya intensidad y duración son proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. (p.14).

En esta definición se encuentra que el duelo implica la pérdida de algo que tenía un gran significado en la vida de la persona afectada. La pérdida no es solo de algo tangible, sino que también puede ser intangible, como la rotura de un vínculo afectivo, que genera sufrimiento y aflicción tal y como dice el autor.

La rotura del vínculo afectivo es el más importante desde la visión de esta investigación, ya que se trata de conocer cómo pueden verse afectados los menores tutelados, que han vivido situaciones muy diversas, pero que tienen en común la pérdida de un vínculo. Asimismo, porque la intención es saber cómo la vinculación puede ayudar a los menores tutelados a superar estas pérdidas.

Según el curso de *Acompanyament durant el procés de dol* impartido por la Fundación Pere Tarrés, el duelo es necesario y tiene una función adaptativa dirigida a restablecer el equilibrio producido por la pérdida. También, argumentan que el duelo es un proceso y, a su vez, es normal sufrirlo. En relación con el proceso, destacan que la persona necesita tiempo para poder superarlo, pero que no hay una duración determinada, porque puede afectar a las personas de manera distinta. Por otro lado, establecen que es normal sufrirlo cuando se ha padecido una pérdida y que, por el contrario, no sería normal no sentir nada (*El procés de dol*, 2021). Gómez (2018) también confirma esta última idea y añade que, al ser normal, no es necesario el uso de psicofármacos ni de intervenciones psicológicas.

El estudio realizado por Oviedo, Parra y Marquina (2009) se exponen las etapas del duelo desde la propuesta de varios autores, como Kübler- Ross, Bowlby y Worden:

- **Fases de Kübler- Ross**

Las fases propuestas por la psiquiatra son 5 y son la negación, el enojo o ira, la negociación, depresión y aceptación. El orden sería progresivo, es decir, se pasa de una etapa a otra. La primera fase consistiría en una actitud de incredulidad y entumecimiento, ya que no asimilan la realidad que están viviendo. En la segunda, se puede expresar externa o internamente mediante la proyección del enojo hacia otros o a uno mismo para evitar la aceptación del suceso. En la negociación, es un estado mental en el cual la persona intenta ganar tiempo antes de aceptar la verdad y retrasa la liberación de las emociones. En la cuarta fase, es el enojo dirigido hacia adentro, que puede generar sentimientos de desamparo, impotencia y falta de esperanza. En la última fase, se considera que la persona puede superarlo si vive el presente sin que el pasado le afecte a su vida diaria.

- **Etapas de Bowlby**

El autor compone el duelo en cuatro procesos: etapa de embotamiento, etapa de anhelo y búsqueda de la figura perdida, fase de desorganización y desesperación y fase de un grado

mayor o menor de reorganización. La etapa de embotamiento puede durar horas o una semana y se puede interrumpir por una aflicción o ansiedad intensas. En la segunda etapa, se producen emociones de melancolía y la búsqueda de la figura perdida, que se relaciona con el comportamiento de apego, el cual es un componente normal y sano. Si la figura a la cual esté apegado desaparece sin motivo alguno, se producirá la ansiedad por separación como mecanismo natural. Esta etapa puede durar meses e incluso años. En la penúltima fase, la persona ve las emociones de desesperanza y soledad intensificadas, porque ha aceptado finalmente la pérdida y cae inevitablemente en una etapa de depresión y apatía. Finalmente, el afectado acepta la nueva situación y encuentra los mecanismos para redefinirse y adaptarse a la nueva realidad. En esta etapa la persona asimila que ya no puede recuperar aquello perdido y, por consiguiente, no puede intentar volver a la situación inicial. El comienzo de esta etapa se origina aproximadamente después de un año de la pérdida.

- **Worden y las cuatro tareas de duelo**

El autor de esta teoría se ha focalizado en el duelo provocado por la muerte, pero puede extrapolarse al duelo como concepto de pérdida, que es el que me interesa trabajar para esta investigación. Por tanto, aunque Worden hable de fallecimiento, no es necesario que lo haya habido.

Desde el enfoque de este autor es complicado seguir los modelos ofrecidos por los autores anteriores, ya que la configuración de fases no se ajusta a la realidad de las personas, es decir, ellos no siguen las etapas de manera lineal, ya que puede haber solapamientos entre fases o el retroceso o saltos entre una fase y otra. Para él, el concepto de tareas es más adecuado, debido a que implica a la persona en su proceso de superación. Estas son las tareas que propone:

Tarea I. Aceptar la realidad de la pérdida: asumir que el reencuentro no es posible y que la aceptación es emocional e intelectual.

Tarea II. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida: es importante reconocer y actuar sobre las emociones, porque si no pueden manifestarse con síntomas o conductas disfuncionales. Si esta tarea no se puede satisfacer, sería prudente acudir a terapia más adelante.

Tarea III. Adaptarse a un medio en el cual el fallecido no está: en esta tarea la readaptación puede llegar a comportar la adquisición de nuevas habilidades, para sustituir el rol que ejercía la otra persona en nuestras vidas. Es necesario recordar que, aunque el autor se refiera a fallecimiento, se puede entender como la pérdida de una figura de apego.

Tarea IV. Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo: esta suele ser la tarea más complicada de completar, porque las personas se suelen bloquear y consideran que sus vidas han perdido sentido sin la otra persona, de manera que el profesional deberá redirigir este sentimiento a uno que le permita continuar viviendo de manera eficaz.

En definitiva, los autores de las etapas se ponen de acuerdo en que es un proceso que conlleva tiempo para su superación y que los afectados pasan por una evolución adaptativa de la pérdida, mediante la aceptación de las emociones provocadas por ese suceso y asimilación de la pérdida.

4.2.2 Sintomatología de los procesos de duelo y consecuencias de no superarlos

En Gómez (2018), se establecen las manifestaciones frecuentes en los procesos de duelo normal, que tienen que ver con los sentimientos y conductas después de una pérdida. El autor se ha basado en las propuestas de Worden, que son las siguientes:

Tabla 6. Manifestaciones del duelo normal según Worden

Sentimientos	Tristeza	Impotencia
	Enfado	Shock
	Culpa y autorreproche	Anhelos
	Ansiedad	Emancipación
	Soledad	Alivio
	Fatiga	Insensibilidad
Sensaciones físicas	Vacío en el estómago	Falta de aire
	Opresión en el pecho	Debilidad muscular
	Opresión en la garganta	Falta de energía
	Hipersensibilidad al ruido	Sequedad en la boca
	Sensación de despersonalización	
Cogniciones	Incredulidad	Sentido de presencia
	Confusión	Alucinaciones
	Preocupación	

Conductas	Trastorno del sueño	Hiperactividad
	Trastornos alimentarios	desasosegada
	Conducta distraída	Llorar
	Aislamiento social	Visitar lugares o portar
	Soñar con el fallecido	objetivos que recuerden al
	Evitar recordatorios del fallecido	fallecido
	Buscar y llamar en voz alta	Atesorar objetos que
	Suspirar	pertenecían al fallecido

Fuente: En “El duelo y el luto” por Gómez, M., 2018, p.40. Derechos de autor 2018 por Gómez, M.

Chajud y Estremero (2004) coinciden en las manifestaciones frecuentes que expone Gómez (2018) basado en Worden, ya que ellos en su artículo también mencionan más detalladamente algunos de los sentimientos y conductas vistos en la tabla anterior, así como la enumeración de algunos de los síntomas relativos a la cognición y afectaciones físicas.

En el caso de Guillem, Romero y Oliete (2007), que también se basan en las manifestaciones de Worden, añaden que estos síntomas se pueden presentar o no durante las fases del duelo. Asimismo, comentan que todas estas manifestaciones no tienen por qué estar presentes, sino que se puede producir solo una, varias e incluso ninguna. También, explican que las alteraciones mencionadas no tienen relación con un pronóstico desfavorable en el desarrollo del proceso de duelo, ya que el conocimiento de estas por parte de los profesionales tiene el objetivo de asesorar a las personas afectadas en relación con el manejo adecuado y dándoles la importancia que merecen.

En varias ocasiones se ha empleado la palabra duelo normal, esto se debe a que los duelos se pueden categorizar en duelo normal y duelo complejo. Los duelos complejos, según Horowitz (1980) citado por Vedia (2016), se caracterizan por la intensificación de las emociones que generan que la persona se sienta desbordada, recurra a conductas desadaptativas o que a pesar del tiempo transcurrido no muestre ningún avance. La autora categoriza este tipo de duelo complejo o patológico de la siguiente manera:

- **Crónico.** Duración excesiva, la persona es consciente de que no consigue resolver su proceso de duelo
- **Retrasado o inhibido.** En el momento de la pérdida la reacción emocional es insuficiente, que puede estar ocasionada por falta de apoyo social, necesidad de

mostrarse fuerte o sentirse abrumado por numerosas pérdidas. Entonces, pasado un tiempo, la persona experimenta los síntomas del duelo

- **Exagerado.** Se relaciona con la adopción de conductas desadaptativas, provocadas por una intensificación en el duelo normal. Incluyen trastornos psiquiátricos mayores que se pueden haber ocasionado tras la pérdida como, por ejemplo, depresión, abuso del alcohol u otras sustancias, trastorno postraumático, etc.
- **Enmascarado.** La persona padece de síntomas y conductas que le afectan en su día a día, pero no percibe ni reconoce la relación de estos con la pérdida. Pueden aparecer como síntomas físicos o conductas desadaptativas

Así pues, es necesario mencionar que para llegar al duelo patológico se habrá pasado por el duelo normal, ya que será la intensificación de los síntomas y la permanencia en el tiempo de estos lo que provocará el sentimiento de desbordamiento al no recibir ningún tipo de ayuda para su superación. Por tanto, los síntomas visualizados para el duelo normal también son destinados a los duelos complejos, pero hay que saber discernir entre ambos tipos de duelo para poder ofrecer un acompañamiento adecuado a su realidad.

