

# Manual sobre la Ley de Servicios de Prevención de *Family First* de Illinois



Febrero de 2024 (actualizado)

<b>Resumen .....</b>	<b>3</b>
<b>Sección 1: Introducción.....</b>	<b>3</b>
Resumen de los componentes principales de la Ley de Family First.....	3
Antecedentes y resumen de las consideraciones jurisdiccionales relacionadas con Family First ....	5
<b>POBLACIONES DE INTERÉS DE LA FFPSA .....</b>	<b>11</b>
Visión para la transformación .....	11
<b>Sección 2: Evaluación .....</b>	<b>13</b>
Por qué es importante la evaluación .....	13
Resumen: Población de los servicios de Familias Intactas.....	13
<b>Sección 3: Intervenciones basadas en evidencias .....</b>	<b>15</b>
Establecimiento de conexiones.....	15
¿Qué es la práctica informada sobre el trauma?.....	15
¿Qué son las intervenciones basadas en evidencias? .....	15
Un paso a la vez .....	20
<b>Sección 4: Uso del módulo de proveedores/as para hacer remisiones .....</b>	<b>21</b>
Resumen .....	21
Paso uno: Verificación de la información del/de la miembro del caso en el SACWIS .....	21
Paso dos: Uso del SACWIS para consultar un caso.....	21
Paso tres: Planificación de la vinculación y coordinación con el uso de las prácticas correctas ....	22
<b>Sección 5: Servicios de visitas domiciliarias del DCFS .....</b>	<b>23</b>
Fundamentos sobre las visitas domiciliarias.....	23
¿Qué beneficios/resultados hay para los clientes? .....	24
Nueva política del DCFS para servicios a familias intactas/visitas domiciliarias:.....	24
¿Cómo inicio el proceso de visitas domiciliarias?.....	25
<b>Sección 6: Entrevista motivacional .....</b>	<b>26</b>
Fundamentos .....	26
Evidencias para la Entrevista Motivacional .....	26
¿Cómo funciona la Entrevista Motivacional? .....	30
Cómo documentar los procesos clave de la Entrevista Motivacional .....	37
Consideraciones para los/las supervisores/as.....	40
<b>Sección 7: Coordinación de la atención.....</b>	<b>43</b>
Resumen .....	43
Proceso de la reunión del equipo de niños/as y familias (CFTM) .....	43
<b>Partes interesadas y socios .....</b>	<b>44</b>

# Sección 1: Introducción



## Resumen

Este manual proporciona una descripción general de la programación de los Servicios de Prevención de Family First (La Familia Primero) en Illinois. La información proporcionada en este manual está diseñada para apoyar al personal en la implementación del programa y la aplicación de la información adquirida en la capacitación en su trabajo con las familias. Este manual se centra en la programación de la prevención, incluido el uso de Entrevistas Motivacionales por parte del personal.

## Introducción

La Ley Federal de Servicios de Prevención de la Familia Primero (Federal Family First Prevention Services Act) (Ley Pública [Public Law] 115-123; La Familia Primero) brinda una oportunidad sin precedentes para que las jurisdicciones implementen servicios preventivos destinados a fortalecer y apoyar a las familias y prevenir los traslados a hogares sustitutos. Illinois está aprovechando la oportunidad para movilizar y ampliar la gama de habilidades de crianza basadas en evidencias, la prevención y el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias y los servicios de salud mental; y fortalecer y mejorar la capacidad de involucrar a las familias como socias activas en la identificación y satisfacción de sus propias necesidades.

Al maximizar el uso de los recursos existentes basados en evidencias y aprovechar la capacidad del sistema para involucrar a las familias, el estado no solo construirá una atención continua que brinde apoyo integral y coordinado a las familias para evitar que ingresen al sistema de bienestar infantil, sino que también reforzará el enfoque centrado en la familia, informado sobre el trauma y basado en las fortalezas para involucrar a las familias que se ha implementado durante los últimos 10 años. En asociación con las Agencias Contribuyentes de Bienestar Infantil (Child Welfare Contributing Agencies, CWCA), las agencias estatales hermanas y las redes comunitarias locales, el Departamento de Servicios para Niños y Familias (Department of Children and Family Services, DCFS) de Illinois está creando apoyos y recursos comunitarios cohesivos para ayudar a cada niño/a a desarrollar su potencial y proteger a las familias vulnerables.

En conjunto, nuestro objetivo es reducir el estigma de la participación en el bienestar infantil a través de un enfoque personalizado para asociarnos con las familias que enfatice el mantenimiento y la preservación de las relaciones familiares. La prevención de las colocaciones en hogares sustitutos requiere que todo el personal se involucre auténticamente y genere confianza y motivación con las familias, y brinde acceso al tratamiento basado en evidencias que los/las niños/as y las familias necesitan.

## ¿Cuál es mi papel como trabajador/a social cuando un/a joven o un/a miembro de la familia participa en una intervención de Family First?

Como trabajador/a social, usted es el recurso de primera línea para:

- Preguntas sobre la intervención.
- Inquietudes.
- Cuestiones y necesidades que se convierten en barreras para la participación.
- Seguimiento del progreso y aplicación de nuevas habilidades.
  - Durante las visitas.
  - En las visitas mensuales.

### *¡Su papel es fundamental para el éxito de la intervención!*

La información que se proporciona aquí le brinda puntos de conversación cuando se reúne con la familia. Esto no solo es importante para orientarlos, sino también esencial para respaldar su compromiso y sus resultados exitosos. Tener un poco de información general es clave para preguntar sobre el progreso. También ayuda invitar a estos proveedores a reuniones del equipo de niños/as y familias para compartir información sobre el progreso y el estado.

## Resumen de los componentes principales de la Ley Family First

La Ley de Servicios de Prevención de la Familia Primero (Family First Prevention Services Act, FFPSA) (Ley Pública 115-123) proporciona una oportunidad sin precedentes para la transformación del sistema a medida que trabajamos hacia una visión de un Illinois donde los/las niños, los/las jóvenes y las familias prosperen. Illinois está aprovechando la Ley de Servicios de Prevención de la Familia Primero (Family First) para movilizar y ampliar las intervenciones basadas en evidencias para fomentar las habilidades de crianza, la prevención y el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias y los servicios de salud mental; y fortalecer y mejorar la capacidad de involucrar a las familias como socias activas en la identificación y satisfacción de sus



propias necesidades. Hay nuevas opciones disponibles para que los estados y las tribus reciban un reembolso federal del 50 % por servicios para fortalecer a las familias y evitar la colocación innecesaria de niños/as en hogares sustitutos.

### Servicios de prevención

Los servicios de prevención son elegibles hasta un límite de 12 meses de reembolso federal para:

- Servicios de prevención de abuso de sustancias.
- Servicios de salud mental.
- Habilidades de crianza en el hogar.

### Mejora de la calidad de los hogares sustitutos

Para aquellos/as niños/as que no pueden permanecer seguros/as en casa, existen nuevas políticas federales para:

- Fomentar y apoyar el cuidado por parte de familiares.
- Disminuir el uso de cuidados grupales innecesarios.
- Mejorar la calidad de la atención a los/las niños/as para quienes el cuidado grupal es apropiado.

### A través de asociaciones importantes entre el sector público y privado, lograremos:

- Poner a prueba las viejas normas en torno al bienestar infantil.
- Centrarse no solo en prevenir el maltrato infantil, sino también en fortalecer a las familias.
- Desarrollar colaboraciones multisistema para lograr el mayor impacto.

## Antecedentes y resumen de las consideraciones jurisdiccionales relacionadas con Family First

### Esfuerzos de transformación del sistema hacia una mayor prevención del maltrato infantil y reducciones de hogares sustitutos

A finales de la década de 1990, Illinois logró reducciones históricas en el número de niños trasladados a hogares sustitutos mediante un conjunto de políticas, palancas fiscales y prácticas estratégicamente calibradas. Estas innovaciones comenzaron con la exención de tutela subsidiada (véase la página siguiente), la estandarización de la evaluación de seguridad inicial con el Protocolo de Evaluación de Riesgos de Peligro Infantil (Child Endangerment Risk Assessment Protocol, CERAP) y la intensificación de los servicios preventivos. Reconociendo que el sistema de bienestar infantil debe evolucionar constantemente para satisfacer las necesidades de las familias a las que sirve, el departamento ha seguido aprovechando oportunidades de financiación, asociaciones de investigación y colaboraciones profundas entre las tres ramas del gobierno para examinar y perfeccionar su enfoque para identificar y responder a las necesidades de los/las niños/as y las familias. Tras este éxito, a mediados de la década de 2000, el departamento se embarcó en una estrategia coordinada para incorporar la ciencia del cerebro y el conocimiento acumulado sobre el impacto del trauma para informar el desarrollo de un modelo de práctica centrado en la familia, informado sobre el trauma y basado en las fortalezas (family-centered, trauma-informed, strengths-based, FTS) que incorporaría nuevos conocimientos dentro de una estrategia coordinada para servir a las familias, promover la permanencia y evitar daños a los/las niños/as.

A partir de 2014, algunas de estas estrategias se pusieron a prueba y se evaluaron rigurosamente en el contexto de “sitios de inmersión” o regiones específicas que servirían para probar un conjunto de estrategias destinadas a mejorar los resultados de los/las niños/as y las familias. Estas estrategias incluyeron reuniones mejoradas del equipo de niños/as y familias (child and family team meetings,

CFTM), la operacionalización del modelo de práctica FTS y la implementación de un nuevo modelo de práctica de supervisión. Los sitios de inmersión han permitido al departamento aprender no solo sobre el impacto de estas estrategias, sino también lecciones importantes sobre la secuencia, las fases y las capas de las intervenciones para una instalación exitosa.

Al mismo tiempo, el programa preventivo del departamento y los servicios de familias intactas continuaron evolucionando a través de asociaciones con proveedores privados y la incorporación de estrategias que tuvieron efectos positivos en las demostraciones de exención. Las lecciones aprendidas mediante la tutela subsidiada se incorporaron al Programa de Apoyo a la Familia Ampliada que apoya a las familias en las que los/las niños/as son colocados/as voluntariamente con familiares. El éxito de los/las orientadores/as de recuperación de la exención de alcohol y otras drogas de abuso (Alcohol and Other Drugs of Abuse, AODA) se incorporó en Intact Family Recovery (Recuperación de Familias Intactas), un servicio ofrecido a un subconjunto geográfico de casos que incorpora estrategias de orientadores/as de recuperación basadas en evidencias en la preservación de la familia. Los subgrupos de proveedores han incorporado otros enfoques basados en evidencias, como el trabajo de casos basado en soluciones para involucrar a las familias en la planificación de servicios, la retención y el logro de las metas familiares.

Si bien el programa de familias intactas atiende a familias después de una investigación de abuso o negligencia infantil, otros esfuerzos preventivos funcionan para satisfacer las necesidades de las familias en las comunidades antes de cualquier participación del sistema de bienestar infantil. Uno de estos esfuerzos, los centros de defensa familiar (family advocacy centers, FAC), proporcionan centros locales para la prestación de apoyos concretos, vínculos con servicios comunitarios y oportunidades de apoyo entre pares entre padres en forma de cafés para padres.<sup>1</sup>

En 2019, el gobernador recién electo se interesó en las prácticas iniciales y preventivas de bienestar infantil y encargó un informe para examinar la efectividad de estas prácticas para garantizar la seguridad infantil e identificar oportunidades de mejora en el programa de Servicios de

<sup>1</sup>Be Strong Families (2018). Parent Café Evaluation summary. Recuperado el 28 de septiembre de 2019 de <https://www.bestrongfamilies.org/parent-cafe-evaluation>

Familias Intactas. En respuesta a las recomendaciones del informe, el departamento ha identificado, y está en proceso de implementar, un conjunto de innovaciones que agilizarán los procesos, aumentarán la capacidad de respuesta y la coordinación, y mejorarán la eficacia de las intervenciones preventivas.

Illinois es un modelo de sistema de bienestar infantil “privatizado” con éxito; es decir, las agencias proveedoras privadas, incentivadas por la contratación basada en el desempeño y rigurosamente monitoreadas por el departamento, se asocian para administrar el 80 % de los hogares sustitutos y la mayoría de los casos preventivos, y brindan una variedad de servicios comunitarios. Esta asociación presenta continuamente oportunidades para acelerar la innovación y ampliar la gama de servicios preventivos. En el contexto de Family First, la asociación del DCFS con agencias privadas ofrece oportunidades para involucrar a un amplio grupo de partes interesadas, así como para aprovechar el éxito de numerosas implementaciones y evaluaciones de enfoques basados en evidencias.

### **Cambio de las exenciones del Título IV-E a la implementación de Family First**

La transformación propuesta de conformidad con Family First se basará en el progreso logrado a través de las exenciones IV-E existentes; a saber, Illinois desde el nacimiento hasta los 3 años (Illinois Birth-to-3, IB3) y alcohol y otras drogas de abuso (AODA), que se fusionaron en una sola exención que también incluía sitios de inmersión. IB3 es particularmente relevante, ya que proporciona evidencia local de la efectividad de las estrategias que abordan las necesidades de los/las niños/as pequeños/as y sus padres/madres. IB3 apoyó la adaptación de programas de crianza informados sobre el trauma y respaldados por evidencias a la planificación del cuidado y la permanencia de bebés, niños/as pequeños/as y de edad preescolar que fueron puestos bajo la custodia legal del DCFS. Las intervenciones seleccionadas, Psicoterapia para padres/madres e hijos/as (Child-Parent Psychotherapy, CPP) y el Programa de crianza afectiva (Nurturing Parenting Program, NPP), se adaptaron para satisfacer las necesidades de los niños involucrados en el bienestar

infantil y están destinadas a apoyar a los/las padres/madres y cuidadores/as en la creación de entornos de crianza de apoyo y apropiados para el desarrollo. La evaluación de IB3 determinó que los/las niños/as que recibieron la intervención lograron una tasa de reunificación o tutela legal con parientes biológicos y allegados que fue un 23 % mayor que la de los/las niños/as asignados/as a los servicios habituales. Al cierre del período de observación, había una diferencia estimada de 7.8 puntos porcentuales entre la probabilidad de unificación familiar en el grupo de Servicios de IB3 en comparación con los Servicios Habituales. Como resultado de estas mejoras demostrables en la reunificación familiar y otros resultados positivos, Illinois ampliará la implementación del Programa de crianza afectiva a través de su plan de prevención Family First.

### **Tutela subsidiada**

Illinois comenzó a brindar opciones a los cuidadores de jóvenes bajo cuidado para la tutela subsidiada, comenzando con una exención del Título IV-E aprobada en 1995 e iniciada en mayo de 1997. En julio de 2002, la demostración de tutela subsidiada permitió que más de 7,300 niños lograran la permanencia a través de la tutela subsidiada. Basado en un grupo de comparación histórica que no tenía acceso al programa de tutela subsidiada, esta política aumentó las colocaciones permanentes para niños en bienestar infantil en 6.4 puntos porcentuales y aumentó las tasas de permanencia sin afectar negativamente la seguridad y el bienestar de aquellos niños en cuidado de tutela subsidiada (Children and Family Research Center, 2004).<sup>2</sup> Illinois planea aprovechar este antecedente de ofrecer tutela subsidiada ampliando su Programa de Apoyo a Familias Ampliadas y trabajando para garantizar que los/las niños/as bajo tutela subsidiada en riesgo de interrupción de la colocación reciban un programa de apoyo basado en evidencias para la colocación permanente.

