

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PARTIR DE LA OBSERVACIÓN SISTEMÁTICA PARTICIPANTE EN EL HOGAR: NUEVA TÉCNICA EN LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS

The differential diagnosis from the systematic participant observation at home:  
A new technique in the families intervention

Orlanda Díaz-García  
Patricia Fernández de Castro  
Universidad de Castilla-La Mancha  
Orlanda.Diaz@uclm.es

## Resumen

La intervención con familias en el ámbito de los Servicios Sociales reviste una amplia dificultad considerando que la familia es un ente más complejo que la unión de sus miembros; se trata de un compendio de individualidades y de interrelaciones que se entrelazan configurando un sistema con entidad propia. La precisión del diagnóstico en una intervención familiar va a determinar el éxito en la consecución de los objetivos marcados y en definitiva en el bienestar de la familia y de cada uno de sus miembros. De ahí la trascendencia de la investigación en Trabajo social y la transferencia de resultados a las nuevas intervenciones en los Servicios de Familia.

La nueva técnica denominada Observación Sistemática Participante en el Hogar (OSPH), que se ha empezado a proponer en 2014, permite observar el sistema familiar en su medio cotidiano y en su dinámica habitual. Con el soporte instrumental (Registro), la estrategia adaptada a cada familia y el entrenamiento específico del (de la) profesional observador(a), se obtiene información sobre los hábitos, sinergias, riesgos y problemáticas, difícil de obtener por otros medios y con el máximo respeto y mínima intervención posible (teniendo en cuenta que aún se está en fase de estudio/diagnóstico y no de intervención).

La investigación que se expone utiliza la metodología de Estudio de caso. Con ella se quiere mostrar el diagnóstico diferencial alcanzado en diez familias donde se ha podido aplicar la técnica OSPH, respecto al diagnóstico alcanzado cuando se utilizó en su lugar la Entrevista domiciliaria (también denominada Visita domiciliaria).

Los resultados muestran amplias diferencias cualitativas en la línea de la precisión y precocidad del diagnóstico familiar cuando se utiliza la OSPH.

**Palabras clave:** Diagnóstico familiar, trabajo social, observación participante, sistematicidad

## Abstract

The families intervention in the Social Services area has a heavy difficulty, considering that the family is a being more complex than the union of its members it deals with a set of individualities and interrelations intertwined that configures a system with its own essence. The

precision of the diagnosis in a familiar intervention determines the success in the achievement of proposed aims and in conclusion the comfort of the family and each of its members. Hence, the importance of the research in Social work and the transfer of the results of new interventions in families services.

The new technique called Systematic Participant Observation at Home (SPOH) which has begun to be proposed in 2014. It allows observing the family system in their everyday environment and their usual dynamic. With the instrumental support (register), the strategy adapted to each family and the specific training of professional observer, information is collected about habits, synergies, risks and problems difficult to obtain by other means and with the utmost respect and minimal possible intervention (considering it is still in the study/diagnosis stage and not in the intervention).

The research presented uses the case study methodology. With it, it is showed the differential diagnosis reached in ten families in which have been possible to apply the technique SPOH regarding diagnosis reached when the household interview (also called home visit) was used instead.

The results show large qualitative differences in line with the accuracy and precocity of the families diagnosis when SPOH is used.

**Keywords:** Family diagnosis, social work, participant observation, systematic.

## INTRODUCCIÓN

La familia, es la encargada de la satisfacción de necesidades biológicas y afectivas de los individuos; responde por el desarrollo integral de sus miembros, las pautas socializadoras iniciales y la transmisión de valores que la sociedad espera. De ahí que la pertenencia a una familia constituye la matriz de la identidad individual; de donde el individuo aprende mediante el llamado proceso de socialización, las pautas transaccionales que le permitirán funcionar a lo largo de su existencia y evolución. Todo ello en cualquier tipo de familia, con cualquier composición, pues existen tantos tipos como estilos de convivencia se encuentren. La familia vista como sistema vivo (en proceso de desarrollo), con estructura propia y en continuo feedback entre sus miembros a la vez que con otros sistemas (Campanini y Luppi, 1991; Musitu, Buelga y Lila, 1994; Rodrigo y Palacios, 1998). A medida que avanza el conocimiento sobre la pluralidad de funcionamientos familiares se hace más necesario investigar sobre nuevas técnicas que permitan un acercamiento tan respetuoso como eficaz a la observación y conocimiento de esas singularidades familiares. Se parte de la necesidad de incrementar la eficacia en la intervención familiar, especialmente en aquellas familias con menores en su composición (Arruabarrena y De Paul, 2012).

La investigación que permitió presentar la Observación Sistemática Participante en el Hogar (OSPH) como nueva técnica diagnóstica para la intervención familiar (Díaz-García, 2014)

tiene su continuidad en el presente manuscrito. Éste mostrará el alcance del diagnóstico diferencial conseguido con la utilización de esta técnica en diez familias.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. General**

- Revelar la diferencia diagnóstica alcanzada entre el estudio que utiliza la nueva técnica de OSPH y el que no la emplea.

### **1.2. Específicos**

- Conocer la repercusión de la nueva técnica respecto a precocidad y precisión diagnóstica
- Facilitar la valoración sobre la idoneidad de utilización de la técnica.

## **2. METODOLOGÍA**

Esta investigación parte de una visión holística de las personas y su escenario; con un posicionamiento del investigador sensible a los efectos que causa; tratando de estudiar el objeto dentro del marco referencial y cultural de las personas a las que afecta (Taylor y Bogdan, 2000). El método utilizado es el Estudio de caso (Coller, 2005).

Las técnicas utilizadas para el Estudio inicial (recogida de información) han sido las empleadas habitualmente en Trabajo Social: Reuniones de coordinación con otros(as) profesionales, entrevistas en despacho, entrevistas en el hogar familiar (visitas domiciliarias), observaciones, recopilación documental, etc. En el segundo diagnóstico se ha sustituido la entrevista en el hogar por la OSPH. Ésta requiere un instrumento específico para el registro de las observaciones, un entrenamiento del (de la) profesional observador(a) y una estrategia que permita hacer las observaciones en el domicilio. Los estudios y diagnósticos se realizan mediante el trabajo en equipo interdisciplinar. Las áreas y subáreas del estudio se analizan utilizando las Escalas de evaluación publicadas por Díaz-García (2014), diseñadas a partir de las investigaciones de Díaz, Corral y Pulido (1997) y Ripol-Millet (2001). Estas escalas cuentan con valores del 1 al 9, donde del 1 al 3 es Muy Deficiente, del 4 al 6 Deficiente y del 7 al 9 Normalizado. Además cada valor cuenta con descripciones cualitativas que ayudan a precisar el resultado.