A continuación, se podrán ver los factores de riesgo que pueden hacer a las personas susceptibles de desarrollar el duelo complejo (Chacón, Martínez y González, 2007):

Tabla 7. Factores de riesgo para el duelo complicado

Categoría	Circunstancias
Naturaleza de la muerte	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte a edad no natural (p.ej. de niños o jóvenes). • Muerte súbita (p.ej.: accidente de tráfico) o inesperada. (p. ej.: sepsis por neutropenia febril secundaria a la quimioterapia). • Muerte traumática (p.ej.: con caquexia extrema o disnea grave). • Muerte estigmatizada (p.ej: SIDA, suicidio). • Evolución traumática de la enfermedad: mal control de síntomas, sobre todo dolor o disnea, malas relaciones con el personal sanitario, etc.
Factores personales del doliente	<ul style="list-style-type: none"> • Muy joven (niño, adolescente) o muy anciano. • Antecedentes de trorno psiquiátrico (p. ej.: depresión). • Trastornos de personalidad: baja autoestima, ansiedad, alcoholismo. • Pérdidas acumuladas: fallecimientos repetidos más o menos recientes de familiares muy cercanos. • Duelos previos no resueltos.
Naturaleza de la relación con el fallecido	<ul style="list-style-type: none"> • Intensa dependencia económica o social. • Ambivalente: por infidelidades, alcoholismo, malos tratos, etc.
Factores familiares y sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunciones familiares: mala cohesión, relaciones conflictivas, mala comunicación. • Aislamiento social (p.ej.: inmigrantes). • Falta de recursos económicos. • Ausencia de un entramado social o familiar de soporte adecuado.

Fuente: En “El duelo complicado” por Chacón, J., Martínez, M. y González, J., 2007. Derechos de autor 2007 Chacón, J., Martínez, M. y González, J.

En esta tabla he querido destacar dos elementos que me han parecido clave en mi trabajo de fin de grado, ya que pone que los factores de riesgo están relacionados con factores familiares y sociales y con la circunstancia de tener una edad temprana. Desde mi perspectiva es importante, porque estamos tratando con menores tutelados y, por consiguiente, con infantes y adolescentes que cumplen con los factores familiares y sociales. Además, he querido destacar el duelo patológico desde la perspectiva de que los menores tutelados sufren un proceso de duelo normal al ser separados de su familia nuclear, pero que con el tiempo se puede ver agravado si no se detecta y se trata en consecuencia, de manera que pasaría a ser patológico.

4.2.3 Duelo en menores de edad

En Gómez (2018) se expresa que el duelo es proporcional a la fuerza de apego y no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino que depende del significado que se le atribuye a aquello perdido. En la teoría de Bowlby se esclarece que los seres humanos tienen tendencia a establecer fuertes lazos emocionales con otras personas y que ante la amenaza o pérdida de los vínculos son comprensibles las fuertes reacciones emocionales que se producen. El mismo autor de esta teoría, establece que los apegos provienen de la necesidad humana de protección y seguridad y, también, que estos lazos de apego se desarrollan en una edad temprana hacia personas concretas. Él establece que el apego es normal en los niños y las personas adultas.

Por consiguiente, la importancia del apego es relevante en los procesos de duelo con menores, ya que los infantes y adolescentes suelen depender de la seguridad y protección que aportan las figuras parentales durante su desarrollo biológico, psicológico y social. Siendo así, ¿qué sucede con los menores tutelados? La realidad de estos chicos es compleja, porque precisamente han sido separados de las familias para asegurar su protección y seguridad. No obstante, el sentimiento de pérdida se puede producir, aunque el apego no sea seguro con sus familiares. Por otro lado, alguna de las consecuencias de la desprotección era la dificultad para establecer vínculos con otras personas (Fernández, 2014), de manera que esta afectación es uno de los primeros obstáculos para la intervención, debido a que no confían en las figuras adultas, porque les han ocasionado dolor.

En Casadó (2021) se comprende que el duelo en adultos, adolescentes y niños tienen diferencias notorias asociadas al carácter evolutivo del fenómeno, es decir, que la edad es un factor importante, como se ha mencionado anteriormente, para el proceso de duelo. La

autora clasifica estas diferencias en tres etapas según la edad del menor, ya que presentan vivencias suficientemente homogéneas:

- **Hasta los 6 años**

Los pequeños no entienden la idea de universalidad de la muerte, ellos consideran que sus seres queridos vivirán para siempre y establecen un pensamiento mágico entorno a esto. Este pensamiento mágico consiste en desear muy fuerte el retorno de la figura pérdida y cuando ven que no está teniendo el efecto esperado puede surgir el pensamiento de culpa. Esta etapa también se caracteriza por la gran curiosidad que tienen y necesita ser saciada a través de las preguntas.

Algunos síntomas que alertan de un duelo complejo en esta etapa son llorar constantemente, incapacidad de hacer cosas que antes hacían solos, ansiedad por separación que no cesa, síntomas de depresión, no querer comer, miedos que incapacitan, insomnio prolongado y pesadillas frecuentes.

- **De 6 a 12 años**

En estas edades los menores se cuestionan la muerte, aunque no hay una aceptación de esta. A los 7 años, desaparece el pensamiento mágico, debido a que entienden que la pérdida es irreversible. No obstante, siguen siendo curiosos y necesitan que poder comprender lo que les rodea. En esta etapa los amigos son parte fundamental y se angustian por miedo a ser estigmatizados.

Síntomas de alerta: aislamiento familiar y social extremo, anestesia emocional aparente, responsabilidad desmedida o colaboración después de la pérdida, ansiedad incesante, mal humor persistente, disminución del ocio y rendimiento escolar, incapacidad para integrarse en el nuevo ámbito académico entre otros más.

- **Adolescentes**

La comprensión de la pérdida y el proceso de duelo es similar al de los adultos. Estos menores se encuentran interesados en saber qué pasa después de la muerte. Es frecuente que ellos no compartan sus emociones con los adultos, porque no quieren verse vulnerables y tienen una gran preocupación a no ser diferentes a sus pares. Hay que destacar pues, que los amigos son de vital importancia en esta etapa, ya que es una etapa de cambios en la cual se sienten comprendidos por sus iguales. Por ello, a veces renuncian

a sentir el duelo, con el fin de no ser diferentes y buscar la aprobación del grupo. Gamo y Pazos (2009), añaden que en la adolescencia la vivencia del duelo puede ser determinante para pasar de una etapa a otra en relación con la madurez como, por ejemplo, de adolescente a adulto. También, puede suceder el caso contrario, es decir, que se produzca un estancamiento en la evolución o tendencias regresivas.

Síntomas de alerta: irritabilidad, agresividad, cambios de humor excesivos, ira incontrolada, pensamientos negativos sobre la muerte, conductas de riesgo, depresión y culpa incesante, disminución notoria en la escuela, consumo de tóxicos, incapacidad de establecer rutinas, aceptación de nuevas responsabilidades, etc.

Una idea que quiero destacar del artículo de Casadó (2021) es la siguiente:

Los niños y adolescentes no tienen la experiencia previa con el tema de la muerte, de manera que harán lo que haga el adulto de referencia. Por ejemplo, si se puede hablar de manera natural del tema aprenderá que es algo natural y hablará de manera natural, pero si se evita el tema, tampoco hablará y es cuando hay riesgo de que el proceso se complique. (p.79).

En este fragmento aparecen elementos claves para la superación del proceso de duelo, que son el poder hablar sobre la pérdida con alguien, ya que si no se hace puede llevar a una situación peor que sería el duelo complejo. El hecho de poder conversar sobre ello ayuda a los infantes y adolescentes a identificar sus emociones, expresarlas y, en consecuencia, poder intervenir sobre ellas para regularlas. Sin embargo, la tendencia es que los menores tengan un duelo desautorizado, ya que los adultos piensan que son muy pequeños para afrontar esta realidad y, por tanto, se evita hablar de ello.

4.2.4 Intervención en los procesos de duelo desde el Trabajo Social

Según Casadó (2021) la intervención en duelo se suele llevar a cabo por el Trabajo Social sanitario, que atiende a las familias durante la enfermedad de la persona afectada y el proceso de duelo tras su pérdida. Por tanto, desde el Trabajo Social sanitario se atiende a las familias cuando se produce la muerte, aunque desde la perspectiva de este trabajo el interés está en las pérdidas simbólicas y no en el concepto de muerte propiamente dicho.