### **Programa de alcohol y otras drogas de abuso (AODA)**

La exención de AODA apoyó la implementación y evaluación de la eficacia del uso de orientadores/as de recuperación (trabajadores/as para casos de consumo de

<sup>2</sup>Children and Family Research Center (2014). Subsidized guardianship and permanence – Policy brief. Champaign (Campaña), IL (Illinois): Autor. Recuperado de [https://cfr.illinois.edu/pubs/bf\\_20040801\\_SubsidizedGuardianshipAndPermanence.pdf](https://cfr.illinois.edu/pubs/bf_20040801_SubsidizedGuardianshipAndPermanence.pdf)

sustancias), en conjunto con los/las trabajadores/as sociales del DCFS. Este programa de exención comenzó en 1999 con una prueba piloto en el condado de Cook con familiares de bebés expuestos/as a sustancias (incluido el síndrome de alcoholismo fetal). Los hallazgos de la evaluación inicial mostraron una mayor probabilidad de reunificación familiar y un tiempo más corto para la reunificación para los/las participantes del programa en comparación con el grupo de comparación. La evaluación inicial demostró la necesidad de adaptar los servicios a los familiares con trastornos concurrentes (abuso de sustancias comórbido con problemas de salud mental, violencia doméstica o necesidades de vivienda). Como resultado, en el segundo período de extensión de la exención (2007), el DCFS agregó orientadores/as especiales de recuperación de salud mental a los equipos de orientadores/as de recuperación, aumentó la evaluación con herramientas de detección de violencia doméstica y amplió los vínculos con la oficina de defensa de la vivienda del DCFS. Debido a la importancia del momento de la evaluación y la remisión al tratamiento, el DCFS agregó un componente de evaluación móvil al Programa de Evaluación del Tribunal de Menores para permitir que se evalúe a los/las padres/madres que no pudieron asistir a la audiencia de custodia temporal. En el condado de Cook, el uso de asesores de recuperación con estos servicios de apoyo adicionales mostró un impacto positivo en el tiempo hasta la reunificación familiar, así como en la probabilidad de reunificación en comparación con el grupo de comparación.

Basado en el éxito inicial de la exención de AODA, el uso de orientadores/as de recuperación y servicios de apoyo se expandió desde Cook a los condados de Madison y St. Clair durante el período de implementación de la exención (hasta el 30 de septiembre de 2019). Illinois también ha comenzado a probar la eficacia de los servicios integrados de coordinación de recuperación y bienestar infantil en seis condados de Illinois (Boone, Grundy, Kane, Kankakee, Winnebago y Will) con cuatro agencias asociadas con la División de Familias Intactas del DCFS. Los familiares con trastornos por consumo de sustancias elegibles para los servicios de Recuperación de Familias Intactas (Intact Family Recovery, IFR) están participando en un ensayo controlado aleatorio de cinco años sobre los efectos de esta intervención.

## Formación

Después de un período piloto para capacitación y desarrollo curricular, el DCFS implementó una Exención de Capacitación del Título IV-E en junio de 2003 que le permitió a Illinois ampliar los servicios de capacitación al personal de agencias privadas de bienestar infantil, además del personal de las agencias del DCFS. Un total de 130 trabajadores/as de agencias privadas participaron en servicios de capacitación mejorada, mientras que 148 trabajadores/as de agencias privadas estaban en el grupo comparativo en lista de espera para servicios de capacitación mejorada. La evaluación no mostró efectos de la intervención en cuanto a la recurrencia de informes de abuso o negligencia, la probabilidad de colocaciones restrictivas, la reunificación y el tiempo hasta la reunificación o la probabilidad de adopción o tutela. El único efecto de la intervención entre grupos se demostró en un tiempo más corto hasta la adopción entre los/las niños/as atendidos/as por personal capacitado a través de los servicios de Capacitación Mejorada.<sup>3</sup> Después de esta exención de capacitación, Illinois reorganizó su impartición de capacitación y amplió la impartición de capacitación al personal de bienestar infantil en agencias privadas. Illinois se asoció con la Universidad de Illinois Springfield y la Universidad del Sur de Illinois Carbondale para desarrollar, implementar y evaluar capacitaciones basadas en simulación para los/las trabajadores/as de bienestar infantil.

## Otras iniciativas

El Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares (Healthcare and Family Services, HFS) de Illinois creó una red estatal de coordinación de atención a través del programa HFS HealthChoice Illinois. El programa HealthChoice Illinois consta de tres programas de coordinación de atención en todo el estado. Esos tres programas son: HealthChoice Illinois (HCI), YouthCare, la Iniciativa de Alineación de Medicare y Medicaid (Medicare Medicaid Alignment Initiative, MMAI) y Hogares de Salud Integrados (Integrated Health Homes, IHH). Estos programas en conjunto brindan apoyo y servicios comunitarios a jóvenes elegibles para Medicaid. De estos tres programas, YouthCare es el programa dirigido a los/las jóvenes bajo el cuidado del DCFS.

3 Children and Family Research Center (2014). Subsidized guardianship and permanence – Policy brief. Champaign (Campaña), IL (Illinois): Autor. Recuperado de [https://cfrc.illinois.edu/pubs/bf\\_20040801\\_SubsidizedGuardianshipAndPermanence.pdf](https://cfrc.illinois.edu/pubs/bf_20040801_SubsidizedGuardianshipAndPermanence.pdf)

## YouthCare

YouthCare Health Plan brinda atención médica física y conductual, atención dental y de la vista dirigida a jóvenes bajo cuidado elegibles para Medicaid que son menores de 21 años. Para más información sobre YouthCare, visite: <https://hfs.illinois.gov/medicalproviders/cc.html>



## Caminos hacia el éxito (Pathways to Success)

El Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares (HFS) de Illinois implementó el programa Caminos hacia el éxito (Pathways to Success) para niños menores de 21 años inscritos en Medicaid en Illinois. Este programa se centró en brindar apoyo a personas menores de 21 años con necesidades complejas de salud conductual, según lo identificado en la Evaluación Integral de Necesidades y Fortalezas de Medicaid de Illinois (Illinois Medicaid Comprehensive Assessment of Needs & Strengths, IM+CANS). En 2022, el HFS comenzó a trabajar estrechamente con el DCFS para implementar el programa Pathways to Success en el DCFS. El HFS y el DCFS están encabezando en colaboración el esfuerzo para inscribir a jóvenes calificados en el programa Pathways to Success. Para más información sobre Pathways to Success, visite <https://hfs.illinois.gov/medicalproviders/behavioral/pathways.html>.

## Infraestructura que apoya la implementación y evaluación de prácticas basadas en evidencias

En respuesta a una revisión de 2003 del DCFS de Illinois que documentaba las preocupaciones de la Administración de Niños/as, Juventud y Familias (Administration on Children, Youth and Families,ACYF) sobre los esfuerzos inadecuados para satisfacer las necesidades de salud mental de los/las niños/as, el director encargó una serie de estrategias, incluido un estudio piloto de tres prácticas basadas en evidencias dentro del programa del sistema de atención (actualmente llamado Estabilización de Colocación Intensiva [Intensive Placement Stabilization, IPS program]).<sup>4</sup> Este piloto sirvió no solo para demostrar evidencia de la efectividad del tratamiento basado en el trauma, sino también para familiarizar al departamento con la implementación de prácticas basadas en evidencia que incluían la gestión de la fidelidad, la recopilación de datos, la asignación de grupos, el reclutamiento, la retención y la capacitación. El DCFS seleccionó tres prácticas basadas en evidencia (evidence-based practices, EBP) apropiadas para el desarrollo para su implementación en tres poblaciones diferentes basadas en edades: Psicoterapia para padres/madres e hijos/as (CPP) para niños/as pequeños/as (de 0 a 6 años); Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, TF-CBT) para niños/as en edad escolar (de 6 a 12 años) y Psicoterapia estructurada para adolescentes que responden al estrés crónico para adolescentes (de 12 a 17 años). Si bien las dificultades de la implementación variaron según el modelo y la ubicación, se determinó que estas EBP eran factibles y efectivas con poblaciones de hogares sustitutos, y los modelos se adaptaron y mantuvieron para la implementación de Illinois. Además, el estudio del noroeste señaló que “se hicieron adaptaciones culturalmente sensibles a los métodos de tratamiento para mejorar la retención y los resultados de los clientes” y no encontró “diferencias raciales en la retención en el programa ni diferencias en los resultados entre los/las jóvenes de minorías expuestos/as a la intervención y otros/ otras participantes” (Weiner, Schneider y Lyons, 2009, pág. 1199).<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Illinois Department of Children of Children & Family Services (2004). State of Illinois Department of Children and Family Services – Child and Family Services Review Program Improvement Plan. Chicago.

<sup>5</sup>Weiner, D. A. Weiner, D. A., Schneider, A. y Lyons, J. S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. Children and Youth Services Review, 31(11), 1199-1205. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.013>

Como se analizó anteriormente, la exención de IB3 también apoyó la implementación de dos EBP (Psicoterapia para padres/madres e hijos/as [CPP] y el Programa de crianza afectiva [NPP]), que demostraron impactos positivos en los resultados relevantes de bienestar infantil para las familias participantes. Por último, de noviembre de 2016 a marzo de 2019, 43 jóvenes embarazadas y jóvenes con hijos/as bajo cuidado participaron en los servicios de visitas domiciliarias de Familias Sanas de Illinois (Healthy Families Illinois, HFI).<sup>6</sup> El Centro Chapin Hall de la Universidad de Chicago llevó a cabo una evaluación de la implementación de este programa piloto utilizando datos del programa recopilados de visitadores domiciliarios y doulas; entrevistas con visitadores domiciliarios, doulas, supervisores y padres/madres jóvenes; y el análisis de los datos administrativos de bienestar infantil. Illinois seguirá ampliando la utilización de Healthy Families a través de Family First.

La experiencia del DCFS en la implementación de los EBP con niños/as, jóvenes y familias involucrados en el bienestar infantil proporciona una base de experiencia de implementación para la planificación e implementación de la prevención del Título IV-E con niños/as, jóvenes y familias en riesgo inminente de recibir cuidado. El enfoque de Illinois para seleccionar las intervenciones basadas en evidencias para su Plan de Prevención Family First es aprovechar la capacidad estatal existente con varias EBP, tomando en consideración las calificaciones del Centro de Información del Título IV-E sobre esas EBP.

### **Infraestructura entre sistemas para apoyar los servicios de prevención**

El enfoque de los servicios de prevención de Illinois dependerá en gran medida de la colaboración entre agencias para mejorar la prestación de servicios. El DCFS continúa participando en diálogos continuos con sus agencias hermanas de servicios sociales para coordinar estos esfuerzos. Entre los diversos foros en curso para estos debates se encuentra el Comité de la Asociación de Servicios Sociales. Esta colaboración convoca a líderes de agencias estatales bajo el marco del Departamento de Servicios Sociales (Department of Human Services, DHS), el Departamento de Envejecimiento y la Junta

de Educación del Estado de Illinois (Illinois State Board of Education, ISBE). Entre las agencias del DHS representadas se incluyen: la División de Prevención y Recuperación del Consumo de Sustancias (Division of Substance Use Prevention and Recovery, SUPR), la División de Discapacidad del Desarrollo, la División de Servicios Familiares y Comunitarios (Division of Family and Community Services, DFCS), la División de Salud Mental (Division of Mental Health, DMH) y la División de Servicios de Rehabilitación. Muchos beneficiarios de los programas del DCFS como el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families program, TANF); el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC); y el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) están involucrados con los servicios de bienestar infantil. El DHS financia Healthy Families Illinois que implementa el programa Healthy Families con padres/madres primerizos/as y futuros. A los efectos de la planificación de los servicios de prevención del Título IV-E, el DCFS continuará coordinando estrechamente con el Consejo de Aprendizaje Temprano, particularmente en lo que se refiere a Healthy Families, para ampliar la prestación de servicios de visitas domiciliarias.

Otra importante asociación intersectorial y público-privada involucra la participación del departamento en el Consejo de Aprendizaje Temprano (Early Learning Council, ELC) para atender a la población de 0 a 5 años. Entre los muchos cargos del ELC se encuentra mejorar la calidad y el acceso a los programas de visitas domiciliarias basados en evidencias para las familias y aumentar la coordinación entre los programas de visitas domiciliarias a nivel estatal y local. El DCFS continuará trabajando con el ELC, particularmente su Grupo de Trabajo de Visitas Domiciliarias, para coordinar las necesidades de gestión, políticas y prácticas para la expansión de Family First de los servicios de visitas domiciliarias a un segmento más grande de familias en riesgo y jóvenes embarazadas y con hijos/as bajo cuidado.

Como se describió anteriormente, los centros de defensa familiar (FAC) también ofrecen una oportunidad para

<sup>6</sup> Dworsky, A., Gitlow, E. y Ethier, K. (2018). Evaluation of the Home Visiting Pilot for Pregnant and Parenting Youth in Care: FY 2018 Preliminary Report. Chicago: Chapin Hall at the University of Chicago.



la prevención a través de la prestación de servicios y la vinculación. Los centros de defensa familiar son agencias comunitarias ubicadas en todo el estado de Illinois que se asocian con muchas otras agencias comunitarias y gubernamentales y tienen redes integrales con sus propias áreas locales. Trabajan con familias que están involucradas con el sistema de bienestar infantil y con familias que nunca han estado involucradas. Al hacerlo, amplían el alcance de los servicios de prevención para familias intactas al aceptar remisiones para cuidados posteriores cuando se cierran los casos de colocación de familias intactas y de la División de Protección Infantil (Division of Child Protection, DCP). También aceptan remisiones de trabajadores/as sociales y remisiones de investigaciones, ya sea que haya una conclusión de acusación indicada o infundada. En el año fiscal 2022, los FAC prestaron servicios a más de 8,501 familias, incluidos 11,389 niños. Hay 16 FAC en el condado de Cook, cinco en la región norte, ocho en la región central y cuatro en la región sur. Un plan de expansión generalizado incluye centros nuevos y actuales para una presencia de centros de defensa familiar en 51 condados de Illinois. Lo nuevo en 2022 es el inicio de los centros de acogida para antiguos alumnos del DCFS para jóvenes que estuvieron en hogar sustituto hasta los 30 años y el apoyo al Programa de Apoyo a la Familia Ampliada (también conocido como programa de orientación a familiares) que brinda apoyo a los/las familiares que han asumido el papel de cuidadores/as de niños/as para impedir su ingreso al sistema de bienestar infantil.

Cada FAC desarrolla su propia red de proveedores locales en su comunidad; se planean mejoras al enfoque para incluir una amplia gama de servicios sociales disponibles

a través de diferentes entidades, incluidas las agencias estatales, del condado y municipales. La salud mental, la atención médica y la educación son otras áreas a considerar. Muchas agencias tienen enlaces comunitarios a través de los cuales mejoran sus redes. Específicamente, los FAC ya han comenzado a trabajar con las oficinas de área local del WIC para promover remisiones conjuntas entre los dos programas. Al final de este plan inicial de cinco años, los FAC tienen el objetivo de tener enlaces no solo en las áreas locales de los FAC sino en una red ampliada que incluya todas las oficinas locales del DCFS. El establecimiento y el mantenimiento de estas redes locales será clave para evitar la participación o la reinvolucración con el departamento. Consulte el Apéndice C para conocer el plan quinquenal propuesto para los centros de defensa familiar.

### **Consulta y coordinación de las partes interesadas en el proceso de planificación**

Desde agosto de 2018, más de 300 partes interesadas han participado en los comités de Family First para conocer las implicaciones de la legislación y contribuir al diseño de la programación en Illinois. Esta lista de participantes incluye proveedores/as comunitarios/as, líderes y personal del DCFS, investigadores y defensores/as de políticas. De agosto de 2018 a marzo de 2019, ocho comités trabajaron en la planificación y el diseño para la implementación de las disposiciones de Family First. Entre estos grupos se incluyen: Prevención, Servicios para Familias Intactas (Intact Family Services, IFS), Atención Residencial y Grupal, Licencias, Datos y Rendimiento, Cumplimiento Financiero y Federal, Legal y Políticas, y Tecnología. Illinois llevó a cabo una encuesta inicial de proveedores en el otoño

de 2018 para recopilar información de referencia sobre la provisión de prácticas basadas en evidencias (EBP), la implementación de reuniones de equipos para niño/as y familias (CFTM) y la prestación de servicios informados sobre el trauma. En un enfoque similar, los participantes realizaron análisis de la capacidad de los proveedores en todo el estado a partir de los datos disponibles en la base de datos en línea de Recursos de Identificación y Exploración de Proveedores de Servicios (Service Provider Identification & Exploration Resource, SPIDER) (consulte la Sección 3 para obtener más información). Más recientemente, en el verano de 2019, el DCFS solicitó comentarios de los/las administradores/as de agencias que brindan Servicios para Familias Intactas (IFS) y de los/las supervisores/as de los/las trabajadores/as sociales de IFS para recopilar una comprensión profunda de la cobertura de servicios y las brechas en la educación para padres/madres, el tratamiento por abuso de sustancias, el tratamiento de salud mental y los servicios de violencia doméstica para apoyar la planificación e implementación de EBP para esta población. Por último, el DCFS ha establecido un enlace de comunicaciones de Family First y se ha asociado con los Programas Familiares Casey (Casey Family Programs) para involucrar a las familias biológicas y sustitutas, a los exalumnos de jóvenes en hogares sustitutos y a los/las familiares para que aprendan sobre las oportunidades de Family First y participen en la planificación.

