

# **Tema 56**

**Aplicación de la  
psicología comunitaria  
y sociología al estudio  
de los sectores de  
intervención: tercera  
edad, familia y  
menores, inmigración,  
discapacitados y otros  
colectivos**



# ÍNDICE SISTEMÁTICO

## **1. INTRODUCCIÓN**

## **2. APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA y SOCIOLOGÍA AL ESTUDIO DE LOS SECTORES DE INTERVENCIÓN**

## **3. TERCERA EDAD**

- 3.1. Características del colectivo
- 3.2. Modalidades de intervención
  - 3.2.1. Intervención manteniendo al anciano en el propio domicilio
  - 3.2.2. Intervención fuera del propio domicilio
  - 3.2.3. Elaboración de un proyecto de intervención

## **4. FAMILIA Y MENORES**

- 4.1. Características del colectivo
- 4.2. Modalidades de intervención
  - 4.2.1. Tipos de intervención con menores
  - 4.2.2. Tipos de intervención con la familia

## **5. INMIGRACIÓN. CONFLICTOS INTERCULTURALES**

- 5.1. Características del colectivo
- 5.2. Modalidades de intervención

## **6. DISCAPACITADOS**

- 6.1. Características del colectivo
- 6.2. Modalidades de intervención

## **7. OTROS COLECTIVOS**

- 7.1. Conducta delictiva y conducta criminal
- 7.2. Mujer
- 7.3. Toxicomanías
  - 7.3.1. Intervención en drogodependencias

## **BIBLIOGRAFÍA**

## 1. INTRODUCCIÓN

La Psicología Comunitaria es un campo de especialización de la Psicología en el que se prioriza un enfoque analítico que considera los fenómenos de grupos, colectivos o comunidades como punto de referencia para el análisis y la intervención.

Se identifican factores sociales y ambientales, a fin de orientar las acciones para la mejora de las condiciones de vida de los sujetos.

La metodología que utiliza se basa en un enfoque territorial, participativo para quienes están involucrados en sus procesos de intervención, intentando generar cambios de largo plazo en los sistemas sociales en los que esos grupos están insertos.

A lo largo del tema profundizaremos en los diferentes grupos sociales o sectores de población hacia los que la Psicología Comunitaria dirige su intervención.

## 2. APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA Y SOCIOLOGÍA AL ESTUDIO DE LOS SECTORES DE INTERVENCIÓN

La Psicología Comunitaria se consolida en EE UU en la década de los años 1960-70, sobre todo asociada a la salud mental, extendiéndose posteriormente a otras esferas.

Para Sánchez (1998):

“La Psicología Comunitaria es un campo de estudio de la relación entre sistemas entendidos como comunidades y el comportamiento humano, y su aplicación interventiva a la prevención de los problemas psicosociales y el desarrollo humano integral, desde la comprensión de sus determinantes socioambientales y a través de la modificación racional de esos sistemas sociales, de las relaciones psicosociales en ellos establecidas y el desarrollo de la comunidad.”

Desde la perspectiva de la Psicología Comunitaria, el objeto de estudio es lo que las personas comparten (problemática, recursos...) y la intervención va dirigida al colectivo (mujeres, menores, ancianos...). Por tanto sus actuaciones designan grupos de actuación o sistemas sociales no comunitarios (instituciones, organizaciones...).

Desde el punto de vista funcionalista, podríamos identificar dos modelos de intervención psicosocial: el modelo de déficit y el de las diferencias:

- El denominado **modelo de déficit** presenta al individuo como carente de alguna cosa que es común a todos los sujetos y que se sitúa dentro del parámetro de “normalidad”.
- El **modelo de las diferencias** conceptualiza el sujeto social como un individuo bien socializado en su ambiente cultural, pero mal socializado desde la perspectiva de otra cultura y las otras culturas que podrían denominarse dominantes. Así, en este modelo el sujeto no sería deficitario en sentido defectuoso, sino que únicamente se presentaría “carente”, de alguna cosa que le sería útil en las circunstancias en que habitualmente vive.

La principal función social de la intervención psicosocial es proporcionar la calidad de vida y el Bienestar Social de los individuos, grupos o comunidades que constituyen el tejido social.