Aun así, el método que ofrece la autora desde este sector es vinculante al que se utiliza desde el Trabajo Social en sentido amplio, de manera que tienen en cuenta el estudio sociofamiliar, el diagnóstico social y el plan de intervención social. El objetivo que se

establecen los profesionales del ámbito con la familia es el de ayudarlos a mantener la calidad de vida tras la pérdida. Las funciones que cumplen los profesionales son facilitar información, ayudar en los asuntos inacabados de la muerte, incrementar la realidad de la pérdida, colaborar para una despedida adecuada y facilitar la expresión emocional o ayudar a reajustarse tras la pérdida, a través de técnicas diversas. Estas suelen ser las técnicas más frecuentes:

- Entrevista
- Observación
- Uso de símbolos
- Escribir cartas o dibujar
- Role playing

Por otro lado, las habilidades necesarias para la intervención de los Trabajadores Sociales en estos procesos se deben caracterizar por el conocimiento y la comprensión del testimonio y situación de la persona afectada. Al ser un momento de vulnerabilidad, las personas usuarias quieren encontrar que los profesionales validan sus emociones y, sobre todo, la intensidad de estas, ya que no todas las personas viven el suceso de la misma forma. La escucha activa y el no juzgar permiten recabar información y ayudar a la persona a entrever cualidades de su persona que no percibe en ese momento de dolor (Ruíz, 2020).

En González (2006) se reconoce la importancia de que todo Trabajador Social tenga conocimientos técnicos suficientes para entender estos procesos, ya que la intervención en estos casos es compleja y exige tocar temas que generan malestar emocional en las personas o familiares afectados. Por ello, propone que el abordaje del duelo se podría realizar combinando intervención familiar con individual, porque es frecuente que el duelo se focalice en un solo miembro cuando este afecta a todo el núcleo familiar.

En el caso en particular que queremos estudiar también se puede aplicar este abordaje, ya que la mayoría de las medidas de protección están enfocadas a la reintegración familiar, de manera que es importante trabajar en las experiencias vividas por la separación o por la pérdida de referentes durante una parte de sus vidas. Sobre todo, para aquellos infantes o adolescentes que presentan una duración más prolongada en la familia de acogida o en los centros residenciales.

Dicho todo esto, en el artículo elaborado por Casadó (2021) se concreta en el abordaje del duelo en infantes y adolescentes y ofrece algunos recursos que pueden ayudar a la prevención de duelos complejos para estos menores. La autora estima que es necesario llevar a cabo un abordaje integral durante todo el proceso y incidir sobre cuestiones concretas. Casadó (2021) dice que cuando el profesional perciba un síntoma que pueda estar asociado a un duelo complejo, se les puede orientar a los siguientes recursos:

- Sesiones grupales
- Grupos de duelo
- Sesiones individuales, en las que puedan expresarse mediante el dibujo, cuentos, relatos entre otros

De los tres recursos que ofrece, valora que el más efectivo con el colectivo son los grupos de duelo, especialmente para los adolescentes, porque se sienten identificados con sus iguales al vivir la misma situación o similar y encontrarse en una etapa del ciclo vital compleja. Este recurso les permite abrirse emocionalmente.

4.3 VINCULACIÓN Y/O APEGO

4.3.1 Introducción a la vinculación y/o apego y tipologías

Para González y Paredes (2017) la vinculación o apego consiste en lo siguiente:

La relación de apego, está construida por conductas de proximidad, contacto y comunicación con cuidadores, por la representación mental de dicha figura, caracterizada por el modelo interiorizado, en el que tienen que ver las expectativas creencias y emociones, y por un componente emocional, que se resume en sentimientos de seguridad. La calidad de dicho vínculo influencia en el devenir del desarrollo socioemocional de infantes, pues el comportamiento de apego es todo aquel que permite al sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona diferenciada al sí mismo. (p.3).

Por tanto, esta definición establece que el apego se suele dar con las figuras cuidadoras, que son las responsables de la protección y seguridad del menor. No obstante, añade también el hecho de la calidad del vínculo, porque dependiendo de si es satisfactorio o no puede tener unas consecuencias u otras relacionadas con el establecimiento de nuevos vínculos. Así pues, cabe destacar que el hecho de querer establecer relaciones íntimas es una necesidad innata de las personas, que se basa en el instinto de supervivencia evolutiva

de encontrar seguridad y protección. Esta necesidad comienza en la infancia y la respuesta por parte de los cuidadores generarán experiencias que ayudarán a la construcción de la narrativa propia y del resto y, servirán para entablar relaciones con personas ajenas al núcleo familiar (Dallos, 2014).

En este sentido, Molero, Sospedra, Sabater y Plá (2011) explican que la teoría del apego de Bowlby se caracteriza por la importancia de las experiencias con los cuidadores como determinantes principales de la conducta de la persona y su sistema organizativo. Asimismo, explican la diferenciación que establece Bowlby sobre el vínculo afectivo del apego y la conducta de apego. En la primera, se refiere a la predisposición del menor a buscar la proximidad y el contacto con una figura concreta y a hacerlo en situaciones específicas como, por ejemplo, cuando esté cansado, enfermo o asustado. En cambio, la segunda, se refiere a las conductas que establece el niño para alcanzar o mantener la proximidad que desea.

Sroufe, Herreman y Gojman-de-Millán (2018) complementan lo dicho por Molero et al. (2011), ya que ellos declaran que un infante se apega a la persona que se hace cargo constantemente de él, sin importar que este cuidado sea insuficiente para las necesidades del infante. Ellos dicen que no hay un apego débil o fuerte, sino que simplemente es un apego, que se puede expresar de diferentes maneras (apego ansioso, confiado, etc.), pero todos están apegados a alguien, incluso a aquellos cuidadores abusivos.

Una vez que ya se ha contextualizado la vinculación y el apego, es importante conocer las tipologías de apego que existen. En Oliva (2004) se detalla la clasificación hecha por Ainsworth realizada a partir de la *Situación del Extraño*¹, que se compone por tres tipos de apego:

- **Apego seguro**

En este tipo de apego los niños muestran un patrón saludable en sus conductas de apego, ya que se sienten protegidos por la figura cuidadora, de manera que ante la *Situación*

¹ *Situación del Extraño*: Es un experimento realizado por la psicóloga Mary Ainsworth en el año 1960. El experimento consistía en analizar la interacción del niño con su madre y con una persona adulta desconocida (extraña) en un entorno no familiar. El experimento simulaba tres situaciones: interacción entre madre e hijo con juguetes, separación madre e hijo y encuentro fugaz con un desconocido y reencuentro con el cuidador.

del Extraño se sienten capaces de explorar los alrededores. También, existe una necesidad latente de proximidad con ella.

- **Apego inseguro-evitativo**

Se trata de niños que se muestran independientes en la *Situación del Extraño*, desde el primer momento exploran e inspeccionan sus alrededores sin la necesidad de utilizar a su madre como base segura. Incluso cuando ellas no se encuentran presentes los niños no se ven afectados y cuando regresan no sienten la necesidad de proximidad, llegando a rechazar el acercamiento iniciado por ellas. Para Ainsworth esta situación significa que el niño puede tener alteraciones emocionales, porque el comportamiento mostrado se parece al de los niños que han experimentado separaciones dolorosas. Por consiguiente, la psicóloga Ainsworth concluye que cuando estos niños se encuentran en la *Situación del Extraño* entienden que no pueden contar con el apoyo de su madre y reaccionan de forma defensiva, a partir de la postura de la indiferencia. Esta indiferencia ha sido ocasionada por los rechazos constantes de la madre, de manera que niegan cualquier tipo de sentimiento hacia ella.

- **Apego inseguro-ambivalente**

Estos niños se muestran tan preocupados por saber dónde están sus madres que casi no exploran en la *Situación del Extraño*. Durante la ausencia de las madres los niños demuestran su malestar, pero cuando regresan se muestran ambivalentes, es decir, no saben si sentir irritación, resistencia, deseo de acercarse, etc. En esta categoría los niños se sienten inseguros sobre la disponibilidad materna, provocado por los comportamientos confusos de la madre, es decir, en ocasiones puede ser cálida y en otras fría. También, se puede relacionar con la poca disponibilidad de la madre y se considera que son poco sensibles.

Algunos niños pueden expresar dependencia excesiva como una estrategia para llamar la atención de los padres.

Además, no solo existen estas tres clasificaciones, ya que Oliva (2004) declara que recientemente se ha añadido una nueva para dar respuesta a los casos que se consideraban sin clasificar, porque contenían elementos distintivos de ambos apegos inseguros. Esta última tipología se ha denominado de la siguiente forma:

- **Apego desorganizado o desorientado**

En este grupo los niños muestran una amplia variedad de conductas confusas y contradictorias cuando se reúnen con la madre como, por ejemplo, mirar hacia otro lado mientras son sostenidos o acercarse con expresión triste. Se considera que son los que presentan mayor inseguridad. La mayoría expresan su desorientación a través de una expresión de ofuscación, mientras que otros lloran de forma inesperada o adoptan posturas rígidas y extrañas o movimientos estereotipados.