## **3. ANÁLISIS Y RESULTADOS**

### **3.1. Familia PM (madre, padre e hija recién nacida)**

#### **3.1.1. Diagnóstico 1**

Detalles: Organización económica y alimentación de la bebé Muy Deficientes. Situación socio-profesional del padre Muy Deficiente: parado, con empleos esporádicos sin continuidad y la percepción de ayudas de instituciones benéficas permanentemente. En la madre se detectaron

algunas carencias de habilidades: no sabe preparar el biberón y dar la medicación a la bebé de unos días de vida (ambos lo consideran tarea de la madre).

Problemas principales:

- Condiciones materiales Deficitarias
- Situación socio-profesional del padre Muy Deficitarias
- Algunas carencias de habilidades en la madre

Relación entre los problemas: La situación socio-profesional del padre y carencia de algunas habilidades de la madre repercuten negativamente en las condiciones materiales y en la alimentación de la bebé.

### **3.1.2. Diagnóstico 2**

Detalles: Organización económica y alimentación de la bebé, siguen Muy Deficientes. Higiene familiar se mueve entre Muy deficiente en la menor cuando depende de los padres y Normalizada el día que va alguien de instituciones benéficas (Van diferentes personas, sin ningún perfil profesional determinado, sin periodicidad ni compromiso, de diferentes instituciones y particulares). Organización del hogar Muy Deficiente. Relación padres-hija Deficiente: Actitud de dejadez, abulia. Relación entre la pareja Deficiente: Afirmaciones de desprecio de uno hacia el otro, agresividad contenida del padre. Atención materna/paterna Muy Deficiente cuando depende de los padres. Aceptación de la niña por su familia Muy Deficiente: Dejan a la bebé al cuidado de terceras personas sin motivo de forma continuada y la viven como una carga (La madre entrega a la niña a cualquier mujer que llegue para que la atienda en sus cuidados; incluso darle el biberón. Cuando no tiene otra opción y tiene que darle el biberón ella misma, lo hace sin cogerla en brazos: la pequeña tumbada en algún sitio y ella sentada cerca). Capacidad para asumir funciones maternas/paternas Muy Deficiente: Grave incapacidad psíquica de la madre para promover el vínculo con su hija (Bowlby, 1979). En las Relaciones con el Entorno Social existe una fuerte relación de dependencia con instituciones benéficas y voluntarias particulares. Patologías Individuales del padre Agresividad contenida e indicios de maltrato físico hacia la madre. Patologías individuales de la madre: Problema psíquico sin diagnosticar que está repercutiendo negativamente en el establecimiento del vínculo con su hija.

Problemas Principales:

- Las patologías individuales de los padres, en especial las de la madre por su rol de responsable de la bebé.
- Todas las condiciones materiales relacionadas con la organización e higiene doméstica y familiar son muy deficitarias.
- La situación socio-profesional del padre muy deficitaria

Relación entre los problemas: Las patologías individuales de los padres y la carencia de conciencia sobre ellos determinan el resto de problemas principales; especial hincapié en la grave repercusión para la menor: de seguir así podría no establecer vínculo emocional con su madre ni con nadie.

### **3.2. Familia CG** (madre, padre, hija de 5 años)

#### **3.2.1. Diagnostico 1**

Detalles: Alimentación familiar Muy Deficiente: Graves condiciones de higiene en la alimentación y su preparación. Higiene familiar Muy Deficiente: Fuerte olor corporal de la madre: ropa, pelo uñas muy sucios. Organización del hogar Muy Deficiente: Grandes acumulaciones de basura, restos de comidas en diferentes grados de descomposición, roedores muertos en distintos grados de descomposición. Atención materna/paterna Muy Deficiente: Higiene familiar muy deficiente. Patologías individuales de la madre: Toxicomanía-alcohol.

Problemas principales:

- Muy Deficientes condiciones higiénicas en el hogar, en el ámbito personal y en la alimentación (1)
- Toxicomanía (alcohol) en la madre (2)
- Muy Deficiente atención materna/paterna.

Relación entre los problemas: Las problemáticas (1) y (2) están poniendo en grave riesgo a la menor (edad: 5 años).

#### **3.2.2. Diagnostico 2**

Detalles: Alimentación familiar sigue valorándose Muy Deficiente: Graves condiciones en la alimentación y en su preparación: Se cocina en utensilios donde aún quedan restos de alimentos de varios días. Higiene familiar Muy Deficiente en la madre, Deficiente en el padre y rozando la normalidad en la hija. Organización del hogar se sigue valorando Muy Deficiente. Situación educativa/escolar de la niña completamente normalizada: Asiste con regularidad al colegio; la madre se preocupa de que realice las tareas escolares de casa. Relación padres-hija completamente normalizada: Hay diálogo y confianza entre padres e hija, especialmente madre-hija; el clima es afectivo, positivo; existe fuerte y saludable vínculo madre e hija. Relación entre la pareja da unos valores de normalidad aunque baja: La relación no es negativa, pero apenas existe diálogo. La atención materna/paterna, por la grave situación higiénica tiene una valoración de Muy Deficiente; en el resto de indicadores de esta subárea da normalización: Hay regularidad horaria en comida, sueño y asistencia a clase; la madre se preocupa de que la niña haga sus tareas escolares. Aceptación de la niña por su familia Normalidad: Se preocupan por sus temas y problemas. En las relaciones con el entorno social destaca la de Servicios Sociales: Hasta la llegada del Servicio de Sanidad era inexistente; al inicio había gran desconfianza y temor; actualmente es fluida con incremento de confianza. Patologías individuales, en el padre sólo se aprecia, en su discurso y funcionamiento una leve carencia psíquica; en la madre además de la toxicomanía (alcohol) se detecta algún tipo de problema psíquico sin diagnosticar; la menor es alegre, despierta, segura y tranquila, con aspecto

saludable. (Se destaca la descripción de la menor tan contraria a cualquier patología por lo llamativo ante el nivel de suciedad, hedores y animales nocivos; duerme sobre el colchón de su cama, sucio, con agujeros llenos de ratas; concibe las ratas como animalitos de compañía).

Problemas principales:

- Las condiciones higiénicas personales, del hogar y de la alimentación Muy Deficitarias.
- El leve retraso psíquico del padre y muy especialmente la patología de la madre sin diagnosticar ni tratar.

Relación entre los problemas: La patología psíquica de la madre determina gravemente las muy deficientes condiciones higiénicas, que suponen importante riesgo físico para la menor. (Para la toma de decisión sobre el caso habrá que tener muy en cuenta el fuerte vínculo de la niña con su madre).