Para la consecución de ello, son posibles metodológicamente diversas aproximaciones que podrían sistematizarse en la práctica de una acción preventiva en una acción impulsora o en una intervención terapéutica o integradora:

- La acción preventiva estaría orientada a acciones que impiden el surgimiento efectivo de problemas y conflictos sociales.
- La acción impulsora o dinamizadora, facilitaría la realización del cambio social: implica la elaboración de constructos teóricos para explicar situaciones (diagnóstico social) y diseña instrumentos de cambio.
- Por último, la acción terapéutica o integradora se remitiría a los problemas que se manifiestan con una estrategia rehabilitadora o compensatoria.

Las **fases** de actuación en un programa de intervención comunitaria serían:

**1. La individualización o valoración del problema** se debe enraizar en relación a la situación social más general en la cual se sitúa de acuerdo con una perspectiva psicológica-sistemática. Así las problemáticas evidenciadas se podrán estructurar en:

- **Intrapersonal:** relativas a variables personales, y que entran dentro de los esquemas tradicionales de la psicología.
- **Interpersonales:** derivados entre personas en relación al grupo o a la comunidad. Los conceptos que aquí se utilizan se derivan de la psicología social como: concepto de rol, de campo social, de escenarios de conducta, etc.
- **Intersistémico:** donde situamos la relación con los recursos. Este tipo de, problemática estaría derivada de la falta de información y de la dificultad de acceder al sistema de recursos principalmente.

**2. La fijación de objetivos** se realizaría mediante un proceso que parte de la individualización y el análisis de las alternativas posibles. Se trataría de un proceso que, teniendo como objetivo el cambio, incidiría en las siguientes dimensiones:

- En las relaciones de la persona consigo mismo, es decir, haríamos referencia al concepto de autopercepción.
- En las relaciones de una persona con los Otros, es decir, hablaríamos de comportamientos y relaciones interpersonales.
- En las relaciones del sistema usuario respecto al sistema de recursos, que haría referencia a la modificación del conocimiento sobre los recursos, el acceso y el uso de dichos recursos.
- En los aspectos relativos al sistema de recursos en general, como la integración entre sistema sanitario, educativo, laboral y social, integración entre sistema público y privado. mayor atención a aspectos organizativos o infraestructurales, etc.

**3. El proceso de ayuda o intervención,** debe conducir a un cambio en las manifestaciones y comportamientos del usuario a través de una ayuda que pretende desarrollar la capacidad de éste a la hora de afrontar y resolver el problema que le afecta. Es de destacar aquí, respecto al cambio de la situación interpersonal, el

uso de recursos y prestaciones complementarias, como por ejemplo la asistencia domiciliaria, es decir, una ayuda institucional procedente de equipos y servicios especializados.

4. Además, es necesario prefijar una fase formal para la **verificación** que evalúe la relación profesional-usuario, dándola por terminada o considerando que se revise el proceso en su globalidad o alguna de sus partes. Lo importante es que no nos anclamos en una mera descripción cuantitativa de la distribución de los recursos de acuerdo con los parámetros economistas, lo que nos derivaría al modelo clásico e institucionalizado de necesidades y recursos.

## 3. TERCERA EDAD

### 3.1. Características del colectivo

En las sociedades más industrializadas el número absoluto de personas de edad avanzada aumenta, y la proporción de personas seniles en la población también, lo que genera una problemática social que puede ocasionar restricciones de recursos y el descenso del nivel de bienestar social alcanzado. Otros inconvenientes de este tramo de edad, son, por ejemplo las dificultades que presenta la vida en el hogar para unas personas debilitadas físicamente o mentalmente.

Por otra parte cambios profundos en la sociedad de tipo familiar, social, cultural o profesional van generando las necesidades de cambio en los modelos asistenciales a los ancianos.

El modelo descriptivo conductual que se suele aplicar al anciano es el de regresión a la infancia. Los niños pequeños, al igual que sus ancianos abuelos, se consideran como sexualmente inactivos, dependientes con necesidad de que cuiden de ellos, aparentemente no se puede confiar en que tomen decisiones sensatas, no pueden asumir responsabilidades, tienen que ser protegidos de ellos mismos y de otros en sus propios intereses, son física y mentalmente vulnerables y aparentemente se les tiene que indicar lo que deben hacer.

La buena calidad de vida para el anciano está estrechamente relacionada con dos factores clave: la salud y el apoyo económico.

A lo que los ancianos se tienen que enfrentar, además de encontrar la energía necesaria para manipular los recursos disponibles (bajar y subir del autobús, subir las escaleras...) es que pueden empezar a sentirse como una molestia o una carga, lo que les inhibe a la hora de pedir servicios.

A la ancianidad se asocia un mayor grado de dependencia, cuyo origen puede ser:

- Derivado de una situación de crisis: viudedad, enfermedad.
- Inadecuación del hábitat.