4.3.2 Qué se necesita para establecer una vinculación segura

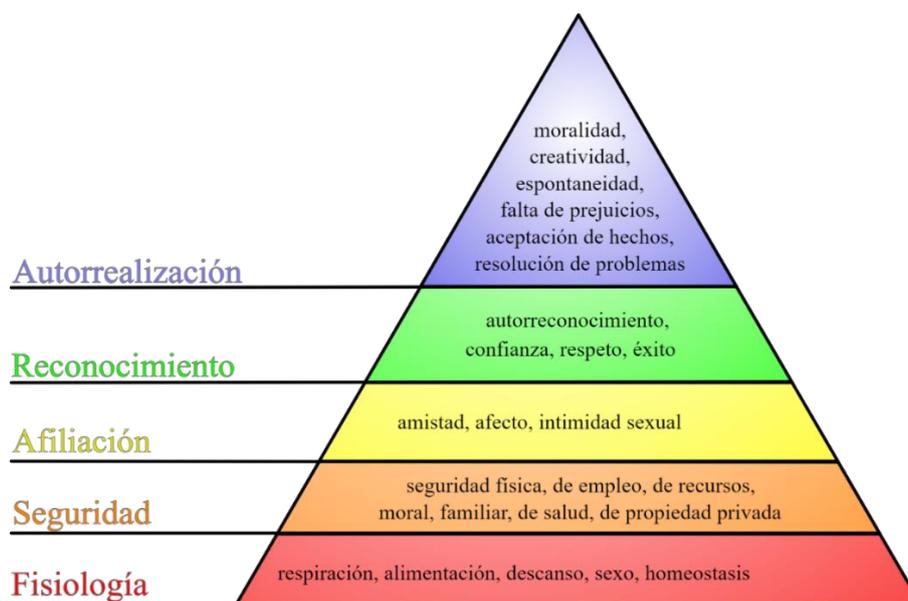
La vinculación segura es el propósito de esta investigación, en el sentido de que es el estado ideal para llevar a cabo una intervención fructífera con los infantes y adolescentes en relación con la superación de los procesos de duelo. Esta tipología de apego es beneficiosa, debido a que los menores que la establezcan con sus cuidadores principales tendrán una mayor facilidad para aplicar estrategias de autorregulación en contextos en los cuales esta figura no esté presente (Izem, 2021), de manera que en los casos de menores tutelados quienes tendrán que ejercer la función de cuidadores principales son los profesionales o las familias de acogida, ya que se busca asegurar el bienestar de estos infantes y adolescentes y, promocionar el desarrollo integral de los mismos.

Para ello, es necesario saber cuáles son las necesidades que presentan estos menores ya que esto permitirá configurar una relación más afín sobre qué necesitan. Sobre todo, si se tiene en cuenta que parten de una situación de desprotección, que tiene efectos negativos en su desarrollo evolutivo.

4.3.2.1 Cobertura de las necesidades básicas

Una de las teorías más conocidas sobre las necesidades humanas es la **Pirámide de Maslow**. El autor quiso establecer una jerarquía de necesidades universal, es decir, que no diferenciara por razón de cultura. La pirámide consta de cinco fases de necesidades, que son la fisiológica, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento y de autorrealización. Maslow establece que para alcanzar la satisfacción de las necesidades superiores hay que completar, en mayor o menor medida, las más básicas, que son las que se encuentran en la base (Hidalgo, Sánchez y Lorence, 2008). A continuación, se pueden observar las fases y qué comprenden cada una de ellas:

Figura 2. Fases de la Pirámide de Maslow



Fuente: En “Pirámide de Maslow, Wikipedia” por Finkelstein, 2007. Licencia bajo CC BY 2.0. https://es.wikipedia.org/wiki/Pir%C3%A1mide_de_Maslow#/media/Archivo:Pir%C3%A1mide_de_Maslow.svg.

4.3.2.2 Necesidades de infantes y adolescentes

En este apartado, se expondrán las necesidades concretas para un desarrollo sano de los infantes y adolescentes, pero desde una perspectiva global, es decir, que no entraré en las necesidades evolutivas específicas que proponen algunos autores sobre los grupos de edad (0-2 años, de 2 a 6 años, etc.).

En Hernández (2021) se añade otra clasificación de necesidades, que es la propuesta por Doyal y Gough. Según los teóricos hay dos necesidades primordiales y estas son la salud física y la autonomía. Estas dos necesidades aparecen en cada una de las etapas del ciclo vital y si no se llegan a cubrir pueden ser contraproducentes para la integración de la persona. La salud física y la autonomía tiene que ser cubiertas en conjunto, ya que no proporcionar una respuesta satisfactoria a una de ellas pone en peligro a la que si está satisfecha. Además, de estas dos necesidades surgen las necesidades secundarias, que se utilizan como indicadores para saber si se han cubierto satisfactoriamente las principales.

Hidalgo, Sánchez y Lorence (2008) manifiestan que esta es una de las pocas teorías que tiene en cuenta las características específicas de la infancia. Los autores añaden la siguiente tabla, que es una propuesta de Ochaíta y Espinosa del 2004, sobre las necesidades primarias y secundarias en la infancia y adolescencia:

Tabla 8. Necesidades primarias y secundarias según la Teoría de necesidades de Doyal y Gough

SALUD FÍSICA	AUTONOMÍA
Alimentación adecuada	Participación activa y normas estables
Vivienda adecuada	Vinculación afectiva primaria
Vestidos e higiene adecuada	Interacción con adultos
Atención sanitaria	Interacción con iguales
Sueño y descanso	Educación formal
Espacio exterior adecuado	Educación no formal
Ejercicio físico	Juego y tiempo de ocio
Protección de riesgos físicos	Protección de riesgos psicológicos
Necesidades sexuales	

Fuente: En “Procesos y necesidades de desarrollo durante la infancia” por Hidalgo, M., Sánchez, J. y Lorence, B., 2008, p.88, basada en Ochaíta y Espinosa, 2004. Derechos de autor 2008 Hidalgo, M., Sánchez, J. y Lorence, B.

Los autores teóricos explican que las necesidades funcionan como un todo integrado en el cual las necesidades, las características personales y el escenario cultural interactúan entre ellas.

Otra teoría sobre las necesidades de los infantes y adolescentes se enfoca en el ejercicio de la parentalidad competente o social. Es conveniente conocer esta teoría debido al interés por las personas que ejercen el rol parental o cuidador desde las medidas de protección al menor. Esta teoría es la propuesta por Barudy y Dantagnan, en la que agrupan cinco necesidades, que son (Sallés y Ger, 2011):

- **Nutritivas, de cuidados, afecto y estimulación**

Estas necesidades van más allá de las físicas, ya que para ser competentes en el cuidado de un niño hay que aportarle experiencias sensoriales, emocionales y afectivas que le ayuden a construir un vínculo seguro que le permita explorar el entorno social.

- **Protección**

Esta necesidad establece que los pequeños deben ser protegidos de los contextos externos, familiares y sociales, que puedan perjudicar al menor en su proceso de maduración, crecimiento y desarrollo. También, se incluyen los riesgos personales que aparecen con el crecimiento.

- **Necesidades educativas**

La educación que reciba un niño determina el tipo de acceso que tiene en el mundo social y, en consecuencia, sus posibilidades de pertenecer a un tejido social u otro. Los procesos relacionales, sobre todo los de vinculación emocional entre padres e hijos, influyen en la educación informal del menor. Sallés y Ger (2011) argumentan que para asegurar la finalidad educativa se tienen que cubrir 4 áreas fundamentales, que serían el afecto, la comunicación, el apoyo en los procesos de desarrollo y las exigencias de la madurez y el control.

- **Socialización**

Consiste en que los padres ayuden a la construcción de la identidad, mediante el acceso a experiencias relacionales, que le ayudarán a adaptarse adecuadamente en la sociedad. Cabe destacar, que los niños dependen de la evaluación de las personas que son significativas para ellos para configurar su identidad. En esta necesidad los responsables de su cargo deben ayudar a que el menor haga una valoración positiva de su autoconcepto y autoestima.

- **Resiliencia**

La resiliencia primaria consiste en una serie de capacidades que ayudan al niño a afrontar nuevas experiencias, incluyendo las dolorosas. Los padres son quienes hacen que los menores desarrollen esta cualidad al proporcionarle un entorno adecuado para su desarrollo, mediante el aprendizaje, la experimentación y evaluación del entorno.

4.3.2.3 La resiliencia

La resiliencia es una capacidad digna de mencionar en más profundidad, porque aporta estrategias de adaptación a situaciones adversas. En Sallés y Ger (2011) se diferencia la resiliencia primaria, que es la que han ayudado a construir los padres, de aquella que surge cuando no ha habido una parentalidad adecuada.