### Poblaciones de interés

1. Niños/as atendidos/as por:
  - Servicios de familias intactas.
  - Programa de Recuperación de Familias Intactas.
  - Programa de apoyo a la familia ampliada (Extended Family Support Program, EFSP).

2. Niños/as en:
  - Familias recientemente reunificadas (en los últimos 6 meses).
  - Familias adoptivas.
  - Familias que obtuvieron tutela subsidiada o que sean parientes.
3. Jóvenes embarazadas y con hijos bajo cuidado y jóvenes embarazadas y con hijos que recientemente cumplieron los 21 años.

### Visión para la transformación

El Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois visualiza un sistema de bienestar infantil transformado con un marco estratégico que reconoce que:

- Las familias son las impulsoras que identifican sus propios objetivos y las intervenciones y apoyos personalizados y basados en evidencias que les ayudarán a alcanzar estos objetivos.
- La comprensión del impacto de los traumas pasados y presentes, los sistemas de opresión, las desigualdades raciales, los entornos y las experiencias informa todas las interacciones con las familias.
- Las comunidades cohesionadas tienen los recursos y la capacidad para apoyar a las familias y asumir la responsabilidad colectiva de hacerlo.
- La tecnología eficiente y la comunicación efectiva crean procesos funcionales y claros que minimizan las barreras para las familias que buscan y reciben ayuda.
- El personal de primera línea está preparado con una amplia gama de herramientas, información y conocimientos para ayudar constantemente a las familias a lograr sus objetivos, orientarse por sistemas complejos y minimizar la participación adicional en cualquier etapa de su participación en el sistema de bienestar infantil para que podamos:



- Promover conexiones constantes y duraderas entre niños/as y adultos/as.
- Reducir el estigma en torno a la necesidad de ayuda.
- Permitir transiciones fluidas y preparadas entre niveles de atención cuando sea necesario.
- Desarrollar el máximo potencial de cada niño/a y proteger a los/las miembros vulnerables de la comunidad.

### **Alineación de la visión de transformación con la misión del DCFS**

Esta visión amplía el trabajo del departamento, que ya está en marcha, para garantizar la seguridad, brindar permanencia y promover el bienestar dentro de su modelo centrado en la familia, informado sobre el trauma y basado en fortalezas al mejorar la capacidad del departamento para:

- Proteger a los/las niños/as que sufren abuso o abandono y aumentar la capacidad de sus familias para cuidarlos de forma segura.
- Velar por el bienestar de los/las niños/as bajo nuestro cuidado.
- Proporcionar familias permanentes apropiadas lo más rápido posible para aquellos/as niños/as que no pueden regresar a casa de manera segura, incluido el apoyo a los/las cuidadores/as familiares y la exploración de la tutela y la adopción.
- Apoyar las actividades de intervención temprana y prevención del abuso infantil.
- Trabajar en asociaciones con las comunidades para cumplir esta misión.

### **Visión para la transformación del cuidado grupal**

La Ley de Servicios de Prevención Family First se centra en los cambios en el sistema de bienestar infantil en materia de prevención, como se señaló anteriormente, y en los cambios del sistema relacionados con el cuidado grupal. Nuestro objetivo es remodelar la cultura del sistema para ver el cuidado grupal como una intervención de tratamiento enfocada y de tiempo limitado con un propósito y resultado para apoyar los caminos de los/las jóvenes hacia la permanencia y de los/las jóvenes que viven en hogares familiares.

Lo haremos mediante:

- La transformación de la continuidad de los enfoques de colocación, así como las prácticas de los/las proveedores/

as, los/las trabajadores/as sociales y los/las cuidadores/as para proporcionar intervenciones más efectivas.

- El reconocimiento del riesgo inherente de atender a jóvenes con altas necesidades de servicios en entornos comunitarios y generar recursos de colocación adicionales que brinden servicios intensivos en entornos más familiares.
- La exigencia y el apoyo a los/las proveedores/as de tratamiento de cuidado grupal para que planifiquen las transiciones y sigan participando en la vinculación posterior al alta con los recursos comunitarios.
- La exigencia y el apoyo a los/las trabajadores/as sociales, padres/madres sustitutas y familias para que sigan involucrados/as con los/las jóvenes mientras reciben intervenciones de tratamiento en entornos de cuidado grupal.

Creemos que esto aumentará la efectividad de las intervenciones de cuidado grupal, acortará la duración de las estadías, promoverá transiciones exitosas entre entornos y promoverá el compromiso y las conexiones duraderas entre los/las niños/as y los/las adultos/as que los/las ayudan.

Para obtener más información sobre las prácticas y procedimientos del cuidado grupal de bienestar infantil de Illinois, visite

<https://dcfs.illinois.gov/about-us/ffpsa.html>



## Sección 2: Evaluación

### Por qué es importante la evaluación

De acuerdo con nuestro compromiso de brindar servicios individualizados, holísticos y culturalmente apropiados, debemos realizar evaluaciones exhaustivas para involucrar a las familias, permitirles compartir sus historias, comunicar sus necesidades y hacer planes apropiados para satisfacer de manera efectiva las necesidades identificadas. La evaluación es una práctica básica del Modelo de Prácticas Básicas del DCFS.

*“Salimos y escuchamos historias que nadie quiere tolerar. El hecho de que escuchemos estas historias, seamos testigos de ellas y reconozcamos y validemos a las personas que las cuentan es una gran parte de nuestro trabajo que nunca ha sido plasmada en nuestra descripción oficial del trabajo. Escuchamos las historias que nadie más escuchará. Pero lo importante no es que escuchemos sino cómo escuchamos. Escuchamos para validar su dolor y al mismo tiempo reconocer su resiliencia: el “seguir adelante” de la vida cotidiana. Esa resiliencia se pierde en la montaña de problemas diarios y nuestro trabajo es recordarla, mantenerla viva y honrarla”. [pág. 11].*

### Resumen: Población de los servicios de Familias Intactas

Esta sección se centrará en las evaluaciones, prestando especial atención a la población más grande atendida por Family First, los Servicios para Familias Intactas.

La población estatal remitida a los Servicios para Familias Intactas:

- Es relativamente diversa.
- Tiene muchos/as niños/as pequeños/as.
- Ha tenido distintos tipos de experiencias traumáticas adversas.

Cuando revisamos los datos de esta población, se sabe lo siguiente:

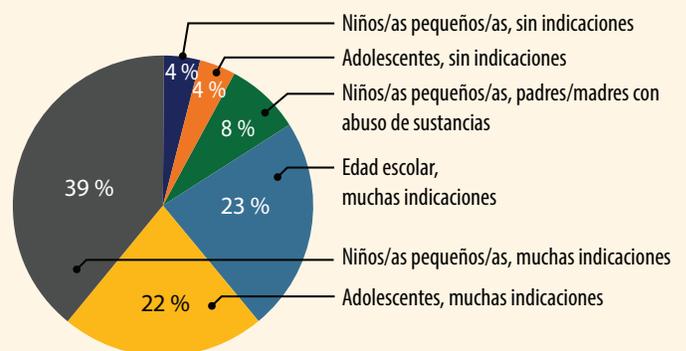
- Entre un cuarto y un tercio de los/las niños/as de los IFS pertenecen a familias con escaso apoyo social.
- Aproximadamente un tercio de los/las niños/as de los IFS pertenecen a familias con barreras ambientales/ financieras.

- Casi la mitad de los/las niños/as de los IFS pertenecen a familias con deficiencias en las habilidades de crianza.
- Casi la mitad de los/las niños/as de los IFS pertenecen a familias con consumo de sustancias.
- Casi la mitad de los/las niños/as de los IFS pertenecen a familias con diagnósticos de salud mental.
- Casi la mitad de los/las niños/as de los IFS pertenecen a familias que experimentan violencia doméstica.
- Más de un tercio de los/las niños/as de los IFS demuestran ellos mismos la necesidad de servicios.

Es importante que mire estos datos con atención. Incluso en las necesidades de alta prevalencia, donde casi la mitad de la población experimenta una necesidad, la otra mitad no. Es responsabilidad de nuestro personal profesional tomar estas determinaciones cuidadosamente utilizando la información revelada durante el período de evaluación. Nuestros datos a nivel estatal resaltan la necesidad de:

- Competencia cultural.
- Intervención temprana.
- Atención y servicios apropiados para el desarrollo.
- Enfoques informados sobre el trauma.

#### Seis categorías de subpoblaciones en los Servicios para Familias Intactas



## Papel fundamental de la herramienta CANS

La herramienta Necesidades y Fortalezas de Niños/as y Adolescentes (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS) se utiliza para la comunicación entre las partes del caso y para informar las acciones y la toma de decisiones de los/las niños/as y sus familias. Todos/as los/las miembros del sistema de bienestar infantil que llevan casos deben recibir capacitación en el uso válido de la CANS.

## Apoyo a las decisiones: ¿Qué modelo debo usar?

### ¿Qué es una herramienta de apoyo a la toma de decisiones?

Todas las intervenciones basadas en evidencia disponibles pueden resultar difíciles de recordar cada vez que se abre un caso nuevo. Hemos creado apoyo entre bastidores que se basa en su puntuación de la CANS para ayudarlo/a a relacionar al/a la niño/a o miembro de la familia con una intervención basada en evidencias que satisfaga mejor sus necesidades. La Herramienta de apoyo a la toma de decisiones analizará las puntuaciones que usted ingrese para cada persona y le brindará recomendaciones de recursos para analizar con la familia y vincularlos con los/las proveedores/as. **¡Es una herramienta que se ejecuta entre bastidores!**

### Herramienta de apoyo a la toma de decisiones = Recomendaciones

- Para que la Herramienta de apoyo a la toma de decisiones recomiende servicios para una familia, la relación de cada miembro individual con el/la niño/a debe identificarse correctamente en la CANS.
- Si se evalúa a un/a cuidador/a en una fecha posterior, los/las niños/as también deben ser evaluados/as para obtener recomendaciones de servicios en el momento en que se evalúa al/a la cuidador/a para que sea elegible.

Debido a la importancia de la CANS para los Servicios de Prevención Family First, nuestro equipo de informática ha incorporado algunas herramientas nuevas en el Sistema Estatal Automatizado de Información Sobre el Bienestar Infantil (Statewide Automated Child Welfare Information

System, SACWIS) para ayudar a todos/as a recordar que deben completar la CANS antes del día 45.

- El día 30 desde la apertura del caso, si no hay una CANS aprobada en SACWIS, el/la trabajador/a social recibirá un recordatorio o un aviso para completar la CANS.
- El día 45, si todavía falta una CANS aprobada, el/la trabajador/a social y el/la supervisor/a recibirán alertas en su escritorio del SACWIS hasta que se complete y apruebe la CANS.
- Recuerde, el SACWIS solo considera que una CANS está completa una vez que ha sido aprobada por un/a supervisor/a, así que deje tiempo suficiente para que usted y su supervisor/a revisen, aprueben y posiblemente editen la CANS antes de la fecha límite de 45 días.



### Establecimiento de conexiones

Los servicios de prevención son más eficaces cuando se identifica a los/las niños/as y a las familias y se les vincula a servicios holísticos y apropiados. Esta sección cubrirá el proceso para llevar a las familias a las intervenciones necesarias. Hay muchos factores que el/la trabajador/a social y su supervisor/a tendrán en cuenta:

- ¿Está motivada la familia?
- ¿La intervención es realmente accesible para la familia?
  - Considerar la distancia y otras cuestiones de transporte.
  - Salud/movilidad.
  - Características de la comunidad (seguridad y recursos)
  - ¿Hay costos involucrados (es decir, copagos)?
- ¿Cómo encaja esta intervención en el plan general del caso?
  - Considerar la posibilidad de programar la logística.
  - Analizar el trabajo, el cuidado de los niños, la escuela y otras posibles barreras.
  - ¿Se pueden equilibrar todos estos requisitos de tal manera que sea razonable para que la familia tenga éxito?

Resolver el último problema (equilibrar el plan y la estrategia para implementar el plan) debe ser una colaboración con la familia. Queremos evitar la carga de servicio que se produce cuando no se consideran todas las necesidades de tiempo que requiere la familia. Si un/a miembro de la familia tiene éxito en un paso del plan, su motivación aumenta para perseverar.

Describimos este proceso como: **orientación**. Esta es una asociación basada en relaciones. La gran cantidad de necesidades puede resultar abrumadora para la familia y los/las profesionales que las atienden. Lograr un cambio duradero requiere concentración y práctica. Por eso creamos un equipo para apoyar a la familia. Las reuniones efectivas del equipo de niños/as y familias son oportunidades para planificar y resolver problemas que incluyen la red de apoyo natural. Estos importantes recursos pueden ayudar con recordatorios, transporte y apoyo emocional cuando sea necesario.

### ¿Qué es la práctica informada sobre el trauma?

Para una implementación exitosa de Family First, es importante definir prácticas informadas sobre el trauma e intervenciones basadas en evidencias. La práctica informada sobre el trauma implica reconocer y responder al impacto de las experiencias traumáticas en quienes tienen contacto con el sistema de bienestar infantil, incluidos/as los/las niños/as, los/las cuidadores/as y los/las proveedores/as de servicios. Los programas y las agencias que trabajan con personas que han experimentado situaciones traumáticas deben infundir y mantener la conciencia, el conocimiento y las habilidades sobre el trauma en sus culturas, prácticas y políticas organizacionales para maximizar la seguridad física y psicológica, facilitar la recuperación de los/las niños/as y las familias y apoyar su capacidad de prosperar.

Para muchos/as de los/las jóvenes a los que atendemos, el trauma puede evaluarse mal e ignorarse rápidamente. Las preocupaciones conductuales resultantes, que a menudo están relacionadas con el trauma, pueden convertirse en el centro de atención, lo que genera dificultades para la curación y el desarrollo del/de la niño/a. Las intervenciones que ha adoptado el DCFS para Family First pueden ser efectivas para abordar una variedad de necesidades, incluida la exposición al trauma.

Para obtener más información sobre la atención basada en el trauma y los sistemas de bienestar infantil informados sobre el trauma, visite:

<https://www.childwelfare.gov/topics/responding/trauma/>

### ¿Qué son las intervenciones basadas en evidencias?

Entender el impacto del trauma y cambiar nuestra actitud para ver a las familias a través de una lente informada sobre el trauma crea un enfoque más compasivo y efectivo al momento de servir a las familias usando intervenciones de eficacia demostrada. Las intervenciones basadas en evidencias implican enfoques sobre la prevención o el tratamiento que están validados por evidencia científica documentada. Esto incluye hallazgos establecidos a través de estudios clínicos controlados, pero también son válidos otros métodos para el establecimiento de evidencias. La comprensión del impacto del trauma conjuntamente con proporcionar a las familias la intervención apropiada basada en evidencias, llevará a resultados más positivos y sostenidos para los/las niños/as y sus familias.

## Intervenciones de Family First

Illinois ha seleccionado las siguientes intervenciones basadas en evidencias (EBI) para su implementación en la primera versión de nuestro Plan de Prevención Family First. Estas intervenciones fueron seleccionadas debido a una combinación de su idoneidad para las poblaciones atendidas y la capacidad del estado para implementar estas intervenciones de manera eficiente y efectiva utilizando conexiones, contratos y recursos existentes. A continuación se muestra un resumen de cada EBI.

## Programa de Crianza Positiva (Triple P)

### Focos de intervención:

- El énfasis principal del Programa de Crianza Positiva (Positive Parenting Program, Triple P) es enseñar a los padres/las madres cómo mejorar y construir las relaciones con sus hijos/as, considerando las dificultades emocionales y conductuales de los/las hijos/as.
- Triple P es una intervención educativa diseñada para apoyar a padres/madres o cuidadores/as de niños/as de 6 a 12 años. Tiene un enfoque domiciliario que incluye apoyo en la oficina.
- Asimismo, tiene un enfoque de desarrollo de habilidades que fomenta el desarrollo de habilidades saludables para la resolución de problemas.
- Orienta a las familias que enfrentan dificultades conductuales y emocionales tales como: dificultad repetida para seguir instrucciones, agresión, “rabietas”, dificultad para mantener la regulación emocional y otras preocupaciones conductuales que causan trastornos en el sistema familiar, la escuela y la comunidad.
- Las familias aprenden cómo supervisar el comportamiento y establecer metas de cambio específicas y observables.
- Las intervenciones se adaptan para satisfacer las necesidades individuales de cada familia, para apoyar la resolución de problemas de los padres/las madres y las mejoras en el comportamiento del/de la niño/a.