### **3.3. Familia ZB** (madre, padre y tres hijos de 10,7 y 5 años de edad)

#### **3.3.1. Diagnóstico 1**

Detalles: Situación económica Deficiente: Ingresos entre el umbral de pobreza severa y el de moderada. Organización económica Deficiente: No llegan a final de mes. Relación entre la pareja Muy deficiente: Malos tratos físicos del padre a la madre; dos separaciones de hecho propiciadas por la madre. Situación socio-profesional Deficiente rozando la Normalización: El padre trabaja, alternando con pequeños períodos de desempleo y la madre es ama de casa. La situación educativa/escolar de la madre está por encima de la del padre en 3 niveles. Relaciones con el entorno social: fuerte relación con los SS.SS. para petición de prestaciones económicas desde su llegada a la localidad hace 1 año.

Problemas Principales:

- Relación conflictiva en la pareja: maltrato físico unidireccional del padre a la madre.
- Algo deficiente la situación socio-profesional
- Deficiente estructura económica (ingresos insuficientes)

Relación entre los problemas:

La conflictividad en la relación de pareja, establece un ambiente nocivo para el desarrollo de los hijos.

La deficitaria situación socio-profesional del sustentador familiar, repercute en una deficiente estructura económica.

#### **3.3.2. Diagnóstico 2**

Detalles: Organización económica Muy Deficiente: Cortes de luz y deudas constantes hace años. Alimentación familiar Deficiente: Existe desorganización en el horario de comidas. Situación escolar Asisten con regularidad al colegio durante este curso, pero es el hijo mayor quien se ocupa de la asistencia de los tres. Relación padres-hijos Deficiente: Actitud de dejadez/abulia de los padres. Relación entre la pareja Muy Deficiente: Malos tratos físicos y psíquicos bidireccionales, que

alternan con muestras de unión extrema. Atención materna/paterna Muy Deficiente: Dejan a los niños solos a cualquier hora del día o de la noche para ir a buscarse el uno al otro con motivo de alguno de sus conflictos de pareja. Aceptación de los niños por su familia leve Deficiencia rozando la Normalidad: No hay actitud de rechazo pero no hay preocupación por sus temas y problemas. Capacidad para asumir funciones maternas/paternas Deficiente: Abulia y dejadez del padre y la madre. Relaciones con el entorno social: fuerte relación con los SS.SS. para petición de prestaciones económicas, pero hay compromiso de ninguno de los progenitores para trabajar sus problemas.

Problemas principales:

- Relación de pareja patológica
- Deficiente y muy deficiente situación y organización económica respectivamente.
- Todas las subáreas que valoran el riesgo de los menores están deficitarias, con mayor déficit en atención materna/paterna.
- Existe aislamiento social y dependencia de SS.SS. paternalistas.

Relación entre los problemas: La patológica relación de pareja (amor-odio extremos) la antepone a la relación y atención hacia sus hijos y hacia todas las áreas sociales evaluadas.

**3.4. Familia GG/MG** [Familia reconstruida o reconstituida, formada por padre (58 años), madre (40), hija de ambos (1 año) e hija de la madre (14 años)]

#### **3.4.1. Diagnóstico 1**

Detalles: Todas las áreas y subáreas dan valores de normalización. En patologías individuales la madre padece un tipo de cáncer en fase terminal.

Problemas Principales:

- Enfermedad grave de la madre
- El padre no tiene hábitos de cuidado y organización doméstica ni habilidades parentales (hasta ahora asumidos por madre e hija mayor)

#### **3.4.2. Diagnóstico 2**

Detalles: Situación educativa escolar hija mayor: Asistencia irregular a clase actualmente (con anterioridad, siempre regular). Relación padre-hija mayor: Indicios de maltrato (abuso sexual). Relación entre la pareja, atención materna/paterna y aceptación de las niñas dan valores de normalidad.

Relación con la familia extensa paterna inexistente y con la anterior familia nuclear inexistente. La madre no tenía familia. Relaciones con los vecinos, amigos, centro escolar eran positivas; con los SS.SS. eran inexistentes hasta su petición del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Problemas Principales:

- Muchos indicadores de posible maltrato (Abuso sexual) del padre a la hijastra.
- Alto índice de dudas sobre la capacidad del padre para asumir funciones paternas.

- Muy deficiente capacidad actual de la madre para asumir funciones maternas por la situación terminal de su enfermedad.

En este caso se necesitó más tiempo y la observación concreta de indicadores de maltrato, para poder llegar al diagnóstico firme de abuso sexual. Cuando la madre murió se observaron indicios de abuso hacia la menor (hija biológica), que también se confirmaron.

### **3.5. Familia MS** (Madre sola con hijo de 6 años; los padres no llegaron a vivir juntos)

#### **3.5.1. Diagnóstico 1**

Detalles: Situación económica entre Deficiente y Normalizada. Organización económica Deficiente: No llegan a final de mes. El resto de subáreas de Condiciones Materiales dan valores de Normalidad. Situación socio-profesional algo Deficitaria rozando la Normalidad: Percibe una pensión contributiva de invalidez y no tiene gastos de vivienda (vivienda social). Situación Educativa/escolar de absoluta Normalidad: Asiste con regularidad al colegio. Relación madre-hijo Normalización, aunque existe queja de “desobediencia”. Relación entre la pareja Inexistente pero conflictiva: manifestaciones verbales de la madre. En las relaciones con el entorno social se conoce fuerte relación con los SS.SS. aunque algo conflictiva con el S.A.D. Patología individual de la madre Enfermedad congénita, crónica y degenerativa (un tipo de Distrofia Muscular que le afecta a todo el cuerpo y que en la fase actual le permite un desplazamiento caminando muy lentamente y con torpeza).

Problemas Principales:

- Organización económica algo deficiente.
- Grave problemática de salud en la madre
- Manifestaciones verbales de conflicto relacional madre-hijo

#### **3.5.2. Diagnóstico 2**

Detalles: Organización económica Deficiente: Prioriza otras necesidades sobre las básicas. Alimentación familiar hay falta de organización en la preparación de las comidas: el lavado de las verduras y hortalizas lo realiza en el baño. Higiene familiar da el valor más alto, pero en el madre se observa excesiva higiene en ocasiones: a veces se ducha dos veces seguidas en el transcurso de una hora aproximadamente; aunque no sigue una misma pauta. Organización del hogar Normalización: orden y limpieza en suelos, enseres, armarios, etc., pero a veces, sin motivo aparente vuelve a lavar la ropa que ha recogido la Auxiliar de hogar. Relación madre-hijo Muy Deficiente: Indicios múltiples de maltrato físico hacia el hijo. Atención materna Regularidad en horarios comida y sueño, con algunas excepciones que coinciden con realizar alguna tarea de higiene a la que le da prioridad aunque objetivamente no la tenga. Aceptación de niño Manifestaciones de rechazo y verbalizaciones de desprecio al niño. Capacidad para asumir funciones maternas Apunta hacia grave incapacidad psíquica del único progenitor que le atiende. Relaciones con el entorno social Aislamiento social: Con la familia extensa materna casi inexistentes; la madre



conflictúa la relación con el abuelo y el tío (única familia); el resto de relaciones son inexistente a excepción de SS.SS. Patologías individuales Enfermedad física grave con tratamiento y problema psíquico sin diagnosticar.

Problemas Principales:

- Deficiente organización económica
- Grave problema de salud física e indicadores de problema de salud psíquica sin diagnosticar.
- Indicadores de maltrato físico y certeza del psíquico.

Relación entre los problemas: Todo apunta a que el problema psíquico (en relación o no con el físico) determina, la organización económica y doméstica en general, la relación con su hijo, así como la conflictividad en las contadas relaciones y el aislamiento social.

**3.6. Familia MH** (Madre sola e hija de 16 años. No hay ni ha habido figura de padre, ni legal ni relacional)

#### **3.6.1. Diagnóstico 1**

Detalles: Todo el área de Condiciones materiales que está evaluado da valores de completa Normalidad. Situación socio-profesional de la madre Deficiente: Empleada de hogar sin alta en seguridad social. Relación madre e hija Deficiente: discusiones frecuentes.

Problemas principales:

- Empleo sumergido (sin contrato ni alta en seguridad social)
- Relación conflictiva entre madre e hija

#### **3.6.2. Diagnóstico 2**

Detalles: Todo el área de Condiciones materiales que estaba evaluado sigue dando ahora los mismos valores de completa Normalidad. Las restantes subáreas de esta área: Organización económica, alimentación familiar y organización del hogar, todas dan valores de completa Normalidad. Situación socio-profesional de la madre Muy Deficiente: ocupación marginal (prostitución).

Situación educativa-escolar de la hija Asiste con regularidad al colegio. Relación madre-hija Riñas frecuentes. Atención materna Normalidad: preocupación por tareas y necesidades escolares. Aceptación de la hija Normalidad: Se preocupa por los temas y problemas de su hija. Capacidad para asumir funciones maternas Normalidad: La madre aporta hábitos y pautas de conducta favorecedores de una buena inserción social. Relaciones con la familia extensa materna No existe relación: La madre siente que nunca se la quiso en su familia y reprocha especialmente a su madre (abuela materna) que la empujó a buscarse la vida sola muy joven (16 años). Mantienen relaciones positivas con vecinas, centro escolar, amigas/os; con los SS.SS. no existía relación. Patologías individuales (EI.VM) en este caso de tipo social: actividad marginal (prostitución).

Problemas principales:

- Empleo marginal (prostitución)
- Relación conflictiva entre madre e hija
- Vivencia de la madre de abandono familiar (maltrato psicológico) de su familia (especialmente de su madre) y sentimiento de culpa y vergüenza hacia su hija

Relación entre los problemas: La ocupación de la madre y su vivencia de abandono en la infancia y adolescencia influye decisivamente en la conflictividad entre ambas.

### **3.7. Familia PL** [Madre, padre, hijo (10 años), hija (8años)]

#### **3.7.1. Diagnóstico 1**

Detalles: Situación económica Normalizada. Organización económica los datos que hay son de normalización: faltan ingresos, pero no hay deudas. Vivienda Normalizada: la vivienda y el equipamiento son en su conjunto de nivel normal-modesto, algo escaso. Higiene familiar madre e hijos presentan buen aspecto. Organización del hogar normalizado: orden y limpieza en cocina y baños. Situación socio-profesional el padre trabaja en la construcción sin contrato legal con cierta continuidad; cualificado: oficial. Madre ama de casa. Situación educativa escolar de los niños asisten a clase con regularidad. Relación de pareja Deficiente: peleas y riñas frecuentes; maltrato físico del padre a la madre. Atención materna/paterna Asisten regularmente a clase. Capacidad para asumir funciones maternas/paternas Comportamiento de inmadurez psicológica del padre para asumirlas. Las relaciones con el entorno social no hay nada destacable. Patologías individuales consumo de tóxicos: cocaína y alcohol.

Problemas principales:

- Maltrato físico del padre a la madre
- Drogadicción del padre
- Escasez de ingresos económicos

Relaciones entre los problemas: La drogadicción del padre determina el maltrato físico hacia la madre y la escasez de ingresos económicos

#### **3.7.2. Diagnóstico 2**

Detalles: Situación económica Normalizada. Organización económica Administración adecuada aunque faltan ingresos; el padre aporta sólo parte del salario. Vivienda Normalizada: nivel modesto. Alimentación familiar Adecuada, aunque barata de precio. Higiene familiar Se confirma la completa normalización en la higiene de toda la familia. Organización del hogar se confirma la completa normalización en orden y limpieza en todo el hogar incluidos armarios. En la situación socio-profesional de los padres y en la educativa-escolar de los hijos, se confirman los mismos valores que en el diagnóstico anterior. Relación padre-hijos dejadez. Relación madre-hijos clima afectivo positivo. Relación entre la pareja el mismo diagnóstico anterior. Atención materna/paterna regularidad y preocupación de la madre. Aceptación del niño y la niña por la madre: preocupación por los temas y problemas de los niños; por el padre: no hay rechazo pero no hay preocupación.

Capacidad para asumir funciones maternas/paternas del padre: conductas de inmadurez psicológica o emocional; de la madre: realiza tareas educativas. Relaciones con el entorno social se confirman relaciones normalizadas; se aporta como nuevo dato: relaciones conflictivas con los amigos del padre (consumidores). Patologías individuales drogadicción.

Problemas principales:

- Maltrato físico del padre a la madre
- Vivencia de una situación de maltrato emocional hacia los hijos por el ambiente de conflictividad grave que viven con sus padres
- Drogodependencia del padre.
- Escasez de ingresos económicos

Relación entre los problemas: Las patologías del padre (agresividad física y drogodependencia) determinan el ambiente nocivo (para toda la familia y muy especialmente para los menores) y la falta parcial de ingresos económicos.

### **3.8. Familia CR** (Madre separada, hija de 17 años, hija de 14 años)

#### **3.8.1. Diagnóstico 1**

Detalles: Situación económica, Estructura económica y Vivienda dan valores de completa normalización. Higiene familiar de los miembros de la familia que se han conocido, madre e hija menor, presentan buen aspecto. Organización del hogar da valores de normalidad en lo que se ve. Situación socio-profesional del padre, que no vive con ellas: empleos esporádicos de distinta índole. Situación socio-profesional de la madre algo Deficiente: Empleos esporádicos como Auxiliar Administrativo y empleo continuado aunque sumergido, como masajista en casa. Situación educativa-escolar hija mayor asistencia regular a clase; hija menor periodos sin asistir a clase. Relación madre-hijas Normalidad: no es negativa con la hija menor, no se conoce a la mayor. Relación entre la pareja, no hay relación, pero las verbalizaciones de la madre son de desaprobación. Atención materna, es de Normalidad: preocupación por las tareas escolares de las hijas. Aceptación de las hijas, Normalidad: se preocupa por los temas y problemas de las hijas. Capacidad para asumir funciones maternas, Normalidad: la madre corrige el comportamiento de la hija menor con cariño. No existe relación con la familia extensa paterna, con la materna positivas, con los amigos de la hija pequeña es conflictiva desde la madre. No existe relación con el centro escolar de la pequeña.

Problemas principales

- Dificultad relacional entre madre e hija menor
- Absentismo escolar de la menor
- Situación laboral de la madre algo deficitaria.

#### **3.8.2. Diagnóstico 2**

Detalles: Los primeros indicadores referidos a las Condiciones Materiales son exactamente iguales al diagnóstico 1, con valores de absoluta normalidad. La alimentación familiar que no estaba

evaluado da un valor de completa normalidad: alimentación adecuada y de cierta calidad. Higiene familiar da un valor más alto dentro de la Normalidad: las tres tienen hábitos higiénicos de máxima normalización (duchas diarias). Organización del hogar también eleva la valoración dentro de la Normalidad: limpieza y orden en toda la casa y armarios. En la situación socio-profesional y educativa-escolar da valores idénticos al diagnóstico 1. Relación padres-hijos, la madre da muestras claras y continuadas de no aceptar a la hija pequeña; el padre y la hija menor mantienen relación cordial. No existe relación entre la pareja, pero las verbalizaciones de la madre son de desprecio. Respecto a la atención materna, se preocupa por las tareas escolares de la mayor; a la menor le reitera su culpabilidad por el fracaso escolar. Aceptación de las hijas, Máxima aceptación hacia la mayor: valora sus éxitos y la motiva, en las dificultades, con expresiones y muestras de cariño; a la hija menor la vive como una carga (expresiones hacia la pequeña: “No parece mía”, “Es idéntica a su padre”) y la culpabiliza de sus “fracasos”. Capacidad para asumir funciones maternas, respecto a la mayor asume su responsabilidad materna en todos los ámbitos; respecto a la menor asume responsabilidades materiales de alimentación, vestido e higiene. En las relaciones con el entorno social hay una diferencia sobre el diagnóstico 1: La hija menor sí tiene algún contacto con la abuela paterna. Respecto a las patologías individuales se detecta en la hija menor un leve déficit intelectual, aunque a nivel social no se aprecia, tiene habilidades sociales normalizadas.

Problemas principales:

- Muestras claras de desaprobación de la madre a la hija menor y críticas injustificadas a su personalidad. Continuas comparaciones con la mayor para ensalzar las virtudes de ésta.
- Absentismo escolar y leve déficit intelectual

### **3.9. Familia AG** (Madre, padre e hijo de 1 año)

#### **3.9.1. Diagnóstico 1**

Detalles: Situación económica se encuentra entre los niveles de Deficiente y de Normalización, porque los ingresos (pertenecientes al empleo protegido) del padre dejan a la unidad familiar cercana al umbral de pobreza moderada, pero no tienen ningún gasto de vivienda. La vivienda se sitúa entre los niveles 7 y 8, con mayoría de muebles viejos, pero en general la vivienda y el equipamiento tienen un nivel normal-modesto. Sobre la higiene familiar el aspecto general del bebé es cuidado/aceptable y el de los padres aceptable. Situación educativa-laboral, el padre trabaja en empleo protegido y la madre ama de casa. La relación padres-hijo Normalizada: clima afectivo. Relación entre la pareja es Normalizada: Clima afectivo y de diálogo. Aceptación del niño, los padres se preocupan por los temas y problemas del niño. Relaciones con las familias extensas, se relacionan con abuelos y tíos paternos y respecto a la materna, con una tía. Se relacionan con una parroquia católica. Sobre las patologías individuales, el padre tiene un leve retraso intelectual (calificación de minusvalía) y la madre tiene un comportamiento y lenguaje propios de algún déficit intelectual (sin diagnóstico).

Problemas principales:

- Leve retraso intelectual del padre
- Detección sin diagnóstico de leve retraso intelectual de la madre.

### 3.9.2. Diagnóstico 2

Detalles: La Situación económica y la Vivienda siguen arrojando idénticos resultados. La Organización económica que se desconocía, es aceptable, porque cubren necesidades básicas. Alimentación familiar Muy Deficiente, a veces es especialmente inadecuada para el bebé. La higiene familiar es Deficiente: al niño se le lava pero no se le baña y le acuestan con la ropa que ha tenido todo el día. Los padres tienen el mismo hábito con su propia higiene. Donde encontramos más diferencias es en Relaciones Familiares; Relación padres-hijo Muy Deficiente, maltrato psíquico y físico. Relación de pareja Muy deficiente: Gran vínculo y protección entre ellos frente a los demás, a la vez que maltrato físico de la madre hacia el padre. Atención materna/paterna a veces, Muy Deficiente y a veces Deficientes casi Normalizadas: Intentan hacer lo que entienden que es bueno para el niño pero lo dejan solo en una habitación cerrada llorando durante horas casi diariamente, (comportamiento de riesgo por el sentimiento de abandono del bebé); mientras están en la casa le obligan a mantenerse en el parquecito permanentemente sin salir; le ponen calzado más pequeño que sus pies, leotardos, camiseta y pantalón de pana en pleno verano (temperatura ambiente alrededor de 40° C). Aceptación del niño se sigue viendo preocupación por los temas y problemas del niño que ellos entienden. Capacidad para asumir funciones maternas/paternas Apunta a grave incapacidad psíquica de la madre, el padre tiene una visión de la realidad (paternidad, trabajo, relaciones, etc.) más ajustada a la realidad. Respecto a la relación con la familia extensa paterna es prácticamente inexistente, por conflictos entre cada uno y la madre. Las Patologías individuales en el padre no se ha detectado nada que no se conozca ya, pero en la madre se han podido observar continuados descontroles afectivos extremos (de afecto y odio) con explosiones de agresividad, que apuntan a algún problema psiquiátrico, sin diagnosticar y sin ninguna conciencia del problema por la madre ni por el padre.

Problemas principales:

- Maltrato hacia el menor
- Alimentación especialmente inadecuada para el bebé y condiciones higiénicas y organizativas deficitarias
- Posible problema psiquiátrico de la madre sin diagnosticar.
- Relación conflictiva en la pareja: Apego entre ambos, pero maltrato físico de la madre al padre y sumisión de éste.
- Leve retraso intelectual en madre y padre

Relación entre los problemas: El problema psiquiátrico de la madre sin diagnosticar (por tanto sin tratar) determina la relación de pareja (maltrato físico unidireccional) y el maltrato al menor.

### 3.10. Familia PTR (Madre separada con hijo de 14 años)

### 3.10.1. Diagnóstico 1

Detalles: Situación económica Entre Deficiente y Normalizada, ya que tienen ingresos alrededor del umbral de pobreza moderada que les permite tener una situación de integración económica excepto en algunas épocas de gastos extraordinarios. Organización económica Normalizada: adecuada aunque falten ingresos. La vivienda Normalizada: Vivienda y equipamiento tienen en general un nivel normal- modesto. Higiene familiar Normalizado: orden y limpieza en toda la casa incluidos cocina y baño. Situación socio profesional del padre Normalizada: Empleo fijo con cualificación; de la madre casi Normalizada: empleo fijo discontinuo; es intermitente porque le hacen contratos temporales en la empresa, pero lleva 5 años en la misma. Situación educativa/escolar madre y padre Graduado Escolar, hijo asiste con regularidad. Relaciones padres-hijo, con el padre hay diálogo aunque no viven juntos, con la madre hay diálogo pero la relación es conflictiva desde hace algún tiempo. Relación entre la pareja está entre Normalizada y Deficiente. Atención materna/paterna lo que se sabe es que hay regularidad en la asistencia a clase, que está dentro de las atenciones más o menos normalizadas. Aceptación del hijo, el hijo siente que su madre no le acepta, pero no se ven indicios sobre ello. Capacidad para asumir funciones marentales y parentales en lo que se conoce, la madre aporta hábitos de conducta y corrige el comportamiento del hijo. Respecto a las relaciones con el entorno social relación débil pero positiva con la familia extensa paterna, fuerte positiva con la materna.

Problemas principales:

- Problema relacional entre madre e hijo
- La relación entre los padres fluctúa entre algo conflictiva y no ser negativa
- Los ingresos son algo deficitarios en algunas épocas de gastos extraordinarios.

### 3.10.2. Diagnóstico 2

Detalles: En las Condiciones Materiales sólo encontramos algunas diferencias en Alimentación familiar que no se conocía, es Normalizada: Dieta completa y adecuada. Higiene familiar daba un valor 7 de Normalización porque se pudo conocer el aspecto general y ahora da 9, se conocen más detalles: duchas diarias y hábitos de higiene personal normalizados. Organización en el hogar se conoce incluso el orden y limpieza dentro de armarios. Sobre las relaciones familiares la relación madre e hijo es de diálogo aunque el hijo le recrimina muchas cosas a la madre. Otra pequeña diferencia la encontramos en Atención materna/paterna, de 8 pasa a 9 de máxima Normalización: Hay preocupación de ambos, aunque asume más responsabilidad la madre, sobre los temas y problemas escolares y mantiene relación con los profesores. Aceptación del hijo de completa Normalización: preocupación por los temas del hijo; le ayuda a superar dificultades. Capacidad para asumir funciones marentales/parentales, se confirma que la madre aporta hábitos de conducta y corrige el comportamiento del hijo. Se conocen más datos sobre las relaciones con el entorno social que confirman Normalización en esta área, sin problema de aislamiento ni conflictividad.

Problemas principales:

- Problema relacional entre madre e hijo
- La relación entre los padres fluctúa entre algo conflictiva y no ser negativa
- Los ingresos son algo deficitarios en algunas épocas de gastos extraordinarios.

#### 4. CONCLUSIONES

Se exponen a continuación las conclusiones alcanzadas en la comparativa diagnóstica para cada una de las familias.

En la familia PM con el diagnóstico nº 2 se ha podido saber el grave riesgo que tiene la menor por no tener una persona con quien establecer el **vínculo** afectivo y la repercusión que, como ya sabemos, tiene en el desarrollo de una persona. La agresividad paterna e indicios de **maltrato** hacia la madre; esto permitirá que, en la próxima intervención con la familia, se establezca como uno de los objetivos aceptar o rechazar esa hipótesis. Además hemos podido conocer la importante repercusión de la intervención de personas no profesionales en problemáticas familiares. La OSPH ha permitido conocer el alto **déficit higiénico, sanitario y organizativo** que alcanzan esta pareja; aunque las cuestiones materiales son fácilmente tratables con la intervención social, las posibilidades de cambio que se prevén en este caso son mínimas. Los resultados de las **patologías individuales** de los progenitores dan unas diferencias en los diagnósticos determinantes para conocer el nivel de **riesgo** de la unidad familiar y por tanto **de la menor**. Todo esto unido a la carencia de conciencia sobre sus problemas, que encontramos en ambos progenitores, agrava aún más el riesgo.

En la familia CG, teniendo en cuenta el primer diagnóstico, con unas condiciones higiénicas y sanitarias tan insalubres tanto en habitabilidad como en alimentación (no existen en las escalas con las que se han evaluado indicadores que las describan, por estar por debajo de la valoración menor), teniendo en cuenta además el problema de dependencia del alcohol de la madre, y que el padre y la madre viven en esas condiciones y mantienen a su hija en ellas sin hacer nada al respecto, las hipótesis de intervención que se valoraban incluían que la menor saliera de la familia nuclear; al menos temporalmente, promoviendo un tratamiento con la familia que redujera el riesgo y permitiera la vuelta de la menor si fuese posible. Conocido con las OSPH el **vínculo** tan fuerte y saludable establecido entre madre e hija se pudieron barajar otras alternativas con la permanencia de la niña con sus padres. Era difícil plantear que la menor siguiera en unas condiciones de tan alto riesgo y asumir la responsabilidad si le pasaba algo grave para su salud e integridad física por mantenerla en ese medio, dada la incertidumbre sobre a) el tiempo que se necesitaba para reducir el riesgo a unos niveles aceptables y b) la posible eficacia de la intervención. Por otra parte, sabemos los riesgos que entraña para el futuro desarrollo de la menor asumir una Medida de Protección (desde la Entidad competente). Cuando un(a) menor sale de su hogar familiar, se produce un sentimiento de abandono, el o la menor interioriza que ha hecho “algo malo” porque la separan de

su familia y le castigan por algo, pero no sabe qué, desarraigo, etc., en definitiva se contribuye a un **maltrato institucional**.

En el caso de la familia ZB de un diagnóstico a otro cambia totalmente la visión de las relaciones familiares en todos sus aspectos. Cualquier situación de maltrato en la pareja repercute en todo el ambiente familiar, con especial incidencia en el desarrollo de los hijos; sin embargo según los datos del primer diagnóstico en el que el rol de agresor se sitúa en el padre, no impediría a la madre una adecuada atención y relación con los hijos, su aceptación y el ejercicio de funciones maternas; máxime cuando ella es quien ejerce la crianza de los hijos y el cuidado del hogar. Además la madre tiene más capacidades personales que el padre, mayor inteligencia y más nivel académico; por otra parte los datos de vivienda, organización familiar y organización económica son normalizados. Todo ello conduciría a un tipo de intervención dirigida a la promoción de la madre en la relación de pareja y en el ámbito laboral, para que sintiéndose autosuficiente y en una posición de mayor igualdad con su marido pudiera tomar una decisión libre sobre el futuro de esa relación. Sin embargo el segundo diagnóstico rompe toda esa visión de la familia, ya que existe una conflictividad diferente en la pareja, definida por una relación de maltrato mutuo (aunque cada uno la ejerce de forma distinta al otro) y una gran dependencia mutua. Hasta tal punto esta pareja centra la vida familiar en su relación que tras las OSPH puede conocerse que ni el padre ni la madre se preocupan por sus hijos, que su atención no alcanza unos mínimos suficientes, que no asumen sus funciones materna y paterna y que en todo momento, anteponen su necesidad de quererse y hacerse daño a las necesidades de sus hijos. Ninguno de los dos tiene conciencia de la patología de su relación y mucho menos de la necesidad de la ayuda profesional que necesitan. En este segundo diagnóstico el nivel de riesgo de los menores se contempla mucho más elevado y se describe y se concreta en cada una de sus facetas. Este tipo de relación de pareja difícilmente se puede conocer sin observarla en el medio habitual de la familia, en su cotidianidad. El maltrato físico, además de ser más evidente en general, en este caso lo utilizaba la madre socialmente.

Respecto a la familia GG/MG daba unos índices de completa normalización, tras el primer diagnóstico; incluso corroborados por el Servicio de Ayuda a Domicilio durante su intervención. El Servicio de Ayuda a Domicilio no ponía bajo el punto de mira los posibles **abusos** hacia la hija mayor, ya que no tenía de antemano ningún indicio y además no era su objetivo. Con las OSPH resulta más fácil la detección de irregularidades en las relaciones familiares. Los **abusos sexuales a menores** son difíciles de detectar en general, pero resultan de mayor dificultad cuando no hay trauma físico. Si no hay lesiones físicas las observaciones han de centrarse en el ámbito conductual y relacional, en su hábitat y con un clima relajado (donde ya se empieza a integrar la figura profesional con normalidad); incluso en este ámbito, la relación entre la pareja, atención materna y paterna y la preocupación por las niñas, daba valores de normalidad. Las OSPH hicieron emerger las sospechas y con ello se alargaron las observaciones en el tiempo y se centraron en dichas sospechas.



En la familia MS los problemas que devolvía el primer diagnóstico no apuntaban a ninguna gravedad a excepción de la grave enfermedad de la madre. Que la organización económica fuese algo deficitaria y que hubiese algunas verbalizaciones de la madre sobre lo que ella llamaba desobediencias del niño no se revistieron de mayor gravedad tras realizarse la entrevista domiciliaria. Las características del problema físico de salud (degenerativo y progresivo) hace previsible que esté afectando de forma importante al psiquismo de la madre; cómo se encuentra a nivel psíquico y emocional es importante para su salud y para el bienestar de su hijo. Estaba siendo atendida por el Servicio de Salud Mental donde se le atendía por **depresión reactiva a su enfermedad** y al deterioro que le producía. Su aspecto físico (delgada, con una altura de 145 cm, movimientos lentos, tono de voz bajo), en general débil, de apariencia tranquila y lánguida, muy poco habladora, eran sus características sociales y relacionales en los ámbitos en que se le había conocido: despacho, domicilio (visita), sala de espera, consulta médica, etc. El diagnóstico de salud mental, los datos recogidos a lo largo del Estudio y el aspecto físico y comportamental no hacían sospechar un **maltrato físico hacia su hijo**. Con las OSPH pudieron verse comportamientos propios de un **problema psiquiátrico no diagnosticado**: múltiples manías obsesivas, (Ej. **Utilizar el lavabo del baño para limpieza de frutas y verduras** alegando que la fregadera de la cocina estaba más sucia; cuando se pudo evaluar objetivamente que eso no era cierto), conductas desajustadas a la realidad, rituales repetitivos en el aseo personal. El niño, al no tener esas manías, no actuaba como ella y utilizaba la casa y sus enseres de la forma que habitualmente entendemos como lógica, sin entender además a su madre. Como su problema psiquiátrico no estaba siendo tratado en salud mental, ella actuaba entendiendo que su comportamiento era el adecuado y que su hijo lo que hacía era desobedecerla; si lavaba una fruta en el grifo de la cocina ya la estaba desobedeciendo. Si el menor no hacía lo esperable para la madre, o ésta creía que “por su culpa” tenía que repetir algún ritual **obsesivo de higiene u organización**, sentía mucha **agresividad hacia su hijo**; una agresividad contenida. Esperaba hasta que su hijo estuviese distraído y no la viésemos los profesionales para **golpearle**; debía hacerlo con algún objeto porque ella no tenía fuerza, pero aparecían importantes hematomas. De no ser por las observaciones sistemáticas en el hogar familiar hubiese sido muy difícil detectar el maltrato al hijo, ya que no se producía en momentos de descontrol emocional, sino que lo ejercía de forma calculada.

En la familia MH existe un problema relacional madre-hija. Todos los problemas relacionales en la familia entrañan dificultad para poderlos evaluar, ya que, juega un papel muy importante la percepción de cada persona sobre unas mismas circunstancias o problemas; sin contar que muchas familias, ésta una de ellas, los consideran propios de su ámbito privado e intentan no explicitarlos ante extraños. A esto se nos suma la edad de la hija (adolescente) que como era esperable, defiende aún más la privacidad. Y otro obstáculo importante es la actividad laboral de la madre, que cuida por todos los medios que no se evidencie socialmente. Todo ello precisa un tipo de observación en el hogar que propicie la interrelación entre observador(a) y madre e hija, de tal forma que éstas se

relajen y se comporten de la forma más cercana posible a la cotidianidad, sintiendo el máximo respeto y percibiendo que nadie les juzgaba. Sólo tras la OSPH pudo conseguirse ese ambiente y esa relación propicia para evidenciar todo lo que había bajo esa **relación**: Sentimiento de **abandono de la madre**, vergüenza por su **actividad marginal** y temor de que su hija hubiese sentido también abandono. Pudo conocerse el fuerte **vínculo** establecido entre madre hija.

En el caso de la familia PL las diferencias que se encuentran entre los diagnósticos son únicamente detalles de mayor conocimiento sobre la situación, pero no han supuesto un cambio de diagnóstico que repercutiese después en otro diseño distinto de intervención. Lo que se ha conseguido con la OSPH es, tener la **tranquilidad de que se ha obtenido un diagnóstico precoz y acertado**. Se ve una diferencia en la relación de problemas principales, porque en el segundo diagnóstico se ha considerado como problema con identidad propia: la vivencia de maltrato emocional a los hijos por el ambiente en el que viven. Pero realmente no es una diferencia ya que quedaba implícito en los problemas enunciados en el primer diagnóstico; ya que es evidente que si unos niños ven maltratar físicamente a su madre, no ven que su madre sepa salir de ahí, etc., están viviendo una situación de maltrato emocional.

¿Por qué no hay grandes diferencias en los dos diagnósticos? Porque esta familia vivía abierta totalmente a todo su ámbito relacional es decir, todo su círculo social conocía los detalles de la problemática que vivían. Al contactar con los SS.SS. ocurrió lo mismo, que con unas mínimas actividades para recogida de datos se obtenía la información necesaria. Esto no es una valoración de que sea bueno, malo, saludable, perjudicial, etc, ya que en este trabajo no es lo que analizamos.

En la familia CR con el segundo diagnóstico se ha podido conocer la extrema diferencia de atención, relación y aceptación de la madre hacia cada una de sus hijas. Continuas alabanzas y apoyos a la mayor en todos los ámbitos (aspecto personal, estudios, conocimientos, conductas sociales, amistades, habilidades, etc) y desprecios y desconfianzas permanentes a la menor. Se trata de un **maltrato emocional** hacia la pequeña, que empieza a evidenciar en la adolescencia. El discurso de preocupación por sus hijas, se corresponde con la realidad sólo hacia la mayor, a la menor la ve y la muestra como una carga para ella. Se encuentra cómoda y orgullosa de la mayor pero rechaza a la menor. La madre ha realizado una similitud entre ella y su hija mayor y por otro lado entre su ex-marido y la menor. El parecido físico también sigue esta misma dualidad. La madre ha intentado aparecer en todo momento como alguien ecuaníme con sus hijas y sólo se han visto las importantes diferencias con la dinámica de las OSPH. Con el primer diagnóstico la intervención se hubiese diseñado para la unidad familiar, como es habitual. Con el segundo, sumado a los nuevos datos de las relaciones madre e hijas, se ha podido saber que las relaciones establecidas por la madre con cada una de sus hijas llevan muchos años (posiblemente desde el nacimiento de la menor); que la imagen que ha ido construyendo la madre sobre cada niña hacia el exterior (especialmente a las familias extensas) está completamente arraigada; que esa misma imagen la conciben como real dentro de la familia nuclear y que la madre no tiene conciencia de su responsabilidad en el

establecimientos de las relaciones entre las tres. Todo ello ha sido esencial para determinar que el diseño de intervención vaya dirigido principalmente a la autopromoción de la hija menor para que disponga de formación, habilidades, solvencia económica y seguridad emocional para poder emanciparse lo antes posible (que es su deseo). Esto incluye que en el momento adecuado se devuelva a la madre e hija mayor lo que ha estado viviendo la menor. Aunque no entramos en cuál ha sido el diseño de la intervención, sí es importante aclarar que se cuidó que la atención no se siguiera focalizando en la niña como sujeto responsable del conflicto. Se ha evitado una mala praxis que hubiese supuesto un **maltrato institucional**.

En el caso de la familia AG tras las OSPH el diagnóstico ha resultado completamente diferente en relación al **riesgo del menor**, a la **conflictividad en la relación de pareja** y la **capacidad de los padres para asumir funciones marentales y parentales**. Era difícil poder sospechar los **malos tratos en la pareja y hacia el niño** dada la actitud cariñosa de ambos entre sí y con el hijo, que además, como se ha podido comprobar, no era simulada sino sentida. Las manifestaciones conductuales del **problema psiquiátrico** (sin tratar) de la madre se relacionan más directamente con dichos malos tratos. No tiene intención de maltratar; a la vez que lo hace muy agresivamente, pide cariño y protección. Los leves retrasos de ambos son fácilmente subsanables en pro de la adecuada atención al hijo. Con un entrenamiento sencillo y rutinario pueden aprender habilidades sencillas. Con el aprendizaje y el apoyo de las instituciones se pueden paliar sus carencias. Pero el problema psiquiátrico de la madre y la sumisión del padre elevan el riesgo del menor. Por otra parte la desconfianza de la madre (teme que al saberse todo le puedan quitar a su hijo) dificulta la intervención.

En la familia PTR las diferencias tras las OSPH son mínimas, han contribuido a completar y matizar los datos anteriores. Ambos diagnósticos son iguales. Se ha podido confirmar, eso sí, que el conflicto relacional madre e hijo no esconde ningún trasfondo, que es tal cual se manifiesta externamente. Confirmar el diagnóstico y conocer los detalles del conflicto va a ayudar a centrar con **mayor exactitud** el diseño de intervención con la familia.

Las conclusiones muestran amplias diferencias cualitativas en la línea de la precisión y precocidad del diagnóstico familiar cuando se utiliza la OSPH. Se evidencia una considerable repercusión de la nueva técnica respecto a precocidad y precisión diagnóstica y se encuentra positiva la valoración de idoneidad respecto a su utilización.

## REFERENCIAS

Arruabarrena, I. y De Paúl, J. (2012). Early intervention programs for children and families:

theoretical and empirical bases supporting their social and economic efficiency. *Psychosocial Intervention*, 21 (2), 117-127.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016). *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja 19

- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata
- Campanini, A.M. y Luppi, F. (1991). *Servicio social y modelo sistémico*. Barcelona: Paidós
- Coller, X. (2005). *Estudio de casos: Cuadernos Metodológicos*. Madrid: CIS.
- Díaz, O., Corral, A.B. y Pulido, L. (1997). Importancia de la relación de pareja en la atención a los a los hijos. *Intervención psicosocial*, 6 (1), 127-132.
- Díaz García, O. (2014). La observación sistemática participante en el hogar, una nueva técnica para el diagnóstico en la intervención con familias. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(2): 439-452.
- Musitu, G. Buelga, S. y Lila, M. S. (1994). Teoría de Sistemas. En G. Musitu y P. Allat (eds.), *Psicosociología de la Familia*, pp. 47-79. Valencia: Albatros.
- Rípol-Millet, A. (2001). *Familias, Trabajo Social y Mediación*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998). Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia. En Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (coord.), *Familia y Desarrollo Humano*, pp. 45-70. Madrid: Alianza Editorial
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. Barcelona: Paidós.