Una de las definiciones más acertadas del término, desde el punto de vista de mi investigación, es la aportada por Uriarte (2005):

El término fue incorporado en las ciencias sociales a partir de los años 60 y caracteriza la capacidad que tiene las personas para desarrollarse psicológicamente sanos y exitosos a pesar de vivir en contextos de alto riesgo [...]. Se refiere tanto a los individuos en particular como a los grupos familiares o

colectivos que son capaces de minimizar y sobreponerse a los efectos nocivos de las adversidades y los contextos desfavorecidos y deprivados socioculturalmente, de recuperarse tras haber sufrido experiencias traumáticas [..]. (p.66).

Por tanto, en esta definición se percibe que la resiliencia se desarrolla con el tiempo a través de la superación de situaciones complejas, de manera que se puede interpretar como una capacidad que se puede trabajar y fomentar su aparición y, también, como un proceso de duelo en el sentido de que hay un impacto inicial de la situación, pero será la persona quién elabore estrategias para minimizar y sobreponerse al acontecimiento.

Carretero (2010) complementa lo dicho anteriormente, ya que explica que la resiliencia no es una capacidad absoluta, es decir, que se adquiere en un momento y permanece a lo largo del tiempo. El autor establece que es un proceso dinámico y evolutivo que cambia según el contexto en el que se encuentre. El autor recoge la idea de Cyrulnick (2001) que explica que no es solo que la persona sea resiliente, sino que su evolución e historia vital tienen mucho que ver en ello, ya que se aprende de las experiencias.

Dicho esto, Uriarte (2005) añade que en situaciones traumáticas la necesidad de la construcción de la resiliencia es evidente, porque con esta se pueden superar los posibles trastornos asociados, así como prevenir secuelas posteriores. Para el autor tiene más importancia el cómo vive la persona esta experiencia traumática y la externalización de sus emociones que el acontecimiento. Por ello, agrega que la intervención en la resiliencia debe estar enfocada en comprender y dar un sentido al suceso en lugar de intentar olvidarlo, ya que se estaría dotando a la persona de herramientas para afrontar estas situaciones y reducir su impacto negativo a la vez que se evitaría la victimización continua y sobreprotección,

Asimismo, Uriarte (2005) razona que los profesionales que trabajen con menores de edad en este tipo de situaciones pueden fomentar el desarrollo de la resiliencia con actitudes que motiven la valoración de la vida, la proyección de futuro, perdonar entre otras cosas. También, se destaca la importancia del humor para la superación de traumas y la proyección de futuro con positividad.

4.3.3 La vinculación afectiva y cómo construirla en la práctica profesional

Este apartado está centrado en la búsqueda de la vinculación afectiva de los menores con las personas cuidadoras, en el caso específico de esta investigación se trataría de los profesionales sociales en los centros residenciales, los profesionales que llevan a cabo el

seguimiento en familias de acogida y con la familia de acogida. Así pues, la intención es generar un apego seguro con los infantes y adolescentes tutelados, ya que recordemos que la mayoría ha desarrollado un apego inseguro por la falta de protección.

El vínculo seguro compone una serie de beneficios para los menores, debido a que les permitirá una adecuada regulación de las emociones, facilidad para expresar los sentimientos, tolerancia a la frustración y, también, se asocia a la resiliencia. Asimismo, el vínculo seguro influye en la percepción de uno mismo y en las relaciones que pueda establecer (Vecilla, 2022). Según Ruiz y Rubia (2020) las personas que han disfrutado de un apego seguro tendrán más posibilidades de formar relaciones estables y duraderas, mientras que aquellos que no han tenido este tipo de apego se muestran menos satisfechos, inseguros, inestables emocionalmente, entre otras más cosas. Además, el apego inseguro implica la existencia de déficits psicosociales que permanecen en el tiempo e incrementa la posibilidad de desarrollar algún problema de salud mental (Vecilla, 2022).

Dicho esto, el apego seguro no significa que exista una vinculación afectiva, pero sí que ayuda a establecerla. Recordemos que el apego se puede establecer con cualquier persona, incluso con aquellos cuidadores que son abusivos (Sroufe et al., 2018). Según Horno (2008), la vinculación afectiva consiste en construir una relación con otra persona. En esta relación se vierten emociones, tiempo y compromiso, que acaban generando un proyecto en común. Por ello, al establecer esta vinculación la otra persona forma parte esencial de la vida del otro, llegando incluso a convertirse en referentes de desarrollo. A continuación, estas son algunas de las estrategias que señala el autor para construir un vínculo afectivo:

- 1. Hacer el afecto expreso.** Demostrar que existe preocupación por el otro mediante demostraciones de palabra, de acción o físicas.
- 2. Generar un sentimiento de pertinencia.** La persona se siente querida y aceptada por su manera de ser.
- 3. El conocimiento mutuo y el tiempo compartido.** Es imprescindible dedicar tiempo al vínculo afectivo, en especial, que sea de calidad, es decir, que exista comunicación, conocimiento mutuo y actividades compartidas. En las primeras fases del desarrollo es todavía más importante, a medida que crece el niño asimila mejor la ausencia física.

- 4. El compromiso y el cuidado.** Consiste en la protección y acompañamiento en las dificultades. Este puede ser a través del acompañamiento, el escuchar o dar consejo.

Cabe destacar que, aunque estas estrategias se elaboraron pensando en el vínculo afectivo por parte de las figuras parentales es fácilmente aplicable por otras personas, que decidan implicarse con la otra persona y establezcan un vínculo que aporte bienestar mutuo. En Vecilla (2022) se añade la relevancia de tener varias figuras de apego, que no significa de vinculación emocional, porque esto fomentará una estimulación rica y variada de la percepción que tiene el infante o adolescente sobre el mundo.

Por otra parte, la vinculación afectiva se puede relacionar con la relación de ayuda aplicada en el Trabajo Social, ya que para poder establecerla se necesita de tiempo, compromiso y reconocimiento mutuo. No obstante, tiene una función más profesional que Angeloni define como “un vínculo especializado porque selecciona contenidos, fundado en el respeto y complementado por una adecuada identificación. De carácter cooperativo, comunicativo y reflexivo, teleológicamente orientado al logro de objetivos de cambio humanitarios, axiológicamente positivos (Ramos y Lorenzo, 2017, p.355)”.

Siguiendo con la idea de Angeloni, la relación que se establece entre persona usuaria y profesional es instrumentalizada, porque persigue unos objetivos que benefician a la intervención. Esta relación debe estar basada en varias técnicas como la empatía, aceptación, escucha activa, no juzgar, individualización, confianza, secreto profesional, establecimiento de límites entre otros más (Rodríguez, 2010).

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La familia es uno de los principales pilares para el desarrollo de los infantes y adolescentes, ya que ellos serán los encargados de proporcionarles las herramientas y estrategias necesarias para construir el yo y la percepción que tienen del resto (Dallos, 2014), de manera que estas primeras interacciones, a través de la seguridad y la protección, contribuirán a que ellos exploren su entorno y se adapten a él.

Esta misma idea es compartida por Suárez y Vélez (2018) cuando dicen lo siguiente:

El ser humano aprende a relacionarse desde pequeño con la familia, es decir, allí se aprenden las bases para la interacción con los demás [...]. El nacimiento de un niño implica no solo proporcionarle cuidados físicos de protección, sino

convertirlo en un miembro de la especie humana, integrarlo en el grupo cultural donde ha nacido y cuyas costumbres, tradiciones y normas ha de asimilar. (p.179).

Por consiguiente, ambas definiciones concuerdan en que la familia tiene un rol socializador, debido a que con la seguridad y enseñanzas proporcionadas se influye en las relaciones posteriores que ellos puedan construir. Este rol es mencionado por Barudy y Dantagnan como una de las necesidades que son necesarias cubrir en el ejercicio del rol parental competente entre otras más necesidades (Sallés y Ger, 2011).

No obstante, ¿qué sucede con los menores tutelados? Es importante recordar que las figuras responsables no han sabido llevar a cabo las funciones parentales correctamente, de manera que se establecen las mejores medidas de protección en busca del bienestar de éste. Aun así, con este argumento no quiero generalizar, ya que se puede interpretar como que todos los menores tutelados han recibido maltrato infantil, lo cual no es cierto, ya que existen diferentes realidades dentro del colectivo como, por ejemplo, los menores no acompañados, situaciones económicas complejas que conducen al desamparo, orfandad, etc. Como resultado, no necesariamente los niños y adolescentes que se encuentran en situación de desamparo no han tenido una figura de apego seguro en sus vidas.

La figura de apego seguro es muy importante para el desarrollo integral de los menores y, aún más, en la intervención desde el Trabajo Social y Educación Social con menores tutelados, debido a que todos ellos han padecido una pérdida y, por tanto, están teniendo un proceso de duelo, independientemente de cuál haya sido la medida de protección optada por la Administración (acogida o residencial). De todas formas, el objetivo de estas medidas es que el menor pueda regresar con su familia nuclear, mientras se interviene con los progenitores o figuras que ejercen el rol parental. Sin embargo, es necesario mencionar que no todos los menores desamparados tienen un lugar al que regresar, debido a la carencia de red familiar y/o social, de manera que se intentará buscar una familia de acogida u adopción para evitar la permanencia en un centro residencial.