### Beneficios para las familias:

- Reducción de las dificultades conductuales, emocionales y de desarrollo.

- Incremento de la capacidad de la familia para desarrollar estrategias de afrontamiento positivas.
- Mejora de las relaciones familiares.

### Duración de los servicios:

- Illinois está implementando el Triple P del Nivel 4 que apoya a las familias involucradas en el sistema de bienestar infantil.
- Normalmente, requiere de 8 a 10 sesiones en un lapso de 4 a 5 meses.

### Lo que los padres/las madres necesitan escuchar:

- Triple P es un programa para padres/madres diseñado para satisfacer las necesidades de cada familia individual.
- Las familias reciben intervenciones concretas y orientación sobre cómo, cuándo y dónde utilizar las intervenciones. Triple P ofrece a los/las padres/madres una guía a seguir cuando se enfrentan a problemas difíciles emocionales y de comportamiento.
- La familia recibe una “caja de herramientas de ideas” y puede elegir las herramientas más efectivas para su familia.
- Triple P genera confianza en los/las padres/madres y mejora las intervenciones proactivas que previenen los arrebatos de los/las niños/as.

## Terapia cognitiva-conductual centrada en el trauma (TF-CBT)

### Focos de intervención:

- La Terapia cognitiva-conductual centrada en el trauma (TF-CBT) es una intervención terapéutica centrada en ayudar a niños/as, adolescentes y sus padres/madres o cuidadores/as a superar el impacto de eventos traumáticos.
- Esta intervención implica apoyar a los/las niños, los/las jóvenes y miembros de la familia para controlar los detonantes de las malas conductas a la vez que favorece un entorno seguro en el hogar.
- Se incluye a los/las cuidadores/as en situaciones en las que ellos/ellas no causaron el trauma y cuando pueden mantener la seguridad del/de la niño/a.
- Las sesiones involucran a niños/as, padres/madres o cuidadores/as para tratar los efectos del trauma.

- Las sesiones en el hogar cubren una variedad de temas que incluyen educación y habilidades de crianza.
- Las sesiones pueden incluir tiempo conjunto con el/la joven/cuidadores(as) o tiempo separado con el/la joven, así como tiempo separado con los/las cuidadores/as
- Los padres/las madres reciben terapia para abordar sus traumas pasados, desencadenantes y reacciones de estrés.

### **Beneficios para las familias:**

- Mejora del manejo de los detonantes de las malas conductas.
- Aumento de la comprensión de los padres/las madres sobre el trauma.
- Incremento de la seguridad personal y fomento del crecimiento continuo.
- Identificación y resolución de sentimientos de vergüenza, creencias distorsionadas sobre uno mismo y otras complicaciones del trauma.
- Minimización de las prácticas de crianza perjudiciales.
- Apoyo de un entorno seguro en el hogar.

### **Duración de los servicios:**

- Los servicios suelen tener una duración de 12 a 16 sesiones; sin embargo, puede realizarse en tan solo ocho sesiones y hasta 25 sesiones.
- Las sesiones semanales varían en duración de 45 a 90 minutos.

### **Lo que los padres/las madres necesitan escuchar sobre la TF-CBT:**

- Los padres a menudo necesitan creer que los/las niños/as pequeños/as no recordarán el trauma o que hablar sobre él puede empeorarlo. Por lo general, cuando surgen problemas de conducta, los padres/las madres no lo relacionan con el trauma. A través de la TF-CBT, los padres/las madres aprenderán cómo apoyar a sus hijos/as para:
  - Comprensión de que el trauma no fue culpa de sus hijos/as y que no tienen que afrontarlo por sí solos/solas.
  - Identificación y reconocimiento de sus sentimientos.
  - Gestión de sus emociones.
  - Tolerar recordatorios/d desencadenantes del trauma

mediante el aprendizaje y el uso de estrategias de relajación.

- Un objetivo de la TF-CBT es ayudar a identificar creencias negativas y contraproducentes para aumentar la comprensión de cómo el trauma ha impactado a toda la familia.
- Los padres/las madres pueden reemplazar los pensamientos negativos con afirmaciones positivas y habilidades de resolución de problemas para ayudar a crear un ambiente psicológicamente seguro para el/la niño/a.

### **Psicoterapia para padres/madres e hijos/as (CPP)**

#### **Focos de intervención:**

- La Psicoterapia para padres/madres e hijos/as (CPP) es una terapia informada sobre el trauma y basada en las relaciones que busca mejorar las relaciones entre padres/madres e hijos/as y sanar a los/las niños/as de 0 a 5 años que han experimentado el trauma.
- La relación niño/a-cuidador/a es fundamental para apoyar la recuperación del/de la niño/a del trauma de la primera infancia y para que el/la niño/a restablezca un desarrollo saludable.
- La CPP es una intervención basada en el juego y centrada en el apego tanto para padres/madres como para niños/as que busca fortalecer la relación entre padres/madres e hijos/as.
- La CPP está diseñada para niños/as pequeños/as que tienen un alto riesgo de desarrollar dificultades emocionales/conductuales y de apego como resultado de experiencias traumáticas tempranas.
- La CPP puede ocurrir en el hogar de la familia o en el consultorio del/de la terapeuta.

#### **Beneficios para las familias:**

- Proporciona a los padres/las madres orientación sobre el desarrollo.
- Proporciona asistencia concreta con problemas de la vida diaria.
- Ayuda al/a la cuidador/a a brindar seguridad física y emocional al/a la niño/a.
- Ayuda al/a la cuidador/a a interpretar los sentimientos y las acciones del/de la niño/a y a vincular el pasado con el presente.

- Destaca que el pasado incluye tanto factores de riesgo como de protección.
- Atiende las normas y valores culturales de la familia.

#### **Duración de los servicios:**

- La CPP recomienda sesiones semanales de 1 a 1.5 horas durante 6 meses a un año.

#### **Lo que los padres/las madres necesitan escuchar sobre la CPP:**

- Sabemos que los padres/las madres son las personas más importantes en la vida de sus hijos/as.
- Los problemas emocionales y de conducta en la infancia y la primera infancia deben abordarse en el contexto de las relaciones de apego principales del/de la niño/a.
- A pesar de la temprana edad en la que ocurrió el trauma, el desarrollo del/de la niño/a se verá afectado por el trauma de la primera infancia.
- La Psicoterapia para padres/madres e hijos/as es una terapia eficaz para curar la exposición al trauma en la primera infancia.
- Las investigaciones han demostrado que la intervención temprana y el apoyo a la relación entre padres/madres e hijos/as es una forma eficaz de abordar y curar el trauma de los/las niños/as muy pequeños.

### **Programa de crianza afectiva (NPP)**

#### **Focos de intervención:**

- La NPP es una intervención para padres/madres que utiliza grupos cognitivo-conductuales, asesoramiento y educación para padres/madres en el hogar.
- Apoya a familias con niños/as de 0 a 19 años para aumentar el sentido de autoestima, empoderamiento personal, empatía, vínculos y apego de los padres/las madres con sus hijos/as.
- Los objetivos de la NPP son modificar las creencias que contribuyen a las conductas abusivas de crianza y mejorar las habilidades de los padres/las madres para apoyar el apego, la afectividad y la crianza saludable.
- Las sesiones de asesoramiento en el hogar ayudan a los padres/las madres a aplicar nuevos comportamientos de crianza, mejorar los vínculos y apoyar las habilidades afectivas.
- El personal capacitado brinda apoyo y vínculos con

servicios educativos, clínicos y de apoyo familiar.

- Los padres/las madres recibirán apoyo para trabajar en las áreas de la crianza que son más difíciles para cada padre/madre/familia específico/a y aprenderán estrategias de cuidado personal.

#### **Beneficios para las familias:**

- Ayuda a las familias a desarrollar estrategias alternativas a las duras prácticas disciplinarias.
- Aumento del conocimiento de los padres/las madres sobre las expectativas de desarrollo apropiadas para la edad.
- Incremento de las habilidades de crianza para mejorar el sentido de autoestima y efectividad de los padres/las madres.
- Mejora de la empatía, el vínculo y el apego de los padres/las madres con sus hijos/as.
- Reducción del riesgo de abuso o negligencia.

#### **Duración de los servicios:**

- El modelo requiere de 18 a 23 sesiones.
- Estas sesiones pueden basarse únicamente en asesoría domiciliar individual o combinar las sesiones grupales con la asesoría domiciliar individual.
- Cada sesión grupal es de 2.5 horas.

#### **Lo que los padres/las madres necesitan escuchar sobre la NPP:**

- La NPP apoya a los padres/las madres y cuidadores/as para mejorar las habilidades de crianza mediante el uso de intervenciones basadas en las relaciones.
- Es un método que se centra en el vínculo y el apego entre padres/madres e hijos/as.
- Brinda a los padres/las madres el apoyo que necesitan para abordar los problemas que llamaron la atención del DCFS.
- El formato grupal ofrece a los padres/las madres la oportunidad de trabajar en las competencias de crianza con otros/as padres/madres que han tenido experiencias/dificultades similares.

## Terapia multisistema (MST)

### Focos de intervención:

- La terapia multisistema (Multi-Systemic Therapy, MST) es una terapia intensiva impulsada por la familia y basada en la comunidad. La MST atiende a jóvenes de 12 a 17 años.
- La MST proporciona intervenciones para los/las jóvenes que están involucrados/as en el sistema legal o que presentan comportamientos agresivos, consumen sustancias, no asisten a clases y son partícipes de comportamientos que inhiben su crecimiento.
- La MST cuenta con terapeutas altamente capacitados y especializados que trabajan con cada joven, sus cuidadores/as y otros/as miembros designados/as que forman parte del sistema de tratamiento del/de la joven. Este sistema puede incluir: personal escolar, servicios judiciales, apoyo vocacional u otros apoyos identificados.
- El/la terapeuta brinda apoyo las 24 horas del día, los siete días de la semana. El/la terapeuta y el equipo de tratamiento desarrollan soluciones y estrategias productivas para ayudar a que el/la joven vuelva a encaminarse.

### Beneficios para las familias:

- Promueve el cambio de comportamiento al empoderar a las familias y a los cuidadores para que resuelvan problemas de manera duradera.
- Las familias tienen acceso al apoyo las **24 horas del día, los siete días de la semana** a través de la MST.
- La familia trabaja en estrecha colaboración con un equipo que está comprometido con el mejor resultado posible para los/las jóvenes.
- Los/las profesionales clínicos/as de la MST tienen un pequeño número de casos para apoyar el enfoque y brindar la atención necesaria a los/las jóvenes y a las familias cuando más la necesitan.

### Duración de los servicios:

- El/la terapeuta de la MST comienza observando a los/las jóvenes durante un período de 1 a 3 semanas y luego crea un plan de tratamiento individual.
- El proceso incluye controles periódicos con la familia y

el/la joven para ver cómo avanza el tratamiento y si hay alguna dificultad que deba abordarse.

- Los/las terapeutas de la MST proveen **sesiones de 1 a 2 horas, de 3 a 5 veces a la semana**; el tratamiento puede continuar durante un límite de cinco meses.

### Lo que los padres/las madres necesitan escuchar sobre la MST:

- Las sesiones de la MST se adaptan a cada familia y su horario.
- Los/las terapeutas de la MST se reúnen con las familias donde sea necesario en la comunidad (es decir, en la escuela).
- El/la terapeuta trabaja con la familia para desarrollar un plan individualizado que incluya una estructura de recompensas y consecuencias basadas en comportamientos.
- Este es un enfoque de equipo que se centra en aumentar las habilidades prosociales y desarrollar apoyos comunitarios sólidos que aumenten el éxito del tratamiento del/de la joven.

## Inclusividad (Wraparound) de alta fidelidad

### Focos de intervención:

- El énfasis principal de la Inclusividad (Wraparound) es un proceso colaborativo, individualizado y basado en equipos para proporcionar servicios y apoyos coordinados.
- La Inclusividad apoya a niños/as y jóvenes con **edades de 0 a 21 años** con necesidades complejas de salud emocional, conductual o mental y sus familias que participan en varios sistemas de servicios para niños/as y familias (por ejemplo, salud mental, bienestar infantil, justicia juvenil, educación especial, etc.).
- Es un proceso de respaldo a las familias, proveedores y miembros clave de la red de apoyo social para familias dirigido a colaborar y crear un plan basado en sus fortalezas que responda a las necesidades particulares de los/las niños/as y las familias (Suter y Bruns, 2009).
- Luego, los/las miembros del equipo implementan el plan y continúan reuniéndose periódicamente para hacer seguimiento al progreso y ajustar el plan según sea necesario.

### **Beneficios para las familias:**

- Reducción de las dificultades conductuales, emocionales y de desarrollo.
- Incremento de la capacidad de la familia para desarrollar estrategias de afrontamiento positivas.
- Mejora de las relaciones familiares.
- Acceso al soporte de un/a coordinador/a de Inclusividad altamente capacitado/a.
- Acceso a financiación flexible para cubrir las necesidades identificadas a través del proceso de trabajo en equipo.
- Capacita a la familia para identificar sus metas y trabajar junto con su equipo para satisfacer las necesidades de los/las jóvenes y la familia para lograr sus metas.

### **Duración de los servicios**

- La Inclusividad (Wraparound) se provee en fases que generalmente requieren de 6 a 12 meses para completarse con éxito.

### **Lo que los padres/las madres necesitan escuchar sobre la Inclusividad de alta fidelidad**

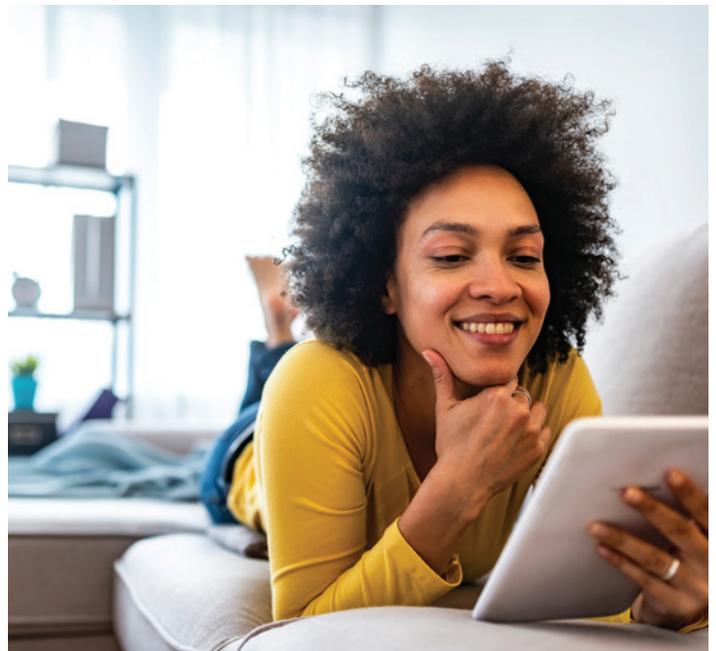
- La Inclusividad (Wraparound) es un proceso que les permite a ustedes, como cuidadores/as de los/las jóvenes, identificar las fortalezas y necesidades de su familia mientras trabajan con su equipo para desarrollar un plan que los/las ayudará a alcanzar sus objetivos.
- El proceso de Wraparound está impulsado por la familia. Eso significa que usted está guiando el proceso de principio a fin.
- Los padres/las madres recibirán el apoyo incondicional de un/a coordinador/a de Wraparound. El/la coordinador/a trabajará con usted y su equipo para garantizar que los planes funcionen para usted y su familia.
- El equipo que se forma en el proceso de Wraparound será un apoyo continuo para usted y su familia.

### **Un paso a la vez**

En algunos casos, es posible que los padres/las madres necesiten completar, o al menos establecer, cierta estabilidad en una intervención crítica [es decir, abuso de sustancias o violencia doméstica] ANTES de participar en los servicios de Family First para estabilizarlos/as o ayudarlos/as a estar más disponibles para la próxima intervención. La conversación sobre su plan con la familia, su supervisor/a o el equipo de familia ayuda a crear una guía hacia el éxito. La mayoría de nosotros no podemos realizar múltiples cambios simultáneamente con éxito.

### **Conozca más información sobre las intervenciones de Family First:**

- Psicoterapia para padres/madres e hijos/as: <https://childparentpsychotherapy.com/>
- Programa de crianza afectiva: <https://www.nurturingparenting.com/>
- Terapia multisistema: [www.mstservices.com](http://www.mstservices.com)
- Terapia cognitivo conductual centrada en el trauma: <https://tfcbt.org/>
- Programa de crianza positiva: [www.triplep.net](http://www.triplep.net)
- Wraparound (Inclusividad): National Wraparound Initiative (NWI) (Iniciativa Nacional de Inclusividad) ([pdx.edu](http://pdx.edu)) – <https://nwi.pdx.edu>



## Sección 4: Uso del módulo de proveedores/as para hacer remisiones

### Resumen

Después de una cuidadosa consideración de las necesidades de la familia utilizando la CANS y elaborando un plan para una intervención identificada, esta sección abordará los pasos para realizar una remisión a través del sistema en línea del departamento. La remisión y todos los documentos importantes que la acompañan [es decir, la Divulgación de información y la Evaluación integrada] se enviarán a los/las proveedores/as comunitarios/as seleccionados/as de intervenciones basadas en evidencias.

### Paso uno: verificación de la información del/ de la miembro del caso en el SACWIS

- Nombres: verifique la ortografía del nombre y apellido de cada miembro y que solo haya un registro en el SACWIS para la persona.
- Fecha de nacimiento: verifique la fecha de nacimiento (FDN) de todos/as los/las niños/as.
- Dirección: verifique que la información de la dirección sea correcta.
- Vínculos personales: asegúrese de que todos los/las miembros estén vinculados/as al registro de la persona. Si se encuentran varios/as, solicite que la persona se fusione comunicándose a través del correo electrónico: [SCR.Mailbox@illinois.gov](mailto:SCR.Mailbox@illinois.gov).
- Vínculos con grupos familiares: asegúrese de que el caso se abra en el grupo familiar correcto.
- ID de cliente del CYCIS: todos los miembros que reciben servicios deben tener un ID de cliente del Sistema de información Centrado en Niños/as y Jóvenes (Child and Youth Centered Information System, CYCIS) asociado a su ID personal del SACWIS.

### Paso dos: uso del SACWIS para consultar un caso

#### En el portal de instrucciones del SACWIS:

En Prevention Planning (Planificación de la prevención) verá dos opciones: Provided Services (Servicios prestados) y Recommendations (Recomendaciones).

- Si ve 1 o más recomendaciones no remitidas, coloque un punto en Recommendations (Recomendaciones) y siga los pasos a continuación.
- Si no hay recomendaciones, pero aún desea hacer una remisión para una intervención específica, coloque un punto en Provided Services (Servicios prestados) y siga

los pasos a continuación.

1. Haga clic en el enlace New Prevention Service (Nuevo Servicio de Prevención).
2. Elija el servicio de prevención que desee.
3. Elija un/a miembro del caso y otros/as participantes.
4. Elija add services (agregar servicios).
5. Seleccione la población de interés: Intact (Familias intactas) y elija la estrategia de prevención.
6. Agregue comentarios sobre la remisión.
7. Seleccione Send Referral (Enviar la remisión) para enviar la remisión al portal.
8. El caso ahora debería aparecer en el panel del/de la trabajador/a social como no remitido.

#### Cuando esté en el portal

1. En el panel del/de la trabajador/a social, haga clic en el número de remisión.
2. Revise la información del/de la cliente.
3. Desplácese hacia abajo para ver los detalles de la remisión.
4. Haga clic en el enlace para agregar el/la proveedor/a.
5. Ingrese la dirección del/de la cliente.
6. Haga clic en el enlace del/de la proveedor/a correspondiente.
7. Haga clic en el enlace en la esquina superior derecha para vincular al/a la proveedor/a con la remisión.
8. Agregue las horas.
9. Agregue Unit Type (tipo de unidad).
10. Agregue Start date (fecha de inicio) y End date (fecha de finalización).
11. Agregue notas debajo de las notas de remisión si es necesario.
12. Guarde.
13. Haga clic en Submit referral (enviar la remisión) (esto enviará la remisión al panel del/de la supervisor/a para su aprobación).
14. Supervisor/a: haga clic en Referral number (número de remisión), desplácese hacia abajo y haga clic en Approve (Aprobar).

#### Si el panel del/de la supervisor/a no funciona, puede buscar en toda la base de datos:

1. Vaya al Portal de proveedores.
2. Haga clic en Referral List (Lista de remisiones).
3. Verá un menú desplegable junto a Provider Accepted Referrals (Referencias aceptadas por proveedores).

#### 4. Desde el menú desplegable:

- Seleccione “Unsubmitted” (“No enviado”) para ver en qué casos el/la trabajador/a necesitará completar el formulario 507 y enviarlo para su aprobación; O
- Seleccione “Unapproved” (“No aprobado”) para ver las remisiones sobre las que los/las trabajadores/as completaron un 507 en el portal, pero están esperando aprobación.
- Para las remisiones que están pendientes de aprobación: haga clic en el número, desplácese hacia abajo hasta Review Referral Information (Revisar información de la remisión) y haga clic en Approve (Aprobar) en la parte inferior de la página.

#### **Cómo agregar una columna para filtrar por trabajador/a:**

1. Haga clic en Referral List (Lista de remisiones).
2. Elija el menú desplegable apropiado (Referencias Unsubmitted [no enviadas] o Unapproved [no aprobados] y elija cualquier otra categoría desplegable según corresponda para obtener la información que está buscando).
3. Vaya a la esquina derecha y haga clic en Edit Columns (Editar columnas).
4. Haga clic en + Columns (Agregar columnas).
5. Elija el nombre del/de la trabajador/a social y desplácese hacia abajo hasta el final de la página.
6. Haga clic en Close (Cerrar).
7. Haga clic en Apply (Aplicar).
8. Haga clic en el menú desplegable Caseworker Name (Nombre del/de la trabajador/a social).
9. Elija Filter by (Filtrar por).
10. Ingrese el nombre del/de la trabajador/a social en el segundo cuadro.
11. Haga clic en Apply (Aplicar).
12. Ahora debería ver si hay remisiones pendientes para el/la trabajador/a.

#### **Para desactivar/cancelar una remisión:**

1. Haga clic en el círculo en el lado izquierdo de la remisión identificada.
2. Haga clic en Deactivate (Desactivar) en la parte superior de la página del portal.
3. Confirme que desea desactivar.
4. Si comete un error, puede recuperar la remisión de la carpeta de Deactivated referrals (remisiones desactivadas).

#### **¡Recordatorios!**

1. Ancle el portal de proveedores <https://dcfsdpm.crm9.dynamics.com/> a Chrome o Microsoft Edge.
2. Si no tiene acceso al portal, existe un Formulario de acceso al Portal de proveedores que puede completar para solicitar acceso al Portal de proveedores. El formulario está disponible en la página de inicio de D-Net -> OITS -> Request Services (Solicitud de servicios) -> *Request Provider Portal Access (Solicitud de acceso al Portal de proveedores)*.

#### **Paso tres: planificación de la vinculación y coordinación con el uso de las prácticas correctas**

Si bien el portal lo/la ayuda a comenzar la remisión, usted querrá coordinar la atención de la familia directamente con el/la proveedor/a. Ese contacto podría ayudarlo/a a anticipar una lista de espera o puede ayudar a identificar los materiales adicionales que la familia deberá traer para que la experiencia de su primera cita sea productiva. Si aún no conoce la agencia, esta comunicación será fundamental para construir relaciones mientras trabajan juntos en nombre de la familia.

## Sección 5: Servicios de visitas domiciliarias del DCFS

TIPO DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN
<b>Servicios para Familias Intactas</b>	Están diseñados para brindar servicios voluntarios a corto plazo destinados a hacer esfuerzos razonables para estabilizar, fortalecer, mejorar y preservar la vida familiar brindando servicios que permitan a los/las niños/as permanecer seguros/as en el hogar.
<b>Proyecto Infancia Temprana del DCFS del Instituto Erikson</b>	Ofrece consulta y vinculación de servicios de primera infancia para niños/as pequeños/as involucrados/as en Servicios para Familias Intactas. Los/las especialistas en visitas domiciliarias actúan como enlace para conectar a las familias involucradas en el bienestar infantil con las visitas domiciliarias.
<b>Servicios de visitas domiciliarias</b>	Son un recurso comunitario disponible para las familias que es gratuito y voluntario, utilizado por muchas familias, ya sea que estén o no relacionadas con el bienestar infantil. Ayuda a los padres/las madres a trabajar para mejorar el desarrollo de sus hijos/as y fortalecer la relación entre padres/madres e hijos/as.

### Fundamentos sobre las visitas domiciliarias

La relación entre padres/madres e hijos/as es uno de los factores más importantes en el desarrollo de un/a niño/a pequeño/a.

El DCFS reconoce que los/las niños/as pequeños/as involucrados/as en el bienestar infantil corren un mayor riesgo de sufrir experiencias adversas que pueden afectar su salud emocional y su desarrollo. El DCFS también reconoce que existen enfoques basados en evidencias, incluidos los servicios de visitas domiciliarias, que pueden apoyar y fortalecer la relación entre padres/madres e hijos/as. Se ha demostrado que las visitas domiciliarias, cuando se realizan en los primeros años, son eficaces para mejorar los resultados maternos e infantiles.

De acuerdo con este conocimiento, el Instituto Erikson se ha comprometido a facilitar vínculos efectivos con programas de visitas domiciliarias para familias con niños/as desde el período prenatal hasta los 3 años identificados/as como necesitados/as de estos servicios de visitas domiciliarias. Como la disponibilidad del servicio de visitas domiciliarias varía según la comunidad, este vínculo se producirá siempre que haya un programa para el que la familia califique en el área de servicio.

### El vínculo con las visitas domiciliarias es una asociación

- **Desde la edad prenatal hasta los tres años:** Los/las administradores/as de casos deberían considerar las visitas domiciliarias como un posible servicio para cualquier familia con niños/as pequeños/as, desde el útero hasta los tres años de edad. De acuerdo con la política del DCFS, los/las administradores/as de casos deben comunicarse a través del correo electrónico [DCFS.HomeVisiting@illinois.gov](mailto:DCFS.HomeVisiting@illinois.gov) para cualquier familia con un nuevo embarazo para apoyar a las madres embarazadas que estén considerando realizar visitas domiciliarias.
- **Intervención voluntaria:** Las visitas domiciliarias son un programa gratuito y voluntario. Los padres/las madres pueden rechazar este recurso en cualquier momento sin consecuencias. Los padres/las madres deben aceptar y firmar un consentimiento por escrito para ser vinculados/as a un programa de visitas domiciliarias.
- **Consulta con trabajadores/as sociales:** Los/las especialistas en visitas domiciliarias del Proyecto de Infancia Temprana del DCFS del Instituto Erikson trabajarán con los/las administradores/as de casos para encontrar los programas que puedan servir a la familia.

Trabajan para reducir las barreras que impiden que las familias se vinculen con éxito a este apoyo preventivo a largo plazo. Los/las especialistas en visitas domiciliarias son un recurso en cualquier momento para consultar y explicar los procesos, así como para abogar por abordar las barreras.

- **Vinculación:** Los programas de visitas domiciliarias se someten a un proceso de admisión para inscribir a las familias. Los programas de visitas domiciliarias informarán a los especialistas en visitas domiciliarias sobre cualquier barrera o dificultad para inscribir a la familia.
- **Cosas que debes saber:** Los programas de visitas domiciliarias no proporcionan una evaluación de la capacidad de crianza. Con la aprobación y la colaboración de los padres/las madres, los programas de visitas domiciliarias pueden proporcionar una visión general de la participación de la familia, participar en reuniones sobre el caso de bienestar infantil y ayudar a la familia a completar su plan de servicios. Los programas de visitas domiciliarias pueden seguir ofreciendo apoyo a los padres/las madres durante algún tiempo después de que se cierre el caso de bienestar infantil.

Escriba al correo [DCFS.HomeVisiting@illinois.gov](mailto:DCFS.HomeVisiting@illinois.gov) si tiene preguntas o desea hacer alguna solicitud.

### **Resumen del tratamiento:**

Un visitador domiciliario primero trabaja para construir una relación y comprender cuáles son las necesidades y objetivos como padre/madre. La intensidad de los servicios se basa en las necesidades de los padres/las madres, comenzando semanalmente y pasando gradualmente a visitas domiciliarias trimestrales a medida que la familia se vuelve más autosuficiente.

### **¿Qué beneficios/resultados hay para los clientes?**

Se ha determinado que los servicios de visitas domiciliarias:

- Fortalecen la relación entre padres/madres e hijos/as.
- Mejoran los resultados de los nacimientos (disminución de los nacimientos prematuros y del bajo peso al nacer) y la salud materna e infantil en general.
- Aumentan la preparación escolar.
- Reducen la incidencia de abuso y negligencia infantil.

### **Nueva política del DCFS para servicios a familias intactas/visitas domiciliarias:**

Desde 2020, se realizaron modificaciones a la política 302.388 para promover los servicios de visitas domiciliarias a las familias desde el embarazo. La política del DCFS requiere ofrecer una remisión para servicios de visitas domiciliarias para casos de Servicios para Familias Intactas que cumplan con las siguientes condiciones:

- Mientras una madre, cuidadora o joven esté embarazada o la composición familiar incluya niños/as de 0 a 3 años.
- Cuando una familia se niega a dar su consentimiento para los servicios de Familias Intactas, el/la investigador/a de protección infantil trabajará para vincular a la familia con las visitas domiciliarias.
- Cuando un/a supervisor/a de protección infantil o un/a administrador/a de área determina que la familia no es elegible para recibir servicios de familias intactas y la composición familiar incluye niños de 0 a 3 años, se harán esfuerzos para acceder a las visitas domiciliarias.

Las visitas domiciliarias funcionan mejor para apoyar a las familias cuando están vinculadas durante el período prenatal. Asegúrese de que todos los casos de Familias Intactas de su grupo de casos estén vinculados a visitas domiciliarias cuando se entere de un embarazo comunicándose a través del correo electrónico [DCFS.HomeVisiting@illinois.gov](mailto:DCFS.HomeVisiting@illinois.gov).

Las visitas domiciliarias son voluntarias. El padre/la madre debe estar de acuerdo con el servicio. La política está diseñada para garantizar que se hagan esfuerzos para ofrecer visitas domiciliarias y conectar a los padres/las madres con niños/as pequeños/as con un servicio para padres/madres que pueda estar en sus vidas después de que desaparezca el bienestar infantil. Si lo intenta y una familia rechaza la intervención, está bien. Documente sus intentos.

## ¿Cómo inicio el proceso de visitas domiciliarias?

TIPO DE SERVICIO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
<b>Servicios de visitas domiciliarias</b>	Teléfono: 312-893-7181 Correo electrónico: <a href="mailto:DCFS.HomeVisiting@illinois.gov">DCFS.HomeVisiting@illinois.gov</a>
<b>Proyecto Infancia Temprana del DCFS del Instituto Erikson</b>	Teléfono: 312-893-7181 Correo electrónico: <a href="mailto:dcfsproject@erikson.edu">dcfsproject@erikson.edu</a> (Sitio web: <a href="https://www.erikson.edu/services/clinical-practitioner-programs/early-childhood-project/">https://www.erikson.edu/services/clinical-practitioner-programs/early-childhood-project/</a> )



# Sección 6: Entrevista Motivacional

El cambio es complejo y requiere motivación, acceso, apoyo y capacidad. En esta sección, revisaremos las ideas clave en la Entrevista Motivacional (Motivational Interviewing, MI). Estas son ideas fáciles de entender, pero se necesitará compromiso y práctica para adquirir habilidades en este trabajo. Idealmente, la MI es parte de todo lo que hacemos cuando trabajamos con alguien, sin importar qué otras intervenciones estemos usando, el pegamento que lo mantiene todo unido, en lugar de una tarea adicional o complementaria a nuestro trabajo. Esperamos que su proceso sea apoyado y que comparta sus éxitos y luchas en la MI con su equipo.

## ¿Qué es la Entrevista Motivacional?

La Entrevista Motivacional (MI) es un método para hablar con las personas sobre el cambio. Se define como “un estilo de conversación colaborativa para fortalecer la propia motivación y el compromiso de una persona con el cambio” (Miller y Rollnick, 2013). En otras palabras, ¿una forma de apoyar a las personas mientras se convencen a sí mismas de cambiar!

La MI adopta la posición de que las personas suelen tener dificultades para cambiar porque sienten dos cosas al respecto. Son ambivalentes. Una parte de ellas quiere cambiar y otra parte puede pensar en argumentos para no cambiar: “Sé que estas clases para padres/madres serían útiles, pero es muy difícil comenzar y, además, mi vida ya está demasiado ocupada”.

En la MI, una vez que se ha identificado una preocupación o un objetivo de cambio, el/la profesional de bienestar infantil sirve como guía para ayudar y apoyar a la persona mientras explora su ambivalencia y, lo que es más importante, para obtener la propia motivación personal para cambiar, como sus razones para considerar el cambio, los posibles beneficios, cómo podrían realizar el cambio para tener éxito, qué tan importante o urgente es la necesidad de cambiar, el nivel de confianza de la persona para seguir adelante, quién más podría apoyar el cambio y los posibles próximos pasos.

## ¿Por qué elegimos implementar la MI?

El concepto de entrevista motivacional (MI) surgió de la experiencia de brindar tratamiento a personas alcohólicas problemáticas y fue descrito por primera vez por el psicólogo William R. Miller, en un artículo publicado en 1983.

Históricamente, el campo del tratamiento por abuso de sustancias, especialmente en los Estados Unidos, se ha caracterizado por un enfoque altamente conflictivo y

basado en la vergüenza que se cree que rompe la “negación” de las personas para que entren en razón sobre su necesidad de cambiar. Este enfoque ha demostrado ser en gran medida ineficaz y contraproducente. En general, los seres humanos tienden a resistir los intentos de otras personas de lograr que cambien, incluso cuando esos esfuerzos tienen buenas intenciones.

Con la publicación del libro fundamental de William R. Miller y Stephen Rollnick, *Motivational Interviewing* (La Entrevista Motivacional), en 1991, a los profesionales del bienestar infantil se les presentó una forma alternativa de entablar “conversaciones de ayuda” con personas que abusan de sustancias. Los autores describieron una forma de interactuar basada en un estilo de conversación particular y el uso de habilidades y estrategias de comunicación específicas.

La segunda edición, *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (La Entrevista Motivacional: preparación de las personas para el cambio), se publicó en 2002. Refinó aún más el enfoque de la MI, proporcionó una base de investigación emergente para la MI y detalló su propagación a otras áreas más allá de los trastornos por consumo de sustancias, incluida la salud, la salud conductual, los correccionales y las escuelas.

La tercera edición, *Motivational Interviewing: Helping People Change* (La Entrevista Motivacional: cómo ayudar a las personas a cambiar), 2013, amplió el enfoque de la MI e incluyó algunos conceptos nuevos, incluidos los cuatro procesos de las conversaciones de la MI (involucrar, enfocar, evocar y planificar) y distinguir entre el discurso estacionario y la discordia. Hoy en día, la MI ha dado la vuelta al mundo y el apoyo y el respeto por la práctica están creciendo.

## Evidencias para la Entrevista Motivacional

Una gran cantidad de estudios indican que la MI tiene un efecto positivo estadísticamente importante sobre el cambio de comportamiento y varios estudios demuestran que esos cambios son duraderos en el tiempo. La MI sigue siendo eficaz cuando se utiliza como una intervención independiente, infundida dentro de otros enfoques de tratamiento, así como precursora de otros tratamientos. Varios estudios han revelado que las personas definidas como “menos preparadas para el cambio” experimentan el mayor efecto de la MI.

Por supuesto, existen variaciones en la competencia de la MI entre los/las profesionales de bienestar infantil y en la calidad de la alianza que se desarrolla entre el/la profesional de bienestar infantil y la persona. Una MI deficiente

promueve malos resultados. Los factores estructurales y ambientales también pueden afectar el éxito de la MI. Por ejemplo, la inestabilidad social puede obstaculizar los esfuerzos para abordar el abuso de sustancias u otros problemas que preocupan a una persona. Para otros, un historial de trauma puede crear obstáculos para acceder a la asistencia y al apoyo. La MI toma en cuenta las luchas de las personas en el contexto de sus vidas y trabaja con ellas para centrarse y priorizar.

### ¿Cómo funciona la Entrevista Motivacional?

Practicar la MI requiere un saludable sentido de humildad. Nos enfrenta cara a cara con el reconocimiento de que no tenemos el poder de cambiar a los demás. En realidad, solo podemos cambiarnos a nosotros mismos. Sin embargo, podemos tener una influencia positiva en los/las demás y en su motivación para cambiar, si somos capaces de relacionarnos bien con ellos/ellas y apoyar su crecimiento de una manera coherente con sus valores y fortalezas. Como dice Madeline Hunter: “Dicen que puedes llevar un caballo al agua, pero no puedes obligarlo a beber. Pero yo digo que puedes salar la avena para darle sed”. El objetivo de la MI es apoyar a las personas a medida que tienen “sed” de cambio, involucrándolas hábilmente en un proceso exploratorio para descubrir, fortalecer y actuar sobre sus propias motivaciones para cambiar.

Los/las profesionales de bienestar infantil de la MI buscan crear relaciones seguras, de confianza y no conflictivas con las personas. Esto hace que sea más fácil para las personas examinar sus vidas sin estar a la defensiva, particularmente en áreas donde sus propios comportamientos y valores no están sincronizados. Si los/las profesionales del bienestar infantil intentan “educar” o convencer, es probable que la gente defienda el statu quo. Cuando se centran en obtener el conocimiento, la experiencia y la sabiduría interior de la persona de una manera genuina y empática, es más probable que se produzca un cambio.

Se necesita práctica continua con retroalimentación y capacitación precisas para desarrollar habilidades de MI. Las investigaciones muestran que la competencia en MI requiere la retroalimentación de expertos/as basada en la práctica observada y la capacitación para respaldar los cambios de la práctica actual a la competencia en MI. Es importante que continúe aprendiendo y creciendo en su práctica de MI.

La MI consiste en el Espíritu de la Entrevista Motivacional, el proceso, las habilidades y el discurso de cambio. Este manual lo guiará a través de cada uno de estos y le brindará recursos y soporte adicionales.



## ¿Qué es el espíritu de la Entrevista Motivacional?

Según Miller y Rollnick (2013), la MI surge de una mentalidad y un corazón que aporta un estilo “profundamente tolerante y compasivo” (pág. 15) a nuestro trabajo. Al practicar la MI, apoyamos a las personas a medida que cambian, e incluso nos ayudamos a nosotros mismos a cambiar, volviéndonos más colaborativos, tolerantes y compasivos como seres humanos. El Espíritu de MI se compone de la asociación, la aceptación, la compasión y la evocación (partnership, acceptance, compassion and evocation, PACE).

- **La asociación** requiere una verdadera colaboración, una calidad de alianza o trabajar juntos para avanzar.
- **La aceptación** es conocer a las personas “donde están” sin juzgarlas; buscar comprender la “historia de fondo” y transmitir empatía y comprensión genuinas de su perspectiva; creer en el valor intrínseco de los demás; arrojar luz sobre las fortalezas que ve en ellas, sin centrarse en sus déficits, y reconocer y honrar el derecho de la persona a la autodeterminación.
- **La compasión** prioriza las necesidades de la otra persona y busca trabajar con ella para aliviar su sufrimiento.



- **La evocación** es sacar de la persona sus propias motivaciones, esperanzas, opciones, objetivos y conocimientos. Este enfoque le dice a la otra persona: “Tienes lo que necesitas y juntos/as lo encontraremos”, en lugar de “Tengo lo que necesitas y debes hacerlo a mi manera”.

El objetivo es ser curioso/a y reconocer humildemente que cualquier cosa que pueda haber en las notas, la historia o los registros anteriores es solo una parte de la historia que se necesita para apoyar el proceso de cambio de la persona. Buscamos crear las condiciones bajo las cuales las personas tengan más probabilidades de considerar el cambio, extraer y fortalecer su motivación para cambiar.

ENFOQUE ESTÁNDAR	ENFOQUE DE LA MI
Se centra en solucionar problemas.	Se centra en los problemas de la persona.
Relación experto/a-persona.	Asociación colaborativa.
Asume que la motivación surge de la conciencia del problema y de la identificación de la solución.	Se adapta el enfoque al nivel de disposición de la persona al cambio.
Se centra en los conocimientos y habilidades de los/las expertos/as.	Enfatiza la elección personal y la autonomía.
La falta de conciencia o la negación son problemas a superar.	La ambivalencia es vista como parte normal del proceso.
La discordia se contrarrestó con argumentos y hechos.	La discordia es vista como una señal para probar un enfoque diferente.

## Tres estilos de comunicación

Una cosa que sabemos sobre la MI es que no existe una fórmula única que funcione para todas las personas y que la MI apoya a cada profesional de bienestar infantil para que aporte sus propias fortalezas y dones a la sesión. Y además de colaborar genuinamente con cada persona, sabemos que existe una variedad de estilos de comunicación que a menudo son efectivos para tener esta conversación sobre el cambio.

### Dirección ↔ Guía ↔ Seguimiento

Por ejemplo, si pensáramos en una serie de estilos relacionados con conversaciones sobre el cambio, probablemente veríamos en un extremo, un estilo de **dirección**, o una forma de comunicación en la que el/la médico/a le dice o le da consejos a la persona sobre qué hacer o cómo seguir adelante. En ocasiones, un estilo de dirección puede resultar útil para alguien que experimenta una emergencia genuina.

En el otro extremo de esta continuidad hay un estilo de **seguimiento**. En la MI, hay mucho énfasis en escuchar, hacer preguntas abiertas y utilizar habilidades de asesoramiento centradas en la persona. Y puede ser fácil resistirse a ofrecer material adicional a la sesión y querer que la persona confíe en su propia intuición y sabiduría.

Y en el medio, está el estilo de **guía**, y aquí es donde la MI puede ser tan efectiva en la conversación sobre el cambio. Es como ser un/a facilitador/a o un/a guía hábil, donde sabe escuchar y ofrecer apoyo en los momentos oportunos. Esto es similar a cuando un/a niño/a está aprendiendo una nueva tarea y queremos ofrecerle la cantidad justa de información y apoyo sin hacer la tarea por él/ella.

A continuación, se muestra un ejemplo de verbos ofrecidos por Miller y Rollnick asociados con los tres estilos de comunicación que ocurren en nuestra vida cotidiana y en las conversaciones sobre el cambio:

ESTILO DE DIRECCIÓN	ESTILO DE GUÍA	ESTILO DE SEGUIMIENTO
Administra	Acompaña	Permite
Orienta	Asiste	Escucha
Administra	Colabora	Observa
Dirige	Apoya	Permanece

El estilo general de la MI es orientador, pero también se pueden incluir elementos de un estilo de dirección y seguimiento cuando sea apropiado. La MI es una conversación sobre el cambio. La intención de la MI es colaborar con la persona para que sea capaz de creer en el cambio que desea y que el cambio sea coherente con sus propios valores y objetivos. Las personas se ven más influenciadas por lo que ellas mismas dicen y no por lo que dice otra persona.

## ¿Cuáles son los procesos de Entrevista Motivacional?

Las conversaciones motivacionales tienen un propósito y una dirección. Buscan apoyar a las personas a medida que identifican y exploran sus esperanzas, valores y objetivos de cambio dentro del contexto de un estilo de guía y empático. Este enfoque de guía generalmente pasa por cuatro procesos a lo largo del tiempo.

Estos procesos (participación, enfoque, evocación y planificación) tienden a ser secuenciales en las conversaciones de la MI, aunque cada uno puede revisarse según sea necesario.

Para avanzar en la práctica de los cuatro procesos de la IM, a continuación se destacan definiciones y ejemplos:

**Participación:** conocer a alguien y generar confianza.

- “Es realmente bueno conocerte/verte de nuevo.”
- “¿Qué te gustaría que supiera sobre ti y tu familia?”
- “¿Qué te resultaría útil saber sobre mí y mi papel aquí?”
- “¿Qué va bien en tu vida? ¿Qué inquietudes tienes, si las hubiera?”
- “¿Cuáles son algunas de tus esperanzas relacionadas con el bienestar de tu familia?”

**Enfoque:** descubrir juntos de qué hablar y explorar.

- “¿En qué te gustaría que nos centremos durante nuestro tiempo juntos/as hoy?”
- “¿Qué tienes en mente que te gustaría que nos aseguremos que cubramos hoy?”
- “Has mencionado X, Y y Z. ¿Por dónde te gustaría empezar?”
- “Parece que te sientes un poco atascado/a. ¿Podríamos explorar eso un poco y ver qué camino tomar juntos/as?”
- “¿Estaría bien si analizáramos más detenidamente tu relación con tus hijos?”
- “¿Cómo podríamos reducir eso un poco?”



**Evocación:** explorar la ambivalencia y extraer el propio deseo, las razones, la capacidad y la necesidad de cambio de la persona (*ejemplo: ser padre/madre como enfoque*).

- “¿Cómo te gustaría que fueran las cosas para ti y tus hijos/as?”
- “¿Cómo te afectan a ti y a tu familia los arrebatos de ira?”
- “¿Qué preocupaciones, si las hubiera, tienes acerca de gritarles a tus hijos/as y el impacto en ellos/ellas?”
- “Si decidiste asistir a las clases para padres/madres, ¿por qué querrías hacerlo?”
- “¿Qué opciones has considerado hasta ahora?”
- “Dado todo lo que hay en tu vida, ¿qué importancia tiene para ti hacer este cambio?”
- “¿Qué tan seguro/a estás de que podrías hacer este cambio si quisieras?”

**Planificación:** desarrollo de un plan de cambio específico que la persona esté dispuesta a poner en acción.

- “¿Qué crees que harás a continuación?”
- “¿Quién o qué podría ser de apoyo?”
- “¿Cómo podemos empezar a abordar lo que nos pide el tribunal?”
- “¿Qué dificultades, si las hubiera, anticipas al llevar a cabo tu plan?”
- “¿Cómo sabrás si tu plan está funcionando?”
- “¿Cómo celebrarás los éxitos a lo largo del camino?”

## ¿Cuáles son las habilidades de la Entrevista Motivacional?

La entrevista motivacional se centra en desarrollar habilidades para la entrevista. Probablemente haya recibido capacitación en algunas de estas habilidades en su educación profesional. La entrevista motivacional llama a las habilidades que siguen a continuación.

HABILIDADES	DEFINICIONES	EJEMPLOS
Preguntas abiertas	Una pregunta abierta invita al entrevistado a contarle parte de su historia. No es una respuesta de sí o no.	¿Cuéntame cuándo te enteraste de que habían llamado al DCFS por tu familia?
Afirmaciones	La retroalimentación positiva auténtica construye comprensión y relación.	Sé que no fue fácil compartir tus preocupaciones acerca de estar involucrado/a con el departamento.
Reflexiones	Reiteración de lo que les has escuchado decir, tanto en contenido como en sentimiento.	Entonces te ha preocupado que los/las niños/as escuchen y vean las peleas con tu pareja, y has estado tratando de acostarlos/as más temprano para evitar que se despierten cuando él llegue a casa.
Resumen	Reúne la información proporcionada por el entrevistado.	Te he escuchado decir que te gustaría ...

Estas habilidades requieren tiempo y práctica. Cuando se usan regularmente con intención, se vuelven mucho más naturales y fáciles de usar en una conversación.



## Equilibrio de las decisiones

**Ambivalencia** se refiere al dilema de ser arrastrado o empujado en direcciones opuestas al mismo tiempo. En pocas palabras, la ambivalencia es sentirse de dos maneras acerca de algo. Esta incertidumbre es completamente normal y ocurre de manera tan predecible como cuando sale el sol. No es patológico, ni es un signo de negación ni de resistencia. La ambivalencia es simplemente una parte del proceso de cambio, algo que debe reconocerse y explorarse para ayudar a las personas a superarlo.

Cada vez que se nos presenta una decisión, la persona siente al menos ambivalencia: dos o más formas de cambiar. ¿Es esto importante para mí? Incluso si lo es, ¿tengo la confianza para hacer esto? ¿Es esto una prioridad para mí y mi familia? Si es así, ¿es ahora el momento? ¿Es este el plan adecuado para mí? Equilibramos los “pros y los contras”, lo bueno y lo no tan bueno de las posibilidades dentro de nosotros y frente a nosotros. Esto se conoce como “equilibrio de las decisiones” y se describe en el siguiente gráfico. Esta herramienta se puede utilizar con la persona a medida que trabaja a través de su ambivalencia hacia el discurso de cambio.

<b>¿Qué ganaré si no hago este cambio?</b>	<b>¿Qué perderé si no hago este cambio?</b>
<b>¿Qué perderé si hago este cambio?</b>	<b>¿Qué ganaré si hago este cambio?</b>

## Discurso de cambio

El discurso de cambio se describe como “cualquier lenguaje individual que favorezca el movimiento hacia un objetivo de cambio particular” (Miller y Rollnick, 2013, pág. 406). El discurso de cambio es un ingrediente activador crucial en el proceso de cambio, al igual que la levadura lo es con la masa. Como señalan Miller y Rose (2009), “la solidez del discurso de cambio preparatorio predice la solidez posterior del compromiso y se ha demostrado que ambos predicen resultados individuales”.

Es importante cultivar los siete tipos de discursos sobre el cambio. Podemos pensar en cualquier cambio que hayamos realizado en nuestras vidas. Comenzó pensando y hablando sobre lo que era importante para nosotros y lo que nos sentíamos capaces de hacer y a esto lo llamamos discurso de cambio “preparatorio”. Hablamos de lo que queremos, si creemos que podemos, por qué es importante para nosotros y qué lo convierte en una prioridad.

Al principio del proceso de cambio, es probable que escuchemos el discurso de cambio preparatorio en el que las personas contemplan o “prueban” la posibilidad de cambio. Esto se expresa en declaraciones de querer cambiar, poder cambiar, tener razones para cambiar y tener una necesidad o sentido de urgencia para cambiar.

Con el tiempo, es probable que el discurso de cambio preparatorio evolucione hacia un discurso de cambio movilizador en el que el cambio esté empezando a “cobrar fuerza”. El discurso de cambio movilizador se refleja en declaraciones que expresan el compromiso con el cambio, la disposición a actuar y la información sobre algunos pasos iniciales para implementar el cambio.

Con esa base, podemos comenzar a hablar de cómo nos vemos avanzando: qué estamos dispuestos a comprometernos a hacer, cómo nos prepararemos para tener éxito y qué pasos nos vemos dando. A esto lo llamamos discurso de cambio “movilizador”, ya que pone en marcha lo que hemos dicho que es importante para nosotros y lo que creemos que podemos hacer.

El discurso de cambio es un lenguaje de cualquier tipo que apunta en la dirección del cambio relacionado con un enfoque particular. El discurso estacionario es un discurso que apunta a permanecer igual o al statu quo.

## ¿Por qué es importante el discurso de cambio?

En la entrevista motivacional, evocar y centrarse en el lenguaje que apoya el cambio ayuda a las personas a medida que se vuelven más abiertas al cambio, piensan positivamente sobre él, están dispuestas a pensar cómo sería la vida si cambiaran y eventualmente implementaran el cambio. La MI funciona según el principio basado en la investigación de que cuanto más alguien hable significativamente sobre el cambio, más probable será que ocurra.

A medida que una persona ofrece cada vez más discursos de cambio que discursos estacionarios, la probabilidad de cambio aumenta. De manera similar, las probabilidades de cambio mejoran a medida que las personas se vuelven menos generales y más específicas acerca de por qué, cuándo, dónde y cómo podrían cambiar.

Sin embargo, el discurso de cambio no siempre es fácil de evocar o identificar. A menudo, va unido al lenguaje sobre mantener las cosas igual o no cambiar, lo que se denomina discurso estacionario. Cuando escuchamos discursos estacionarios, no debemos ignorarlos. En cambio, reconocemos las partes más importantes del discurso estacionario, para que la persona sepa que la entendemos. También nos esforzamos por asegurarnos de no aumentar el discurso estacionario adoptando una postura de confrontación.

A menudo, el simple hecho de reconocer el discurso estacionario de las personas puede sacar a la luz el otro lado de su ambivalencia. En otras palabras, puede provocar discursos de cambio. En la entrevista motivacional, generalmente es mejor centrar la mayor parte de la atención en el discurso de cambio.



Incluso cuando alguien apenas insinúa la posibilidad de cambio o expresa solo una mínima preocupación por el statu quo, vale la pena explorar estas “semillas de mostaza” de posible cambio. Una afirmación como “No me preocupa mucho gritarles a mis hijos/as” todavía deja la puerta abierta a la posibilidad de responder con una reflexión de: “De vez en cuando te preguntas cómo te comunicas con tus hijos/as”.

No es de extrañar que las personas a menudo combinen un discurso de cambio con un discurso estacionario en la misma declaración: una expresión clásica de ambivalencia. A menudo suena como “Quiero cambiar, pero...” o “No veo el sentido, pero tal vez...” Cualquier afirmación que contenga alguna expresión de apertura al cambio se considera un discurso de cambio desde una perspectiva de la MI. Tales declaraciones, por evasivas que sean, aún dejan espacio para una mayor exploración.

### ¿Y qué pasa con la discordia?

En las primeras ediciones del texto de la MI, Miller y Rollnick usaron la palabra “resistencia” para describir el discurso o el movimiento de una persona que no estaba en la dirección del cambio. Se habían sentido cada vez más incómodos con la palabra (colocaba el lugar y la responsabilidad del fenómeno dentro de la persona atendida) como si se culpaba a la persona de ser “difícil”. Patologizó la renuencia de una persona (una parte perfectamente normal y natural del proceso de cambio), así como la comprensible respuesta interpersonal de una persona al/a la profesional o contexto de bienestar infantil.

En 2013, con la tercera edición del texto de la MI, Miller y Rollnick introdujeron palabras que describían con mayor precisión la renuencia ante el cambio (“discurso estacionario”) y representaban mejor la falta de armonía interpersonal (“discordia”). El discurso estacionario se refiere al comportamiento o cambio deseado. La discordia se trata de nuestra relación con la persona a la que servimos.

¿QUÉ ESTOY ESCUCHANDO?		
DISCURSO DE CAMBIO	DISCORDIA	DISCURSO ESTACIONARIO
Declaraciones que apoyan el cambio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quiero ...</li> <li>• Podría cambiar ...</li> <li>• Necesito ...</li> <li>• Estoy listo/a para ...</li> </ul>	Dificultades interpersonales entre el/la ayudante y el/la cliente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud defensiva</li> <li>• Discusión</li> <li>• Interrupción</li> <li>• Desconexión</li> <li>• Desafío</li> </ul>	Declaraciones que apoyan el statu quo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No quiero ...</li> <li>• No veo cómo podría cambiar ...</li> <li>• No necesito ...</li> <li>• No estoy listo/a para ...</li> </ul>

◀..... "RESISTENCIA" DECONSTRUIDA .....▶

## Señales de discordia:

- **Defensa:** sentir la necesidad de defenderse (culpando, minimizando, justificando, etc.) puede surgir de una amenaza percibida a la renuencia declarada al cambio e incluso a su experiencia, integridad, autonomía o autoestima.
- **Enfrentamiento, discusión o desafío:** una postura de oposición muestra que la persona nos ve más como un adversario que como un/a socio/a para el cambio.
- **Interrupción:** si estamos hablando unos por encima de otros, nadie escucha y seguramente la persona no se siente escuchada ni comprendida.
- **Desconexión:** falta de atención, distracción, ignorar, buscar la salida de emergencia y no presentarse.
- **Estar de acuerdo:** si bien esto puede ser una forma de discordia más sutil y socialmente aceptable, estar de acuerdo por estar de acuerdo tiene la cualidad de decir sí por fuera y significar no por dentro; no podemos estar en la misma página; el cambio exclusivamente de cumplimiento es otra manifestación de esto.

*Nota: Las señales de discordia son culturalmente relativas; lo que puede indicar una ruptura en la alianza de trabajo en una cultura o subcultura puede no serlo en otra. También puede haber diferencias culturales a la hora de expresar discordia.*

## Preguntas de reflexión:

¿Dónde has encontrado que esto es cierto en tu propio trabajo?

## Discordia en los cuatro procesos de la Entrevista Motivacional:

- **Discordia en la participación:** las experiencias previas en la búsqueda de servicios (como la coacción, las expectativas, la baja empatía del/de la profesional de bienestar infantil) pueden afectar la forma en que una persona ingresa a nuestros encuentros y pueden ser una dificultad inmediata para formar una alianza con nosotros; la confrontación y otros obstáculos conversacionales; la “trampa de los expertos” donde asumimos que tenemos la experiencia exclusiva y necesaria para apoyar a la persona; la “trampa de la evaluación” donde priorizamos la recopilación de datos y hechos o la recopilación de antecedentes sobre la comprensión de la persona; la “trampa de preguntas y respuestas” en la que colocamos a la persona en la posición de proporcionar respuestas a nuestras consultas centradas en los/las profesionales del bienestar infantil.
- **Discordia en el enfoque:** desacuerdos sobre qué hablar y los objetivos del cambio; ver a la persona solo a través del lente del “problema” que se presenta; la “trampa del enfoque prematuro” donde el/la profesional de bienestar infantil presiona demasiado pronto hacia un objetivo que la persona aún no comparte.
- **Discordia en la evocación:** empujar demasiado pronto o en una dirección para la cual la persona no está preparada; el “reflejo de corrección” donde el profesional de bienestar infantil intenta solucionar el problema o instalar razones, soluciones, confianza, etc., en la persona.
- **Discordia en la planificación:** hacerse cargo del proceso de cambio; dirigir en lugar de guiar; presentar información y soluciones sin colaboración ni apoyo autónomo.

Cuando haya discordia, tendremos que estar especialmente atentos a traer a la conversación nuestro mejor y más consistente MI personal; también puede ser el momento en el que nos resulte más desafiante (incluso difícil) dar lo mejor de nosotros. Los estudios han demostrado un efecto recíproco entre los encuentros desafiantes y la tentación de los/las profesionales de bienestar infantil de confrontar o utilizar otros obstáculos conversacionales.

## Cómo identificar el discurso de cambio

Miller y Rollnick (2013) describen varios tipos de discurso de cambio que comúnmente surgen en las conversaciones de la MI. Cada tipo representa una dimensión diferente de motivación, algunas de las cuales tienen mayor solidez que otras. Estas dimensiones a menudo se describen en el lenguaje cotidiano como “estar preparado, dispuesto y capaz”. Con base en la investigación de varios lingüistas, se incluyen dimensiones adicionales en la MI que forman el acrónimo: **DARN-CATS**.

### Discurso de cambio preparatorio: DARN

**Desire (Deseo):** quiero, me gustaría, deseo y espero.

**Ability (Capacidad):** puedo, pude y soy capaz de.

**Reasons (Razones):** me ayudaría y estaría mejor si.

**Need (Necesidad):** necesito, tengo que y algo tiene que cambiar.

### Discurso de cambio movilizador: CATS

**Commitment (Compromiso):** lo haré, prometo y te doy mi palabra.

**Activation (Activación):** estoy dispuesto a, estoy listo y estoy preparado para hacerlo.

**Taking Steps (Dar pasos):** me inscribí en, evité, contacté, compré y fui.

## Cómo evocar el discurso de cambio

### Haga preguntas abiertas:

- ¿Qué te preocupa de tu situación actual?
- ¿Por qué querrías hacer este cambio?
- ¿Cómo podrías hacerlo para tener éxito?

### Use una regla de medición:

- Ejemplo de importancia: En una escala de 0 a 10, ¿qué importancia tiene para ti realizar este cambio?

REGLA DE MEDICIÓN DE LA PREPARACIÓN: ¿Qué tan importante es este cambio para ti en este momento?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No			Un poco					Muy		

- ¿Cuéntame sobre estar en \_\_\_\_\_ en comparación con (varios números menos)?
- Ejemplo de confianza: En una escala de 0 a 10, ¿qué tan seguro/a estás de poder realizar este cambio? ¿Qué necesitarías para convertirlo en \_\_\_\_\_ (número mayor)?

### **Exploración de los extremos:**

- ¿Qué es lo que más te preocupa absolutamente de \_\_\_\_\_?
- ¿Cuáles son los mejores resultados que podrías imaginar si hicieras un cambio?

### **Mirando hacia atrás:**

- Cuéntame sobre otras cosas difíciles que hayas podido hacer y cómo puedes utilizar algunas de esas habilidades aquí.

### **Mirando hacia adelante:**

- ¿Cómo te gustaría que las cosas fueran diferentes en el futuro con respecto a \_\_\_\_\_?

### **Exploración de metas y valores:**

- ¿Qué es lo que más valoras en la vida?
- ¿Cuáles son tus razones más importantes para querer cumplir con estas condiciones judiciales?
- ¿Cómo encajan tus comportamientos actuales con tus objetivos más importantes?
- ¿Cómo encaja esto con quién quieres ser como padre/madre?

### **Cómo documentar los procesos clave de la Entrevista Motivacional:**

Se requiere documentación para capturar las actividades asociadas con la Entrevista Motivacional en estas cuatro áreas de proceso:

- Participación: en una relación de trabajo a través de la escucha y la comprensión.
- Enfoque: en un propósito compartido sobre lo que se debe cambiar.
- Evocación: ideas y motivaciones de las personas para explorar la ambivalencia y comprender su propio "por qué" y "poder" del cambio del comportamiento.
- Planificación: para el cambio, dirigida por personas de una manera que resalte sus fortalezas, valores y experiencia.

Al documentar el proceso de la MI, es importante incluir información en la descripción narrativa que aborde las siguientes preguntas.

#### **Participación**

- ¿Qué tan cómoda se siente esta persona al hablar conmigo?
- ¿Qué tan comprensivo/a y útil estoy siendo?
- ¿Entiendo la perspectiva y las preocupaciones de esta persona?
- ¿La persona parece sentirse escuchada y comprendida?
- ¿Le estoy mostrando a la persona que importa y que tiene un valor absoluto?
- ¿Estoy respetando y enfatizando la autonomía de la persona?
- ¿Qué tan cómodo/a me siento en esta conversación?

- ¿Se siente esto como una asociación colaborativa?
- ¿Qué tipo de atmósfera estoy poniendo a disposición para que esta persona pueda compartir conmigo de forma segura?
- ¿Cuáles son algunas de las cosas que estoy haciendo bien para relacionarme con esta persona?

*Ejemplo de descripción narrativa de participación: los Servicios de Bienestar Infantil (Child Welfare Services, CWS) se comunicaron para ver cómo iban las cosas con la madre, Samantha. Los CWS estuvieron abiertos a escuchar sobre el estrés y muchas prioridades que está experimentando la madre. Los CWS ofrecieron reflexiones de apoyo. Le preguntaron a la madre cómo estaba manejando la situación. Ella proporcionó ejemplos y los CWS los reflejaron y afirmaron su exitoso manejo del estrés que está experimentando.*

### **Enfoque**

- ¿Qué objetivos de cambio tiene realmente esta persona?
- ¿Tengo diferentes aspiraciones de cambio para esta persona?
- ¿Estamos trabajando juntos/as con un propósito común?
- ¿Se siente que avanzamos juntos/as y no en direcciones diferentes?
- ¿Tengo una idea clara de hacia dónde vamos?
- ¿Se siente más como bailar o luchar?

*Ejemplo de descripción narrativa de enfoque: la madre, Samantha, tenía muchas prioridades: transporte, reuniones de recuperación, clases de crianza, apoyo social positivo y seguir teniendo resultados negativos de detección de sustancias. Todo esto salió a la luz y los CWS utilizaron un equilibrio de decisiones para ayudarla a tomar una decisión sobre dónde quería comenzar.*

### **Evocación**

- ¿Cuáles son las razones del cambio de esta persona?
- ¿Alguna renuencia se debe más a la confianza o a la importancia del cambio?
- ¿Qué discurso de cambio estoy escuchando?
- ¿Le estoy mostrando a la persona que escucho su discurso de cambio?
- ¿Estoy alentando su discurso de cambio?
- ¿Estoy dirigiendo demasiado lejos o demasiado rápido en una dirección particular?
- ¿El reflejo de corrección me está empujando a ser quien defiende el cambio?

*Ejemplo de descripción narrativa de evocación: los CWS reconocieron la gran cantidad de cambios que ha realizado la madre. Reflexionaron que la madre había traído personas positivas a su vida y afirmaron sus esfuerzos. Asimismo, reflexionaron sobre las razones que ella ofreció para continuar con sus cambios, para hacerlos realidad y tener en cuenta sus objetivos. Los CWS hicieron preguntas sobre mirar hacia atrás y mirar hacia adelante para evocar el motivo del cambio de la madre.*

### **Planificación**

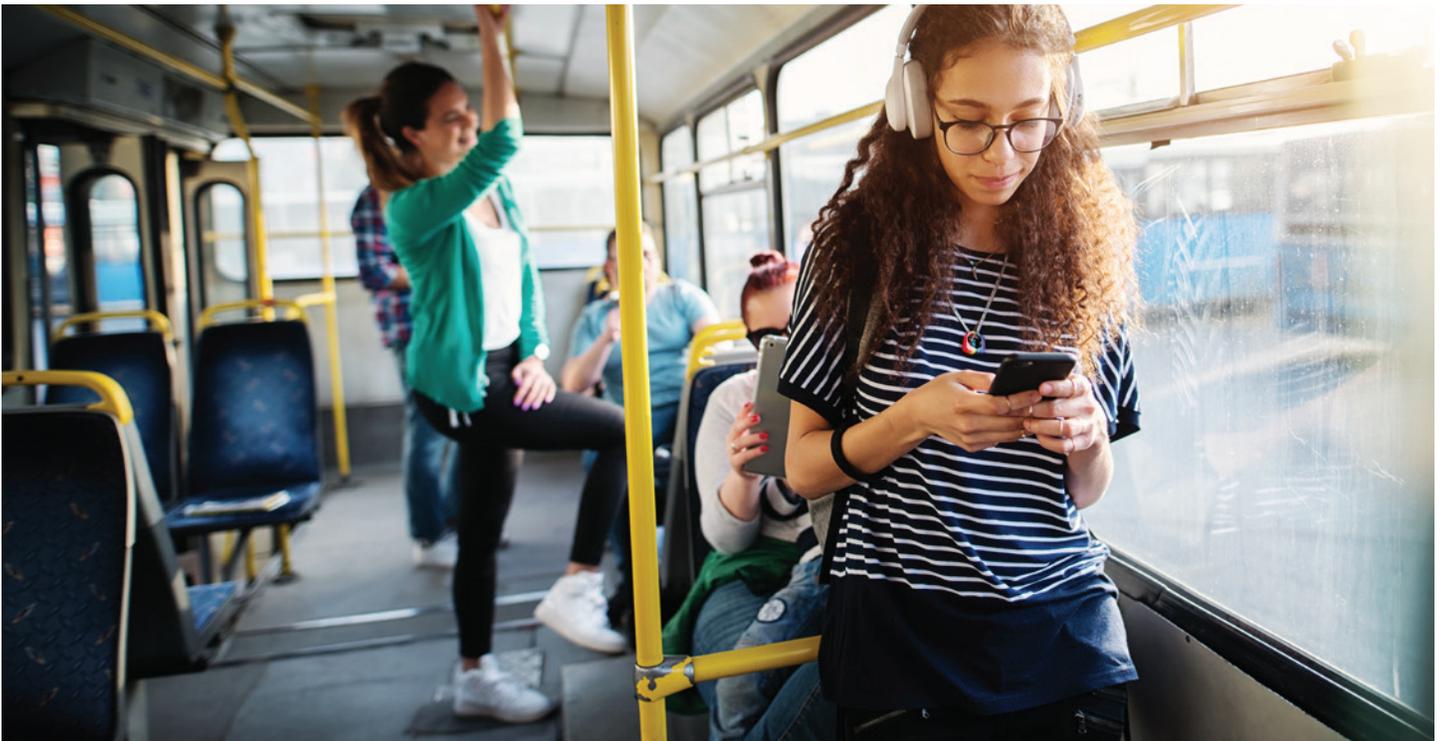
- ¿Cuál sería el próximo paso razonable identificado por la persona hacia el cambio?
- ¿Qué sería de apoyo para esta persona para seguir adelante?
- ¿Qué ideas tiene la persona para seguir adelante?

- Si creo que la información o las opciones serían de apoyo, ¿pedí permiso para ofrecerlas y ver qué piensa la persona?
- ¿Estoy ofreciendo información o asesoramiento necesarios o solicitados con permiso y apoyo autónomo?
- ¿Estoy recordando evocar un plan en lugar de prescribirlo?
- ¿Mantengo una sensación de curiosidad silenciosa sobre qué funcionará mejor para esta persona?

*Ejemplo de descripción narrativa de planificación: la madre pidió información sobre cómo cumplir con sus condiciones judiciales. Los CWS ofrecieron detalles sobre lo que podría estar esperando el juez. Le preguntaron a la madre cómo procederá en las próximas semanas. Esto la ayudó a priorizar. Los CWS reflejaron los pasos específicos que la madre indicó que planeaba dar para comenzar con las clases de crianza, hacerse las pruebas y tratar de llegar a las reuniones de recuperación. Los CWS afirmaron las cosas que ella ya había hecho. La madre expresó su preocupación por no poder seguir teniendo éxito. Los CWS reflejaron las razones y los valores que ella dijo que eran importantes para ella. Los CWS le pidieron que explicara cómo ella avanzará antes de nuestra próxima reunión.*

**Tenga en cuenta cualquier discordia y cómo se resolvió:**

*Ejemplo de descripción narrativa de discordia: la madre, Samantha, estaba realmente abrumada cuando se sentó, parecía enojada. Los CWS la apoyaron y reflejaron su frustración y sus muchas prioridades. Cuando la madre pidió ayuda y apoyo, los CWS ofrecieron ideas que podrían satisfacer sus necesidades. Los CWS pidieron permiso para ofrecerle información y conseguirle los boletos de autobús. Afirmaron lo que había estado haciendo bien y apoyaron su autonomía para decidir de qué hablar, lo que redujo la discordia.*



## Consideraciones para los/las supervisores/as

- Fomento de la participación en oportunidades de capacitación introductoria y avanzada de la MI programadas periódicamente (asegurando que los/las participantes estén asignados/as a un círculo de aprendizaje continuo o que ya formen parte de él).
- Fomento del aprendizaje por iniciativa propia proporcionando recursos como libros de MI, libros electrónicos, artículos, cintas de capacitación, ejercicios de desarrollo de habilidades y otras herramientas de aprendizaje.
- Colaboración con otros/as profesionales capacitados/as en MI.
- En las sesiones de supervisión, revisión periódica del progreso del personal en el desarrollo de habilidades de MI.
- Inclusión del desarrollo de habilidades de MI como un objetivo de desarrollo profesional para todos los/las profesionales de bienestar infantil en sus planes de desempeño laboral.
- Creación de recordatorios visuales relacionados con la MI (carteles, señalizaciones, botones y reglas de medición de importancia y confianza).
- Utilización de equipos para foros de debate sobre la MI en línea dentro de su agencia.

*¡Inicie sus propias ideas de inspiración!*

## Resumen

Es importante que usted, como profesional de bienestar infantil, se relacione con la persona como un/a socio/a igualitario y se abstenga de decirle qué hacer o de brindarle consejos no solicitados, confrontarla, instruirla, dirigirla o advertirle. La MI no es una forma de “conseguir que las personas cambien” ni un conjunto de técnicas para imponer en la conversación. La MI requiere tiempo y práctica, y requiere autoconciencia y disciplina por parte del/de la profesional clínico/a (Miller y Rollnick, 2009).

La MI incluye un estilo guía de comunicación que vive entre seguir (escuchar bien) y dirigir (dar información y consejos).

## El espíritu de la MI incluye:

**Asociación.** La MI es un proceso colaborativo. El/la practicante de la IM es un/a experto/a en apoyar a las personas mientras cambian; las personas son expertas en sus propias vidas.

**Aceptación.** El/la practicante de la IM adopta una postura sin prejuicios, busca comprender las perspectivas y las experiencias de la persona, expresa empatía, resalta las fortalezas y respeta el derecho de una persona a tomar decisiones informadas sobre cambiar o no cambiar.

**Compasión.** El/la practicante de la MI promueve y prioriza activamente el bienestar de los clientes de manera desinteresada.

**Evocación.** Las personas tienen dentro de sí mismas los recursos y las habilidades necesarios para el cambio. La MI extrae las prioridades, los valores y la sabiduría de la persona para explorar las razones del cambio y apoyar el éxito.

## El proceso de la MI incluye:

**Participación:** Esta es la base de la MI. El objetivo es establecer una relación de trabajo productiva a través de una escucha atenta para comprender y reflejar con precisión la experiencia y la perspectiva de la persona al mismo tiempo que se afirman las fortalezas y se apoya la autonomía.

**Enfoque:** En este proceso se negocia una agenda que recurre a la experiencia tanto del/de la cliente como del experto practicante para acordar un propósito compartido, lo que le da al/a la profesional clínico/a permiso para iniciar una conversación direccional sobre el cambio.

**Evocación:** En este proceso, el/la profesional clínico/a explora y apoya sutilmente a la persona mientras construye su propio “por qué” del cambio mediante la obtención de las ideas y motivaciones del/de la cliente. La ambivalencia se normaliza, se explora sin juzgar y, como resultado, puede resolverse. Este proceso requiere una atención hábil al discurso de la persona sobre el cambio.

**Planificación:** La planificación explora el “cómo” del cambio, donde el/la practicante de la MI apoya a la persona para consolidar el compromiso con el cambio y desarrollar un plan basado en los propios conocimientos y experiencia de la persona. Este proceso es opcional y puede no ser necesario, pero si lo es, el momento oportuno y la preparación del/de la cliente para la planificación son importantes.

## Habilidades de la Entrevista Motivacional:

**Las preguntas abiertas** extraen y exploran las experiencias, perspectivas e ideas de la persona. Las preguntas evocadoras guían al cliente a reflexionar sobre cómo el cambio puede ser significativo o posible. La información a menudo se ofrece dentro de una estructura de preguntas abiertas (obtener-proporcionar-obtener) que primero explora lo que la persona ya sabe, luego pide permiso para ofrecer lo que el practicante sabe y luego explora la respuesta de la persona.

**La afirmación** de las fortalezas, los esfuerzos y los éxitos pasados ayuda a desarrollar la esperanza y la confianza de la persona en su capacidad para cambiar.

Las reflexiones se basan en escuchar atentamente y tratar de comprender lo que la persona dice repitiendo, reformulando u ofreciendo una suposición más profunda sobre lo que la persona está tratando de comunicar. Esta es una habilidad fundamental de la MI y de cómo expresamos empatía.

**El resumen** garantiza una comprensión compartida y refuerza los puntos clave planteados por el/la cliente.

## Discurso de cambio, discurso estacionario y ambivalencia

Miller y Rollnick (2013) describen varios tipos de discurso de cambio que comúnmente surgen en las conversaciones de la MI. Cada tipo representa una dimensión diferente de motivación, algunas de las cuales tienen mayor solidez que otras. Estas dimensiones a menudo se describen en el lenguaje cotidiano como “estar preparado, dispuesto y capaz”. Con base en la investigación de varios lingüistas, se incluyen dimensiones adicionales en la MI que forman el acrónimo: **DARN-CATS**.

Discurso de cambio preparatorio: **DARN**

**Desire** (Deseo): quiero, me gustaría, deseo y espero.

**Ability** (Capacidad): puedo, pude y soy capaz de.

**Reasons** (Razones): me ayudaría y estaría mejor si.

**Need** (Necesidad): necesito, tengo que y algo tiene que cambiar.

Discurso de cambio movilizador: **CATS**

**Commitment** (Compromiso): lo haré, prometo y te doy mi palabra.

**Activation** (Activación): estoy dispuesto a, estoy listo y estoy preparado para hacerlo.

**Taking Steps** (Dar pasos): me inscribí en, evité, contacté, compré y fui.

## ESPIRITU DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Participación • Enfoque • Evolución • Planificación

Preguntas Abiertas

Afirmaciones

Reflexiones

Resúmenes

Deseo

Capacidad

Motivo

Necesidad

Compromiso

Activación

Dar Pasos

### Bibliografía

- Miller, W.R. y T.B. Moyers (2017) Motivational Interviewing and the clinical science of Carl Rogers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85(8), 757-766.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (2013) Motivational Interviewing: Helping people to change (tercera edición). Guilford Press.
- Miller & Rollnick (2017) Ten things MI is not Miller, W.R. & Rollnick, S. (2009) Ten things that MI is not. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 37, 129-140.

# Sección 7: Coordinación de la atención

## Resumen

Anteriormente, analizamos las listas de necesidades e intervenciones que pueden surgir del proceso de evaluación. Sabemos que es fundamental planificar estas remisiones para que la familia no se vea sobrecargada por los requisitos de demasiadas cosas al mismo tiempo. Otra práctica central que será esencial para los resultados del caso es la coordinación de estas intervenciones, que se logra mejor a través de Reuniones del equipo de niño/as y familias.

## ¿Qué es el proceso de la reunión del equipo de niños/as y familias (CFTM)?

Las Reuniones del equipo de niños/as y familias son una parte importante del proceso de bienestar infantil en el trabajo de Illinois con las familias. Estas reuniones brindan una oportunidad para que las familias y sus apoyos se comuniquen y trabajen juntos de manera efectiva para satisfacer las necesidades del/de la niño/a y la familia. La Reunión del equipo de niños/as y familias (Child and Family Team Meeting, CFTM) reúne a la familia, tal como la define la familia; apoyos naturales como amigos/as, vecinos/as y miembros de la iglesia; y recursos formales como terapeutas, trabajadores/as sociales y agentes de libertad condicional. El propósito de la CFTM es abordar las necesidades identificadas por la familia, aprovechar sus fortalezas y desarrollar un plan para lograr sus metas con el apoyo de su equipo.

## ¿Por qué son importantes las reuniones del equipo de niño/as y familias?

- Las CFTM se basan en las fortalezas de la familia y al mismo tiempo satisfacen sus necesidades.
- Las familias son las expertas por sí mismas.
- Las familias merecen ser tratadas con dignidad y respeto.
- Las familias pueden tomar decisiones bien informadas sobre cómo mantener seguros/as a sus hijos/as cuando cuentan con apoyo.

- Los resultados mejoran cuando las familias participan en la toma de decisiones.
- Un equipo suele ser más capaz de tomar decisiones creativas y de mayor calidad que una persona.
- Las CFTM ayudan a poner fin a la necesidad de participación del DCFS.

## ¿Quién viene a la reunión?

La familia explorará a quién les gustaría invitar a la CFTM con el apoyo de su trabajador/a de bienestar infantil. La reunión debe involucrar a quien la familia define como familia. Los/las miembros del equipo que pueden ser invitados/as incluyen apoyos naturales como pastores, abuelos/as, hermanos/as y amigos/as; y apoyos formales como terapeutas, maestros/as y consejeros/as.



## Partes interesadas de Family First

Programas Familiares Casey (Casey Family Programs)  
Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services)  
Departamento de Salud Pública (Department of Public Health)  
Aunt Martha's  
Children's Home and Aid Society (Hogar de Niños/as y Sociedad de Ayuda)  
Hephzibah Homes  
Illinois Collaboration on Youth (ICOY) (Colaboración de Illinois sobre la juventud)  
Ounce of Prevention  
Lawrence Hall You Services  
Allendale For Kids (Allendale para niños/as)  
Caritas Family Solutions  
Omni Youth Services (Servicios juveniles Omni)  
Maryville Academy (Academia Maryville)  
Lutheran Child and Family Services (Servicios luteranos para niños/as y familias)  
Kaleidoscope

Universidad del Noroeste (Northwestern University)  
Chapin Hall  
Center for Youth and Family Solutions (Centro de soluciones para jóvenes y familias)  
Center for Law and Social Work (CLSW) (Centro de Derecho y Trabajo Social)  
Office of the Public Guardian (Oficina del Tutor Público)  
Administrative Office of the Illinois Courts (Oficina Administrativa de los Tribunales de Illinois)  
Judge Valerie Ceckowski (Jueza Valerie Ceckowski)  
Lake County (Condado de Lake)  
Judge Martin Mengarelli Madison County (Juez Martin Mengarelli del Condado de Madison)  
HealthCare and Family Services (Atención médica y servicios familiares)  
University of Illinois at Champaign (Universidad de Illinois en Champaign)  
Substance Use Prevention & Recovery (SUPR) (Prevención y recuperación del consumo de sustancias)

Little City Foundation (Fundación Little City)  
Cunningham Children's Home (Hogar de Niños/as de Cunningham)  
Let it Be Us  
Nexus  
Ada S. McKinley  
Spero Family Services (Servicios Familiares Spero)  
UCP Seguin  
Thresholds  
Garden of Prayer Youth Center (Centro Juvenil Jardín de Oración)  
Luther Social Services of Illinois (Servicios Sociales Luteranos de Illinois)  
Chaddock  
Easter Seals  
Pathways  
Hoyleton  
UHS Inc.