Las necesidades dirigidas a atender a las personas mayores dependientes derivan de dos aspectos básicos:

- Asistencia sanitaria.
- Cuidados de larga duración.

## 3.2. Modalidades de intervención

Sin duda, la intervención en el sector de la tercera edad requiere, por su complejidad, la participación de diversos grupos profesionales, no exclusivamente la aportación de los psicólogos sociales. Entre ellos, cabe destacar la contribución de los trabajadores sociales, las enfermeras, los inspectores de salud, los terapeutas del lenguaje, los fisioterapeutas, los doctores y, por supuesto, el trabajo del voluntariado. A todos afecta el llevar a buen término la aplicación de la Psicología en los sectores de intervención.

### 3.2.1. Intervención manteniendo al anciano en el propio domicilio

1. **Recursos informales:** cuando se refiere a este tipo de recursos se refiere a la familia extensa. Existen programas de apoyo e intervención a las familias.
2. **Recursos formales:** son medidas para aliviar la carga del cuidado de la persona dependiente, contribuyendo a que el anciano permanezca en la comunidad evitando o retrasando la institucionalización.

Modalidades:

- **Programas de estancia diurna:** atención integral de los usuarios durante parte del día a través de manutención, ayuda en las actividades de la vida diaria, terapia ocupacional, acompañamiento...
- **Programas de respiro familiar:** ofrecen en régimen residencial los mismos servicios que los programas de residencia diurna, en periodos comprendidos de 24 horas y un mes, por razones de descanso, enfermedad, emergencias, u otras circunstancias de las personas cuidadoras.

Entre ellos podemos mencionar:

- a) **Centros de día.** Permiten descarga familiar. Desarrollan programas de estimulación y rehabilitación física, mental y social.

Las áreas son:

- Rehabilitación funcional y cognitiva.
- Supervisión y tratamiento médico.
- Atención y soporte al anciano y su entorno.

Programas:

- Terapia ocupacional.
- Habilidades sociales.
- Habilidades de la vida diaria.
- Psicoterapia: música, baile, hidroterapia...

**b) SAD.** Es un recurso destinado a personas mayores con limitaciones de autonomía, que actúa normalizando la vida en el hogar y proporcionando asistencia para:

- Incrementar autonomía personal, conductas y hábitos saludables.
- Asistir necesidades que el anciano no puede cubrir por sí mismo.
- Posibilitar permanencia en domicilio evitando o posponiendo el internamiento.
- Prevenir situaciones de riesgo y carencias.
- Evitar asilamiento y soledad.

Se basa en una planificación individualizada a partir de las necesidades y recursos del anciano.

**c) Teleasistencia.** Este servicio de atención domiciliaria consistente en la conexión por vía telefónica 24 horas de la persona con servicios especializados a través de un terminal codificado.

- Mejora el control y supervisión del anciano.
- Mejora su atención en situaciones de urgencia.
- Proporciona compañía y seguridad.

**d) Programas de respiro familiar.** Se acoge a los ancianos en centros de día o residenciales durante periodos limitados (fin de semana, vacaciones, periodos de necesidad o conflictividad en la familia...).

Se lleva a cabo una atención integral a las necesidades del anciano.

Puede ser público, privado o mixto.

**e) Programas de ocio y tiempo libre:** incluyen:

- Centros sociales.
- Comedores.
- Clubes.
- Actividades:
  - \* Cursillos.
  - \* Fiestas temáticas, bailes, juegos de mesa...
  - \* Salidas, excursiones, eventos.
  - \* Prevención y promoción de la salud.
- Personal: animador sociocultural, técnicos y auxiliares y voluntariado.

### **3. Recursos psicosociales:**

- Asistencia psicológica y de psicoterapia profesional.
- Reducen el estrés familiar o del anciano.

Incluyen:

- Grupos de encuentro.
- Autoayuda.
- Psicología clínica....

#### 4. Empresas de servicios:

Pertencen mayoritariamente al ámbito privado y son las que proporcionan bienes y servicios que el anciano puede precisar:

##### a) Servicios de atención a la persona:

- Atención personal.
- Actividades cotidianas.
- Alimentación, higiene.
- Otros: peluquería...

##### b) Servicios de ayuda en el hogar:

- Atención doméstica.
- Adaptación de la vivienda.
- Otros: costura, lavandería...

### 3.2.2. Intervención fuera del propio domicilio

#### 1. Residencias. Cuando no es posible la permanencia del anciano en su domicilio.

La residencia es el domicilio de las personas que viven en ella, y supone dejar atrás una vida individual y propia y pasar a una vida comunitaria.

El ingreso pone en marcha una serie de pasos:

- **Acogida:** actividades administrativas y de acogida, y conocimiento de las instalaciones y los compañeros. Atención psicológica y sanitaria. Análisis de necesidades y plan de intervención en actividades y necesidad de especialistas.
- **Estancia:** las necesidades básicas deben ser cubiertas. Incluyen las físicas y sanitarias, sociales, lúdicas y de actividad, así como psicológicas o psiquiátricas.
- **Despedida:** atenciones en la fase final y post mortem.

Pueden ser:

##### a) Según financiación:

- Públicas.
- Privadas.
- Concertadas.

##### b) Según el tipo de ancianos:

- Residencias de válidos.
- Residencias de asistidos.
- Residencias mixtas.



En las residencias se asiste de forma integral las necesidades del anciano de forma temporal o permanente, para lo que poseen equipos multiprofesionales de atención geriátrica, integrados por:

- Auxiliar socio sanitario.
- Educador geriátrico.
- Médicos geriatras.
- Psicoterapeuta.

## 2. Familia de acogida.

- Voluntariado familiar.
- Acogimiento en el seno de una familia del anciano.

### 3.2.3. Elaboración de un proyecto de intervención

#### – Escalas para evaluar las actividades básicas de la vida diaria:

- \* Índice de Katz de independencia en actividades básicas de la VD: mide el nivel de dependencia o independencia funcional a través de seis funciones: baño, vestido, ir al servicio, traslado o movilidad, continencia y alimentación.
- \* Índice de Barthel de autonomía para las AVD: se incluyen diez áreas que puntúan independientemente y ofrecen una puntuación global (0-100).
- \* Escala de Lawton y Brody: especialmente diseñada para población anciana, institucionalizada o no, evalúa las capacidades funcionales según los diferentes niveles de competencia.

Consta de ocho ítems: uso de teléfono, realización de la compra, preparación de comida, ejecución de tareas domésticas, uso del transporte, responsabilidad en la toma de medicamentos y capacidad de manejo del dinero (más apropiada para mujeres).

#### – Escalas para medir la capacidad cognitiva:

- \* Test de Pfeiffer (SPMSQ): es un cuestionario sencillo de administrar y puntuar que consta de 10 preguntas. Se puede responder en un tiempo muy breve y permite detectar la existencia o ausencia de déficit cognitivo.
- \* Mini examen cognitivo (MEC) de Lobo: consta de una adaptación *del Mini mental state examination* de Folstein. Esta escala es muy utilizada por su fiabilidad, validez y rapidez de aplicación. Muy útil en situaciones de demencia. Evalúa la orientación, atención, concentración, cálculo, memoria, lenguaje y construcción.

#### – Escalas de evaluación del apoyo social:

- \* Cuestionario Mos de apoyo social: 20 ítems para evaluar el apoyo estructural (tamaño de la red social) y el apoyo funcional (percepción de apoyo) a través de la exploración emocional, informativa, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño.
- \* Cuestionario de apoyo social funcional de Duke UNC: cuestionario de once ítems para definir la evaluación de apoyo social que percibe la persona.

- \* Escalas de evaluación del estado emocional.
- \* Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage: permite determinar a través de 15 ítems si el usuario está ante una posible depresión o si ya la sufre.

## 4. FAMILIA Y MENORES

### 4.1. Características del colectivo

La familia es la unidad básica de integración social. Cumple funciones primordiales, sobre todo de cara a los menores, por ser éstos los individuos más desprotegidos psicobiológicamente.

Cuando hablamos específicamente de los problemas de la infancia nos referimos a una amplia y heterogénea gama de trastornos que incluyen depresión, ansiedad, inhibición y timidez, rebeldía, destructividad, robo o agresión.

Cuando la familia no logra proporcionar adecuadas y consistentes experiencias socializantes, el niño queda especialmente vulnerable al desarrollo de trastornos de conducta, educativos, emocionales...

Desde el modelo sistémico, podemos distinguir los tipos familiares siguientes:

- **Familias multiproblemáticas:** en las que la discusión e intercambio de información son escasos, predominando los monólogos y la dificultad de llegar a conclusiones. Con bajo nivel de instrucción. Las tensiones se intentan resolver con la acción y no con la reflexión.
- **Familias caóticas:** las reglas cambian constantemente, con tendencia a la transformación (con miembros delincuentes, toxicómanos).
- **Familias rígidas:** con reglas estables, nunca cambian, son familias con miembros psicóticos o anoréxicos.
- **Familias reconstruidas:** separación con posterior nueva relación en cada uno de los cónyuges.

### 4.2. Modalidades de intervención

La intervención del trabajador social en el grupo familiar tiene como objetivo la mejora de alguna de las condiciones de sus miembros, así como la superación de la conflictividad y problemática que tiene como grupo social.

En ocasiones, la intervención se realiza directamente con un solo miembro de la unidad familiar ante la imposibilidad, por diversos motivos, de hacerlo con todos, pero nunca se pierde la referencia del grupo (unidad convivencial) y la visión de todo él.

“El trabajo social familiar implica la actuación en un sistema natural, la familia en su totalidad, con el objeto de modificar la problemática de todos o algunos de sus miembros, pero trabajando con todo el grupo familiar, sus necesidades y recursos internos, aunque sin aislarla del entorno social del que forma parte y del que tendremos que utilizar algunos de sus recursos para ayudar a la familia” (M<sup>a</sup> José Escarpín Caparros).

En la intervención a nivel familiar hay que hacer una distinción, como nivel de intervención en Trabajo Social y la especializada, más actual, de terapia familiar, bajo el influjo de las diferentes escuelas, psicoanalítica, y sobre todo, sistémicas.

Los trabajadores sociales intervienen cuando se producen disfunciones en la dinámica familiar, o cuando la familia se enfrenta con obstáculos derivados de falta de recursos en el medio.

### 4.2.1. Tipos de intervención con menores

Los factores que ponen en riesgo la situación de los menores son:

- **Factores asociados a la estructura familiar:** hijos no deseados, desestructuración familiar, paternidad adolescente, familia numerosa o monoparental, padres separados, exceso de disciplina, ausencia de normas, ausencia de interacciones, ausencia de comunicación.
- **Factores de riesgo asociados a los menores:** discapacidad, minusvalía, problemas crónicos de salud, hiperactividad, oposicionismo, prematuridad.
- **Factores asociados al nivel socioeconómico y cultural:** paro, inestabilidad laboral, pobreza, ausencia de vivienda, ausencia de red de soporte social, emigración, cambio frecuente de domicilio, exceso de vida social, exceso de trabajo, competitividad desmesurada.

El Plan de Intervención Socio-Educativa para la Infancia, Juventud y Familia se aplica en los siguientes ámbitos:

#### 1. Menores de 18 años con necesidad de especial protección a causa de sus circunstancias familiares y/o el comportamiento de su madre, padre o responsables legales.

- **Riesgo de desprotección.** Se produce cuando hay una situación de crisis o problemas con el entorno familiar y social de la niña, niño o adolescente (por ejemplo, marginación social, alto nivel de estrés familiar, dificultades económicas, consumo de drogas o alcohol de la madre, padre o responsables legales, maternidad/paternidad adolescente, aislamiento social) que se prevé pueden afectar negativamente o limitar de forma significativa a la capacidad de la madre, padre o responsables legales para proporcionar un cuidado y atención adecuada a sus hijas e hijos y provocar la aparición en un futuro próximo de situaciones de desprotección infantil.
- **Desprotección.** La desprotección infantil se puede producir por cuatro tipos de situaciones:
  - a) Imposibilidad temporal o definitiva de la madre, padre o responsables legales para ejercer los deberes de protección (por fallecimiento, encarcelamiento, enfermedad física, mental o toxicomanía incapacitantes, o causa de naturaleza similar) y ausencia de familiares que se hagan cargo del cuidado del niño o joven (se incluyen menores extranjeros no acompañados).
  - b) Incumplimiento por parte de la madre, padre o responsables legales de los deberes de protección: renuncia o no reconocimiento de maternidad/paternidad, abandono total de la niña, niño o adolescente, o causa de naturaleza similar.

- c) Trato inadecuado (por acción u omisión) de la madre, padre o responsables legales hacia los menores de edad: situaciones de maltrato/abandono infantil: maltrato físico, maltrato emocional, abandono emocional, abuso sexual, corrupción (explotación sexual e inducción a la delincuencia), corrupción por modelos parentales asociales, explotación laboral, maltrato prenatal, incapacidad parental de control de la conducta de la o el menor de edad...
- d) Incapacidad de la madre, padre o responsables legales para proteger al niño, niña o adolescente de las agresiones o el trato gravemente inadecuado de otras personas. Se incluyen las situaciones en que la madre, padre o responsables legales demuestran pasividad o incapacidad para proteger a sus hijas e hijos de situaciones de maltrato/abandono de gravedad moderada y elevada, infligidas por otras personas adultas o por otros menores de edad.

**2. Menores de 18 años con necesidad de especial protección a causa de problemas o circunstancias socioeconómicas fuera de control de su madre, padre o responsables legales.**

El equipo de intervención socioeducativo se organiza en torno a dos estructuras básicas que son:

- a) **Los Servicios Sociales de Base.** Corresponde a los Servicios Sociales de Base liderar, impulsar y reservar un fondo para dotar presupuestariamente las siguientes actividades:
  - Coordinación con los Servicios de Atención Primaria, Programas y Actuaciones de Prevención Primaria para la mejorara de la calidad de vida de los menores y sus familias.
  - Desarrollo, conjuntamente y en coordinación con los restantes Servicios de Atención Primaria, de Programas específicos de Prevención Secundaria para familias que presentan determinadas factores de riesgo.
  - Fomento de la implicación y coordinación de los servicios comunitarios y de otros niveles de la Administración en la intervención en situaciones de desprotección infantil de gravedad leve y moderada.
  - Recepción de todas las notificaciones de posibles situaciones de desprotección infantil provenientes de particulares, profesionales o servicios del ámbito territorial de su competencia.
  - Realización de la investigación/evaluación de todos esos casos, a excepción de aquellos en los que se valore que puede ser necesaria la adopción de una medida de protección de urgencia, que serán remitidos de manera inmediata al Servicio de Infancia.
  - Desarrollo de Programas de Intervención Familiar dirigidos a hacer desaparecer o evitar el agravamiento de la situación de desprotección y evitar la separación del niño, o adolescente del entorno familiar en familias con condiciones de riesgo.
  - Atención a los casos de absentismo escolar.

## b) Los Servicios Especializados

- Realización (con la colaboración de los Servicios Sociales de Base) de la investigación/evaluación en los casos de desprotección infantil de gravedad elevada.
- Desarrollo de servicios de acogimiento temporal y permanente (acogimiento familiar, acogimiento residencial, adopción) para los casos de desprotección infantil de gravedad elevada.
- Realización (con la colaboración de los Servicios Sociales de Base, cuando sea necesario) de la valoración de la idoneidad/adecuación de posibles familias acogedoras.
- Formalización de los acogimientos familiares y seguimiento/apoyo técnico posterior de los mismos.
- Atención, en coordinación con otros organismos competentes a adolescentes extranjeros no acompañados.
- Desarrollo de Programas de Intervención Familiar dirigidos a evitar la separación del niño, niña o adolescente del entorno familiar o a promover su retorno lo antes posible cuando ha sido necesaria una separación temporal en familias de riesgo.
- Desarrollo de Programas de Tratamiento Individual y Familiar específicos para los casos de abuso sexual intrafamiliar.
- Desarrollo de Programas de Preparación y Apoyo a la Emancipación para jóvenes que van a salir o salen del sistema de protección.
- Desarrollo de otros Programas Especializados que se consideren necesarios para atender a los niños, niñas o adolescentes y sus familias.

Aunque los Servicios Especializados de Protección Infantil intervengan en estas situaciones, debe promoverse que los organismos y servicios correspondientes asuman sus competencias e intervengan con sus propios recursos para ayudar a estos niños o adolescentes y sus familias.

Esto debe hacerse en cada caso, tanto a nivel individual como a nivel general, estableciéndose para ello los acuerdos interinstitucionales necesarios.

## c) Otros sistemas de protección a menores.

Los demás sistemas de protección exigen el establecimiento de líneas adecuadas de coordinación. Se trata del sanitario y el educativo, aunque también se pueden considerar otros sistemas –empleo, vivienda, justicia, y policía– que, por su relativa menor conexión con el ámbito de actuación con el menor, pueden requerir las actuaciones conjuntas:

- **Relaciones con el sistema sanitario.** En una gran parte de casos se da la necesidad de la colaboración del sistema sanitario (malos tratos, partes de lesiones, abusos sexuales...) y los servicios sociales, especialmente en los municipios más urbanos y con mayor población.
- **Relaciones con el sistema educativo.** Los vínculos que los servicios sociales de base mantienen con los centros educativos de su zona son estrechos, puesto que muchos menores que requieren de asistencia proceden de centros escolares ordinarios que aportan su documentación educativa y