Durante el proceso de intervención hasta la resolución de la situación del menor o hasta la mayoría de edad, las principales figuras de apego son los profesionales o las familias de acogida, ya que están presentes en el día a día. Recordemos la idea de Sroufe, Herreman y Gojman-de-Milan (2018) sobre el apego; para ellos, los menores siempre estarán apegados a alguien, ya que son los que se hacen cargo de él y no importa si el cuidado es insuficiente o, incluso, si es abusivo. Siguiendo con esta idea, queda claro que

el objetivo de la Administración es que los menores se encuentren en una situación mejor que la de partida, es decir, de aquella que los llevo al desamparo. Por ese motivo, es que se adoptan las medidas de protección, aunque frente a las medidas residenciales y las casas de acogida son preferibles las segundas para atender las necesidades de los infantes y adolescentes.

Las medidas de familias de acogida son las que garantizan una mayor acomodación para el menor, teniendo en cuenta que todas sus necesidades pueden ser cubiertas en el calor de un hogar con atención personalizada y demostraciones de afecto, que no se perciben como una relación profesional y tienen una mayor estabilidad. Además, reciben la ayuda de un profesional para asegurar la convivencia y el bienestar del infante o adolescente. En cambio, en los centros residenciales se percibe que esta medida puede provocar carencias afectivas por la falta o inadecuada estimulación y, en consecuencia, cabe la posibilidad de que el desarrollo afectivo, social y cognitivo se vean afectados. Estas carencias afectivas pueden estar ocasionadas por la cantidad de profesionales que se encuentran en los centros y el cambio constante de los mismos por contratos precarios (Jimeno, 2017). También, se puede deber a la elevada burocratización del sistema, que no permite que los Trabajadores Sociales se acerquen adecuadamente a los menores para el establecimiento de un vínculo afectivo, porque el tiempo es limitado (Ferguson, 2017). En Jimeno (2017) se recalca que los centros residenciales consisten en ofrecer un recurso de intervención intensa e individualizada, que trabaja sobre las habilidades sociales, cognitivas o de autonomía personal de los niños y adolescentes que presentan déficits en estas áreas.

Por los motivos expuestos anteriormente, se percibe que las medidas de protección residenciales presentan déficits para complacer las necesidades de los menores en comparación con las familias de acogida. Es evidente que la Administración cubrirá las necesidades más básicas de la Pirámide de Maslow, que son las de fisiología y seguridad, pero la cobertura del estadio de necesidad de afiliación presenta una mayor complicación para los profesionales y, en consecuencia, la satisfacción de los estadios siguientes, ya que, desde la perspectiva de este autor teórico, no se puede complacer un estadio superior sin haber complacido las necesidades anteriores.

Si tenemos en cuenta las necesidades concretas de los infantes y adolescentes que ofrecen Doyal y Gough (Hernández, 2021; Hidalgo, Sánchez y Lorence, 2008) y Barudy y Dantagnan (Sallés y Ger, 2011), se puede apreciar que existen ciertas similitudes con las

expuestas por Maslow en relación con las necesidades de protección y seguridad, así como de las relacionales. No obstante, los últimos autores concretan más en las necesidades diarias de este grupo.

Por un lado, desde la perspectiva de las necesidades de Doyal y Gough las de tipología física pueden ser fácilmente cubiertas por la Administración y los profesionales que intervienen, mientras que las de autonomía presentan una mayor complejidad porque incluyen la satisfacción de las interacciones del menor, la vinculación afectiva, la educación formal e informal, la protección de riesgos psicológicos, juego y ocio y participación activa y normas estables. Algunas de estas subnecesidades pueden ser cubiertas parcial o completamente por los profesionales, pero no en su totalidad, debido a los factores de riesgo asociados a los centros residenciales. Aunque continúo destacando la vinculación, porque es una de las necesidades que influirá positivamente en la cobertura del resto de necesidades.

Por otro lado, las necesidades que presentan Barudy y Dantagnan, se centran más en la dimensión psicológica y emocional del menor para su desarrollo desde la visión de las necesidades parentales competentes que deben cubrir. Ellos también consideran la educación, la socialización, la protección, las nutritivas, de cuidados, afecto y estimulación y, además, añaden una nueva que es la resiliencia.

En resumen, estos autores valoran que las necesidades van más allá de las consideradas básicas, que podrían ser un techo, agua, luz y comida, ya que los menores necesitan de una gran estimulación para el desarrollo pleno de sus facultades. Según Pineda (2013), el Estado no debe ser el sustituto de la familia, ya que son ellos quienes se deben encargar de las necesidades afectivas del menor, mediante la convivencia del día a día, en la cual se puede observar mejor la evolución del niño.

En mi opinión, los profesionales no buscan ser el sustituto de la familia, sino que quieren ser la figura de apoyo para el infante o adolescente que presenta dificultades provocadas por la carencia de satisfacción de sus necesidades afectivas, con el fin de que pueda adaptarse al entorno de la forma más adecuada, de esta manera se podría asegurar el retorno con la familia o facilitar la convivencia con una familia de acogida o adoptiva.

Es necesario que los menores tutelados puedan comprender que las experiencias vividas no implican un condicionamiento en su comportamiento o manera de ser en el futuro próximo, ya que ellos pueden configurar nuevas estrategias y habilidades para paliar las

consecuencias del maltrato infantil y de los procesos de duelo no superados, pero esto será más fácil de lograr si los profesionales se implican en la cobertura de las necesidades afectivas de los menores, ya que de lo contrario solo se estaría trabajando sobre la mitad de las cualidades del menor, de manera que no hay una atención personalizada e integral.

Así pues, los profesionales del ámbito social tendrán que trabajar sobre las consecuencias del maltrato infantil, si lo hay, y el proceso de duelo que está viviendo este grupo, ya que para ellos los padres continúan siendo la figura de apego principal, a pesar de que estos no le aporten la seguridad y protección necesarias, de manera que la separación o el abandono generan un sentimiento de pérdida y abandono.

En el caso de las consecuencias del maltrato expuestas por Aller et al. (2016), la OMS (2020) y Fernández (2014) razonan que estas tienen grandes afectaciones durante el desarrollo y, que dependerán de varios factores como la intensidad, duración y características del menor entre otras. Todos los autores coinciden en que el maltrato afecta a varias áreas del desarrollo (emocional, conductual, social, académica y de salud física), a las relaciones que pueda establecer y a la autopercepción negativa de él mismo. Desde este trabajo de fin de grado se pone especial atención a las dificultades de vinculación, porque como se ha podido observar las relaciones íntimas son una necesidad a la vez que una característica del ser humano para su desarrollo. Por ello, los Trabajadores Sociales deben incidir en la relevancia de poder vincularse con los infantes y adolescentes para promover que ellos puedan retomar relaciones que con anterioridad eran conflictivas, pero que se están transformando en positivas (Ej. con los padres para el retorno al núcleo familiar) y para que por sí mismos puedan establecer relaciones estrechas que les proporcionen bienestar.

Por otra parte, el proceso de duelo también conlleva unas sintomatologías y consecuencias propias de la situación que han padecido, que deben ser tratadas para evitar un proceso de duelo complejo provocado por la pérdida de las figuras de apego. El duelo en estos casos es algo completamente normal, porque han perdido las pautas de aquello que conocían para estar en un ambiente nuevo y desprotegido desde su percepción. Por eso mismo, es clave que puedan entender qué sucede para poder crear estrategias de superación como las elaborados por Kübler- Ross, Bowlby y, en especial, de Worden (Oviedo, Parra y Marquina, 2009), ya que estas últimas permiten la implicación del sujeto para cumplirlas y, al mismo tiempo, permite que haya un profesional en este proceso apoyándolo.

Dicho esto, es clave que los menores puedan comprender qué ha pasado para poder gestionar emocionalmente los sucesos, ya que, si no se estaría privando al menor de no poder sentir y expresar sus emociones para que en el futuro pueda saber cómo actuar, de manera que se le podría estar ocasionando un duelo inhibido o enmascarado. Según Serra (2017) la negación social del duelo se debe a la necesidad de los adultos de que los menores no sufran, pero contrario a lo que se pueda pensar esto provoca que los infantes y adolescentes se sientan desprotegidos, confusos y genere desconfianza por las mentiras o la falta de información. La autora considera que ellos necesitan tener la oportunidad de convivir y aprender de las situaciones que les ha tocado vivir, argumento con el cual estoy totalmente de acuerdo y, que, además, forma parte del **artículo 117 de la ley 14/2010**, de 27 de mayo, de los derechos y oportunidades de la infancia y adolescencia.

Este artículo ratifica la importancia que tiene para el infante o adolescente el estar informado sobre la situación personal, las medidas de protección y las actuaciones que se llevarán a cabo. No obstante, este artículo tiene en cuenta la capacidad del menor, que vendría a ser sinónimo de madurez, que en diversas ocasiones suele estar relacionado con la edad. Por tanto, la valoración de esta capacidad será realizada por los profesionales y me gustaría recalcar que ellos siguen siendo adultos, que tienen vocación en el ámbito de la infancia y la adolescencia, de manera que serán ellos quienes tendrán que saber cuándo se está produciendo un sesgo cognitivo para no caer en la sobreprotección hacia los menores, que resulta perjudicial para la superación de los procesos de duelo.

De hecho, esto lo corrobora Casadó (2021) cuando dice que, si se habla de la pérdida de manera natural, se puede reducir el riesgo de que el proceso de duelo sea complejo, ya que el menor aprenderá que es normal y hablará de ello con naturalidad. Para ello, es importante que el adulto no intente evadir esta conversación, porque los niños suelen imitar lo que hace el adulto responsable. Asimismo, Serra (2017) declara que a los adultos que se les ha privado de sentir la pérdida reproducirán este modelo de contención y sobreprotección.

Por lo tanto, los Trabajadores Sociales para terminar con este modelo, deberían poder distinguir cuándo es adecuado poder hablar de estos procesos con los infantes y adolescentes como un acto natural e incluso doloroso, para fomentar que ellos reconozcan sus propias emociones y que no se agrave la situación en el futuro por la inhibición de su sentir en la infancia o adolescencia.

El tratamiento de las consecuencias que ha dejado el maltrato y el proceso de duelo por separación, son dos elementos que tienen que ser tenidos en cuenta para las intervenciones sociales con este colectivo, ya que los dos están estrechamente asociados con el porvenir del menor y, por ende, con su bienestar. El hecho de poder trabajar sobre ello permite que se establezca una relación de apego seguro, porque se estarán cubriendo las necesidades afectivas, que en este caso serían poder expresarse y sentir que sus emociones y opiniones son validadas por los adultos que ejercen el rol de sus cuidados, de manera que se estaría reduciendo la sintomatología de los procesos de duelo, generando que se pueda reducir el progreso de un duelo patológico.

El apego seguro es el primer paso para entablar una relación de vinculación afectiva. En primer lugar, este tipo de apego aporta beneficios como una adecuada regulación de las emociones, facilidad para expresar sentimientos, tolerancia a la frustración y desarrollar la capacidad de resiliencia (Vecilla, 2022). Así pues, el apego seguro es aquello que hay que intentar establecer con el menor cuando se encuentra en una situación de desamparo y, con el tiempo, transformarse en una vinculación afectiva, porque involucra a ambas partes en un proyecto de futuro, en el sentido de que el menor entenderá que las acciones profesionales tienen la finalidad de asegurar su bienestar, de manera que habrá una reciprocidad en las acciones y un entendimiento mutuo que facilite la intervención. Con ello no se pretende crear dependencia, sino que el menor pueda depositar su confianza en una figura adulta, con el objetivo de que se pueda facilitar su reintegración en la familia nuclear o cualquier otra figura que ejerza el rol parental, mediante la ayuda profesional. Asimismo, para que ante las dificultades el infante o adolescente sea capaz de pedir ayuda a terceras personas, de manera que se estaría rompiendo con la individualidad existente, que no permite recurrir a otros por el sentimiento de vergüenza.

Por tanto, con la vinculación afectiva se busca dar respuesta a las necesidades del menor desde la relación de ayuda de los Trabajadores Sociales, que debe consistir en la empatía, aceptación, escucha activa, confianza, establecimiento de límites, etc. (Rodríguez, 2010). También, se deben tener en cuenta las habilidades requeridas para tratar con los procesos de duelo, como el conocimiento y comprensión del testimonio y situación de la persona, ya que necesitan expresarse y sentir que son entendidos (Ruíz, 2020). Para Payne, la trascendencia de las relaciones sociales en la profesión es debido al requerimiento de una gran implicación en la vida de los usuarios, ya que es la relación la manera en que se

puede efectuar un cambio en la vida de las personas y, de las personas usuarias hacia el profesional (Idareta-Goldaracena, 2013).

En definitiva, la vinculación afectiva puede ser trabajada con los menores tutelados como una herramienta para asegurar la relación de ayuda, así como una manera de poder ayudar al menor a reestructurar la tipología de apego aprendida hasta el momento, porque al haber un entendimiento entre ambas partes será más fácil para el menor percibir que su seguridad y protección están siendo cubiertas. De tal manera que, el Trabajador Social puede cooperar a que se reestructure el tipo de vinculación que tiene el menor con la familia, mediante la intervención familiar, pero sobre todo preocupándose por el interés superior del infante o adolescente (artículo 5 de la ley 14/2010). Por tanto, no se intenta sustituir la figura de la familia ni crear dependencia, sino que se trata de velar por el desarrollo integral de los menores tutelados.

Cabe desatacar también, que la vinculación afectiva permite la potenciación de la capacidad de la resiliencia, que resulta de gran utilidad en contextos de riesgo y la superación de procesos de duelo, debido a que fomenta la minimización de los efectos nocivos de algún acontecimiento y permite sobreponerse a ellos (Uriarte, 2005). Por eso mismo, es tan relevante tener en cuenta esta variable para la intervención con los niños y adolescentes.

6. CONCLUSIONES

Tras el análisis realizado sobre la realidad de los menores tutelados, los procesos de duelo y la vinculación y/o apego puedo concluir que la vinculación aporta grandes beneficios para la intervención social en la superación de los procesos de duelo con menores tutelados, debido a que no solo atiende a las necesidades de este colectivo en el presente, sino que a través de la vinculación afectiva y la relación de ayuda se consigue que el menor adquiera habilidades y estrategias para afrontar situaciones complejas en el futuro.

Por parte de las instituciones, tienen muy claro cuáles son las necesidades de los infantes y adolescentes, aunque debido a la alta demanda de este tipo de recursos y la burocracia involucrada resulta complejo poder atenderlas en su plenitud. Entre ellas, las más afectadas son las necesidades afectivas y emocionales, porque se percibe que éstas deben ser cubiertas por las figuras que ejercen el rol parental, porque si no se puede considerar que están sustituyendo a estas figuras. Sin embargo, a pesar de esta percepción, es muy importante que se incluya la satisfacción de estas dimensiones, ya que sino solo se estaría

buscando el bienestar parcial del colectivo y no se tienen en cuenta las consecuencias negativas que tiene la insatisfacción de este tipo de necesidades. Personalmente, creo que esta postura no tiene en cuenta la realidad de que hay menores que pasan largas temporadas en los centros residenciales y, por tanto, se les estaría privando de sentirse importantes y queridos para alguien, perjudicando así su desarrollo psicológico, emocional, de salud física y educativo.

El acompañamiento en el duelo forma parte de las necesidades no atendidas por la Administración y los equipos que la componen. Considero que si el objetivo final es fomentar que los menores tutelados regresen con las familias de origen es clave poder ayudar a que superen estos procesos de duelo, ya que la no superación tiene consecuencias nocivas que pueden aparecer en el futuro y menoscabar la convivencia familiar, provocadas porque no se atendió el duelo en su momento y, por tanto, no acabaron de comprender por qué vivieron ese acontecimiento y cómo esa experiencia puede formar parte de su historia vital y, en consecuencia, de su crecimiento personal.

Desde mi punto de vista, hace falta que se invierta en formación en relación con los procesos de duelo desde el Trabajo Social, ya que es un proceso por el cual puede pasar cualquier persona atendida, pero que no tiene el mismo impacto según la persona ni según la edad. Hay distintas formas de expresarlo y de superarlo, es decir, no hay una forma más válida que otra, ya que es un proceso que requiere tiempo y que cada persona lo sobrelleva como puede. Usualmente, se tratan los procesos de duelo asociados a la muerte, pero no existe una sola forma de duelo, de manera que hay que poder enriquecer la formación en este ámbito, en especial, cuando se trata de atender a los menores tutelados, ya que han padecido situaciones complejas que requieren de respuestas adecuadas a su duelo y necesidades.

Por último, me gustaría añadir que la atención en el duelo no debería estar solo destinada al ámbito de Trabajo Social sanitario, porque como he dicho no solo se produce en situaciones de fallecimiento de un familiar. Los duelos pueden ser por la pérdida de un vínculo afectivo u objetos o eventos que implican un cambio significativo en la vida de las personas. Por tanto, recomendaría que se hicieran intervenciones de este calibre en los centros residenciales o los profesionales que hacen el seguimiento de las familias de acogida, por los beneficios terapéuticos que tiene la intervención en el duelo. También, he de destacar los grupos de duelo que propone Casadó (2021) para atender a los infantes

y adolescentes en estos procesos, porque se crea un espacio de validación entre iguales sobre las situaciones vividas.

7. BIBLIOGRAFÍA

Aller, T., Sainero, A. y Raposo, R. (2016). Aprender a ver para desenmascarar la violencia.

[https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Aprender-a-ver-Comunes-pantalla%20\(1\).pdf](https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Aprender-a-ver-Comunes-pantalla%20(1).pdf)

Allueva, L. (2011). Situacions de risc i desemparament en la protecció de menors. *InDret*, 4, 1-24. <https://raco.cat/index.php/InDret/article/view/247776/331735>

Carretero, R. (2010). Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 27 (3), 91-103.

<https://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA1010330091A>

Casadó, I. (2021). Els efectes psicosocials en els nens i adolescents en una situació de dol familiar. Un espai per al treball social. *Revista de Treball Social*, 221, 69-87. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.04>

Chacón, J., Martínez, M. y González, J. (2007). El duelo complicado. En Camps, C. y Sánchez, P. (Ed.), *Duelo en oncología* (p.223-236). Sociedad Española de Oncología Médica.

https://www.academia.edu/38120007/Duelo_en_Oncolog%C3%ADa_Libro_acad%C3%A9mico

Chajud, S y Estremero, J. (2004). El duelo. *Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria*, 7(4), 110-113. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v7i4.5438>

Dallos, R. (2014). *Apego y terapia narrativa: un modelo integrador*. <https://elibro-net.eu1.proxy.openathens.net/es/lc/peretarres/titulos/51839>

El procés de dol. (2021). En Sánchez, N. (Comp.), *Acció 1, Grup 4: Acompanyament durant el procés de dol* (p. 1-13). Fundació Pere Tarrés.

Ferguson, H. (2017). How Children Become Invisible in Child Protection Work: Findings from Research into Day-to-Day Social Work Practice. *The British Journal of Social Work*, 47, 1007-1023. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw065>

Fernández, J.C y Bravo, A (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14 (Supl.), 118-123.
<https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/26757/Psicothema.2002.14.S.118-23.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fernández, M.V. (2014). *Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. Tesis Doctorals en Xarxa. <http://hdl.handle.net/10803/146291>

Gamo, E y Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXIX (104), 455-469.
<https://www.redalyc.org/pdf/2650/265019649011.pdf>

Generalitat de Catalunya. (2007). *Llei de Serveis Socials*.
https://www.gramenet.cat/fileadmin/Files/Ajuntament/serveis_socials/Consell_municipal/llei_ss_resum.pdf

Generalitat de Catalunya. (2010). *Dades de la prestació o apartat*.
<https://dps.gencat.cat/ccs/prestacio.do?Prestacio=1371>

Generalitat de Catalunya. (2010). *Servei especialitzat d'atenció a la infància i a l'adolescència*.
https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/serveis_socials/servei_socials_especialitzats/infancia_adolescencia_i_joventut/servei_especialitzat_datencio_a_la_infancia_i_adolescencia/

Generalitat de Catalunya. (2017). *Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya*.
https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infanciaiadolescencia/DEST_columna_dreta/documents/Protocol-Marc-Maltractament-IA.pdf

Generalitat de Catalunya. (2022). *Acogimiento familiar*.
<https://web.gencat.cat/es/tramits/que-cal-fer-si/adopto-i-o-acullo-un-infant/acolliment-familiar/>

Generalitat de Catalunya. (2022). *Informe estadístic mensual: Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA): Març 2022*.

https://drets-socials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/07infanciaiadolescencia/dades_sistema_proteccio/2022/2022_03_informe_DGAIA.pdf

Gómez, M. (2018). *El duelo y el luto*. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno.

González, L. y Paredes, L. (2017). Apego y resiliencia. *CienciAmérica*, 6 (3), 102-105.

González, V. (2006). Trabajo social familiar e intervención en procesos de duelo con familias. *Acciones e investigaciones sociales*, N°Ext 1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002448>

Guillem, V., Romero, R. y Oliete, E. (2007). Manifestaciones del duelo. En Camps, C. y Sánchez, P. (Ed.), *Duelo en oncología* (p.63-83). Sociedad Española de Oncología Médica.

https://www.academia.edu/38120007/Duelo_en_Oncolog%C3%ADa_Libro_acad%C3%A9mico

Hernández, S. (2021). “Atención y protección a la infancia: papel del Trabajo Social” [Trabajo fin de grado, Universidad de Valladolid]. UVaDOC. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49435/TFG-G5102.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hidalgo, M., Sánchez, J. y Lorence, B. (2008). Procesos y necesidades de desarrollo durante la infancia. *XXI. Revista de Educación*, 10, 85-96. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2800084>

Horno, P. (2008). *Desarrollo del vínculo afectivo*. https://www.aepap.org/sites/default/files/aepap2008_libro_299-310_vinculo.pdf

Idareta, F. (2013). Ética y alianza terapéutica en Trabajo Social. *Portularia*, 13 (2), 1-13. https://www.researchgate.net/publication/269867858_Etica_y_alianza_terapeutica_en_el_Trabajo_Social_Ethics_and_Working_Alliance_in_Social_Work

Izem, E. (2021). *Propuesta de intervención: fomentar el apego seguro y fortalecer la resiliencia del alumnado ante el duelo* [Trabajo fin de grado, Universidad de Almería]. riUAL. <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/13411/IZEM%20FUENTES%2c%20E%20SMERALDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Jimeno, M. (2017). La figura del educador social como tutor de apego en los hogares tutelados para menores en situación de protección. *Revista de Educación Social*, 25, 236-244. <https://eduso.net/res/revista/25/miscelanea/la-figura-del-educador-social-como-tutor-de-apego-en-los-hogares-tutelados-para-menores-en-situacion-de-proteccion>

Molero, R., Sospedra, R., Sabater, Y. y Plá, L. (2011). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1 (1), p.511-520. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5098344>

Navas, D. (2020). *Els Centres Residencials d'Acció Educativa: ¿Estigma o desinformació?* [Trabajo de investigación, Universidad Ramon Llull]. Universidad Ramon Llull. https://www.url.edu/sites/default/files/content/file/2021/05/27/36/premisrecercaurl2021_treball_distincio_festspt.pdf

No soy Asistente, soy Trabajadora Social (s.f). Funciones de la Trabajadora Social en un centro de menores. *No soy Asistente, soy Trabajadora Social*. <https://nosoyasistente.com/funciones-de-la-trabajadora-social-en-un-centro-de-menores/>

Observatorio Infancia. (2021). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia*: Boletín número 23 datos 2020. https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/Boletin_Proteccion_23_Provisional.pdf

Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 65-81. <https://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2020). Maltrato infantil. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment#:~:text=El%20maltrato%20infantil%20se%20define,salud%2C%20desarrollo%20o%20dignidad%20del>

Oviedo, S., Parra, F. y Marquina, M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería Global*, 8(1), 1-9. <https://doi.org/10.6018/eglobal.8.1.50381>

Parlament de Catalunya. (2011). *Llei dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència*. <https://www.parlament.cat/document/nom/TL115.pdf>

Pineda, A. (2013). Los vínculos afectivos en las familias como recurso ante la vulnerabilidad. *Aletheia: Revista de Desarrollo Humano, Educativo y Social Contemporáneo*, 5 (2), 90-107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7854550>

Ramos, C. y Lorenzo, J. (2017). Trabajo Social y vínculos en situaciones de gran complejidad. Guinot, C. y Ferran, A. (Ed.), *Trabajo Social: arte para generar vínculos* (353-359). Universidad de Deusto. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=731815>

Rodríguez, N. (2010). De la Relación de Ayuda en la Intervención Social. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 48, 31-54. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3655829>

Ruíz, A. (2020). El duelo desde el Trabajo Social. Experiencia de intervención social con grupos. *Revista de trabajo y acción social*, 63, 29-42. https://www.trabajosocialmalaga.org/wp-content/uploads/2021/05/DTS_63_2.pdf

Ruiz, V. y Rubia, M. (2020). Educación emocional aplicada al apego inseguro. En Díez, E. y Rodríguez, J. (Ed.), *Educación para el Bien Común: hacia una práctica crítica, inclusiva y comprometida socialmente* (438-451). Octaedro. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7272083>

Sallés, C. y Ger, S. (2011). Les competències parentals en la família contemporània: descripció, promoció i avaluació. *Educació Social*, 49, 25-46. <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/250177>

Serra, X. (2017). El procés de dol amb infants i adolescents en l'entorn social i el Taller Ara sí que sé a les escoles. *Revista de Treball Social*, 210, 139-151. <https://www.revistarts.com/article/el-proces-de-dol-amb-infants-i-adolescents-en-lentorn-social-i-el-taller-ara-si-que-se-les>

Solé, J. (2016). *El treball social i educatiu des del sistema de protecció a la infància i l'adolescència*. <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/143029/2/Adopcio%20i%20acolliment%20familiar%20Modul2%20El%20treball%20social%20i%20educatiu%20des%20del>

[%20sistema%20de%20proteccio%20a%20la%20infancia%20i%20l%27adolescencia.pdf](#)

Sroufe, A., Herreman, C. y Gojman-de-Millán, S. (2018). *La teoría del apego: investigación e intervención en distintos contextos socioculturales*. <https://elibro-net.eu1.proxy.openathens.net/es/lc/peretarres/titulos/111010>

Suárez, P. y Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista virtual de la Institución Universitaria Envigado*, 12 (20), 173-198. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6573534>

Uriarte, J. (2005). La resiliencia. Una perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10 (2), 61-79. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17510206>

Vecilla, L. (2022). *Vínculo de apego, beneficios y consecuencias en el infante. El papel de la enfermería* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Cantabria]. UCREA. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/25054>

Vedia, V. (2016). Duelo patológico: factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, VI (2), 12-34. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf