

Curso 2020 / 2021

Diseño de un Programa de Educación para la Salud:

**DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN TEMPRANA DESDE
LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS MENORES EN SITUACIÓN
DE DESPROTECCIÓN**

Lorea Medina Balenciaga

RESUMEN

Introducción: Las situaciones de desprotección infantil se producen cuando un menor tiene necesidades básicas sin satisfacer, sufre o se encuentra en riesgo de sufrir un daño físico y/o emocional severo, como consecuencia del comportamiento de sus padres o cuidadores. La fase de actuación para una detección precoz e intervención temprana en los casos de desprotección infantil es crucial. Los diferentes sistemas y/o agentes profesionales implicados en este proceso deben estar correctamente formados, siendo esencial identificar los indicadores y notificar la situación.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es diseñar un Programa de Educación para la Salud (EpS) para la detección precoz e intervención temprana de los menores en riesgo de desprotección desde la atención primaria en los Centros de Salud de Osakidetza.

Metodología: Con el fin de contextualizar el tema a tratar y realizar una justificación basada en evidencias científicas, se realizó una revisión narrativa a través de una búsqueda bibliográfica. Para adecuar la estructura y las intervenciones del Programa, se han empleado diferentes guías relacionadas con la Educación para la Salud.

Planificación: En la planificación de este Programa, se han propuesto objetivos, una metodología pedagógica, así como contenidos educativos y los recursos organizativos y materiales necesarios adaptados al contexto.

Evaluación y seguimiento: Mediante diferentes cuestionarios, se pretenden obtener datos que permitan evaluar la estructura del Programa, el proceso de desarrollo y los resultados, para poder así realizar mejoras en el proyecto.

Aportación personal: La desprotección de menores es un tema tan delicado, así como complejo de gestionar en algunos casos, que darle visibilidad y encuadre es muy importante e imprescindible. Además, también es esencial el trabajo mediante equipos multidisciplinares, formados por todos los profesionales de salud que forman la red en torno a un menor que necesita una atención integral.

Palabras clave: Desprotección, menores, Educación para la Salud, intervención temprana, atención de enfermería, indicadores de maltrato infantil.

ÍNDICE

1.	<i>INTRODUCCIÓN</i>	1
1.1	Justificación	8
2.	<i>OBJETIVOS</i>	10
3.	<i>METODOLOGÍA</i>	10
4.	<i>PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE EpS</i>	12
4.1	Descripción y formas de captación del grupo diana (GD)	12
4.2	Formulación de los objetivos pedagógicos	14
4.3	Sesiones, contenidos educativos y técnicas pedagógicas	14
5.	<i>RECURSOS NECESARIOS PARA EL PROGRAMA DE EpS</i>	19
6.	<i>EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE EpS</i>	19
7.	<i>RESUMEN DEL PROGRAMA DE EpS</i>	21
8.	<i>APORTACIÓN PERSONAL</i>	22
9.	<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	24
10.	<i>ANEXOS</i>	28
10.1	ANEXO I: TRÍPTICO DE PROMOCIÓN DEL PROGRAMA DE EPS.	28
10.2	ANEXO II: CARTEL DE PROMOCIÓN PARA EL PROGRAMA DE EPS.....	29
10.3	ANEXO III: EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS	30
10.4	ANEXO IV: EVALUACIÓN PREVIA (INQUIETUDES Y EXPECTATIVAS)	33
10.5	ANEXO V: PAUTAS DE COMPORTAMIENTO (FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA). ...	34
10.6	ANEXO VI: HOJA DE FIRMAS PARA EVALUAR LA ASISTENCIA	35
10.7	ANEXO VII: EVALUACIÓN CONTINUA DEL PROCESO Y LA ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE EpS.....	37
10.8	ANEXO VIII: ACTIVIDAD TIPOLOGIAS.....	39
10.9	ANEXO IX: ANÁLISIS DE UN CASO REAL.....	49
10.10	ANEXO X: ANÁLISIS DE CASOS	53

10.11 ANEXO XI: PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE POSIBLES SITUACIONES DE RIESGO O DESPROTECCIÓN INFANTIL.....	56
--	-----------

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Descriptores utilizados. Fuente: Elaboración propia.....	10
Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: Elaboración propia.	11
Tabla3: EB para la obtención de artículos. Fuente: Elaboración propia.	12
Tabla 4: Sesiones y objetivos a trabajar. Fuente: Elaboración propia.....	15
Tabla 5: Objetivos, contenidos, actividades y técnicas pedagógicas de la 1ª sesión. Elaboración propia.....	16
Tabla 6: Objetivos, contenidos, actividades y técnicas pedagógicas de la segunda sesión. Fuente: Elaboración propia.....	17
Tabla 7: Objetivos, contenidos, actividades y técnicas pedagógicas de la 3ª sesión. Fuente: Elaboración propia.....	18
Tabla 8. Cronograma, duración, recursos materiales, lugar y Agentes de Salud necesarios para cada sesión. Fuente: Elaboración propia.....	21
Tabla 9: Hoja de firmas. Fuente: Elaboración propia.....	35

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Prevalencia por 10.000 niños según el tipo de maltrato.	2
---	---

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

BVS: Biblioteca Virtual de la Salud.

DeCs: Descriptores en Ciencias de la Salud.

EB: Estrategias de búsqueda.

EpS: Educación para la salud.

GD: Grupo diana.

Mesh: Medical Subject Headings.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PC: Palabras clave.

SS: Servicios Sociales.

1. INTRODUCCIÓN

Las situaciones de desprotección infantil se producen cuando un niño (entendiendo por tal los menores de 18 años) tiene necesidades básicas sin satisfacer, sufre un daño físico y/o emocional severo, o se encuentra en riesgo serio de sufrir ese daño, como consecuencia del comportamiento de sus padres o cuidadores. Dicho comportamiento puede producirse por comisión (por ejemplo, agresiones físicas, verbales, sexuales) u omisión (por ejemplo, no provisión de cuidados médicos, falta de supervisión) ¹. La existencia o no de una situación de desprotección se define exclusivamente por sus consecuencias y no por sus causas. Asimismo, un niño está en riesgo de desprotección cuando: vive y se desenvuelve en entornos familiares o sociales cuyas condiciones pueden provocar un daño significativo a corto, medio y/o largo plazo en su bienestar y desarrollo ².

El maltrato infantil conlleva graves secuelas como: baja autoestima, dificultades en el apego, sentimiento de culpa, disminución del rendimiento escolar, desorden de la conducta, dificultades de socialización, alta probabilidad de repetir este tipo de conducta, etc. Dichas consecuencias se dan a corto, mediano y largo plazo. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales ^{2,3}.

Las principales tipologías de desprotección infantil en la temprana y primera infancia son: maltrato físico, negligencia (hacia necesidades físicas, necesidades de seguridad, necesidades formativas y necesidades psíquicas), maltrato y abandono emocional/psíquico y abuso sexual ^{4,5}.

Antes de entrar a hablar de cada una de las tipologías, cabe añadir que, según datos del 2014 del Sistema de Protección a la Infancia de Castilla y León, la negligencia es el tipo de maltrato más frecuente, representando el 86,4% del total de los maltratos (Véase Figura 1) ². Además, existen otros tipos de maltrato, como por ejemplo; maltrato prenatal, corrupción, explotación laboral, incapacidad parental de control de la conducta del niño o adolescente, retraso no orgánico en el desarrollo, Síndrome de Münchausen por poderes, maltrato institucional, etc ⁶.

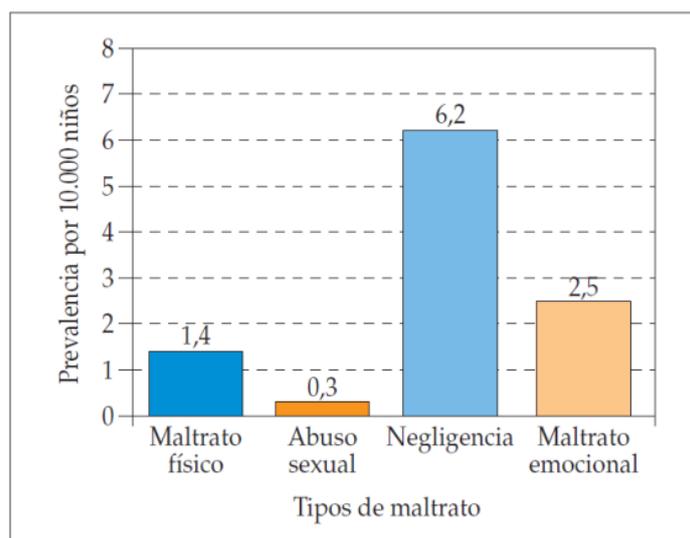


Figura 1: Prevalencia por 10.000 niños según el tipo de maltrato.

a) Maltrato físico

El maltrato físico incluye situaciones en que el niño ha sufrido un daño físico significativo o hay riesgo de que lo sufra como consecuencia directa de las agresiones de las figuras parentales. Las agresiones pueden consistir en golpes con la mano o con otras partes del cuerpo (p.ej., patadas), golpes con objetos, mordiscos, pellizcos, quemaduras, etc. Cabe destacar que la intencionalidad del agresor no influye a la hora de determinar si una determinada conducta constituye maltrato físico o no. Además, resulta de gran importancia diferenciarlo de las lesiones accidentales ⁴.

Según indican datos de 2014, del Research Institute at Nationwide Children's Hospital, más del 25% de los niños que experimentaron un supuesto episodio de lesiones no accidentales, tuvieron un episodio recurrente en el plazo de un año. Estos niños tenían más probabilidades de presentar lesiones "mayores" que en episodio anterior ⁷.

b) Negligencia

Comprende aquellas situaciones en las que "las necesidades físicas y cognitivas básicas del niño o adolescente (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, cuidados médicos, educación, estimulación cognitiva) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el menor" ¹.

c) Abuso sexual

Se define como la conducta sexual inadecuada de un adulto o adolescente hacia un niño. También puede ser cometido por una persona menor de 18 años cuando esa persona es, o significativamente mayor que la víctima, o cuando el perpetrador está en una posición de poder o control sobre el niño. El abuso sexual –cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades del abusador o abusadora- (aunque no se limita únicamente a lo descrito a continuación) abarca a: la inducción a que un niño se involucre en cualquier tipo de actividad sexual, la explotación de niños a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales, y la explotación de niños en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas ^{8,1}.

Las personas que abusan sexualmente de niños suelen ser en general personas de su entorno. Por ello, el abuso suele producirse sin hacer uso de la fuerza física, pues la persona abusadora utiliza el vínculo de confianza, autoridad o poder que ostenta ⁴.

d) Maltrato psicológico/emocional

El maltrato emocional se define como la “hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar” ⁸. A continuación se explican modos de maltrato y/o abandono emocional ⁴:

- I. Rechazo: incluye actos verbales o no verbales que rechazan o degradan al niño.
- II. Aterrorizar: incluye amenazar al niño con acciones que pretenden crearle un miedo intenso. Incluye también amenazas verbales explícitas de infligirle un daño físico grave.
- III. Aislamiento: implica negar al niño las oportunidades para satisfacer sus necesidades de interactuar y comunicarse con iguales o con otras personas adultas dentro o fuera del hogar.
- IV. Restricción de la autonomía: implica coartar o impedir al niño alcanzar las cotas de autonomía y participación adecuadas a su edad, promoviendo o permitiendo conductas evolutivamente inapropiadas.
- V. Sobreexigencia: sometimiento al niño a una presión excesiva en cuanto a los logros (académicos, físicos, comportamentales, responsabilidades a asumir,

etc.) a alcanzar o a las responsabilidades a asumir, estando estos claramente por encima de las posibilidades y capacidades del niño dada su edad y características.

- VI. Transmisión de impredecibilidad, inestabilidad, inseguridad respecto al futuro inmediato: implicar trasladar al niño, a través de la conducta o de mensajes verbales, una grave inseguridad sobre aspectos fundamentales de su futuro inmediato (por ejemplo, alejamiento o desaparición definitiva de las figuras parentales).
- VII. Instrumentalización en conflictos de pareja: incluye la utilización activa del niño por parte de una o ambas figuras parentales para dañarse mutuamente o alejar definitivamente al niño de la otra figura parental o de otros familiares significativos.
- VIII. Exposición a situaciones de violencia de pareja o entre miembros de la unidad convivencial: incluye la exposición del niño a episodios de violencia física o violencia verbal intensa entre las personas que viven en el domicilio familiar, incluyendo violencia de pareja.

Tal y como se ha mencionado en apartados anteriores, el maltrato emocional/psicológico a los niños y adolescentes en la familia, es considerada una de las tipologías principales y potencialmente más dañinas de desprotección infantil y a la vez una de las que presenta mayores dificultades para su identificación, evaluación y abordaje. Algunos estudios llevados a cabo en España indican que el maltrato psicológico puede encontrarse presente como tipología única o asociada en un 25-45% de los casos de desprotección atendidos por los Servicios de Protección Infantil y que constituye la tipología más frecuente después de la negligencia⁹.

Asimismo, las definiciones recogidas en los manuales de actuación de los Servicios de Protección Infantil de diferentes Comunidades Autónomas (Ayuntamiento de Madrid, 2008; Diputación Foral de Álava, 2004; Diputación Foral de Bizkaia, 2005; Diputación Foral de Gipuzkoa, 2003; Gobierno de Cantabria, 2006; Gobierno de Navarra, 2003; Gobierno Principado de Asturias, 2008; Junta de Castilla y León, 1995) coinciden en varios aspectos⁹:

- a. Diferencian las tipologías de maltrato emocional y abandono emocional.

- b. Recogen cinco de las seis formas de maltrato psicológico propuestas en el año 1995 por la Asociación Profesional Americana sobre el Abuso Infantil – rechazar, aterrorizar, aislar, ignorar y negligencia hacia la salud mental-, incluyendo las formas de explotación/corrupción y negligencia hacia la salud médica/educativa en otras tipologías.
- c. Incorporan como maltrato emocional las formas de sobreprotección, exposición a situaciones de violencia de pareja e instrumentalización en conflictos de pareja.
- d. Definen criterios muy generales para valorar la existencia de daño significativo y para el establecimiento de la gravedad del maltrato psicológico.

En lo que a la detección se refiere, las situaciones de desprotección infantil no suelen producirse en presencia de personas ajenas a la familia, aspecto que dificulta su detección. Sin embargo, hay conductas, síntomas o señales que pueden alertar de que se está produciendo. Si los profesionales que trabajan con niños y familias son conocedores de estos indicadores y los identifican, estarán en disposición de poner en marcha un proceso de ayuda. En general, la detección de una situación de desprotección infantil se realiza a través de la constatación de varios indicadores simultáneos, no de uno solo ^{4,10}.

Se distinguen tres tipos de indicadores:

- 1. Comportamiento de las figuras parentales.
- 2. Indicadores físicos en el niño.
- 3. Indicadores comportamentales en el niño.

Es importante tener en cuenta que los indicadores observables en los niños son solo señales de una posible situación de desprotección y su presencia no significa necesariamente que se haya producido. Pueden ser consecuencia o reflejo de otras dificultades, como problemas orgánicos, cambios en la familia, pérdidas de personas queridas, y otras circunstancias desestabilizadoras. No obstante, en un niño menor de cinco años, han de ser considerados siempre señales de preocupación, las manifestaciones de problemas emocionales intensos o prolongados en el tiempo o los cambios bruscos en su comportamiento o actitud ⁴.

Aunque resulta difícil ofrecer cifras exactas, según los datos más reciente de 2013 de la Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia estaríamos considerando para todo el país alrededor de unos 14.000 menores en acogimiento residencial (centros de acogida o pisos/hogares tutelados), es decir, unos 170 por cada 100.000 menores ¹¹.

Asimismo, una cuarta parte de los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos siendo niños, una de cada cinco mujeres y uno de cada 13 hombres declara haber sufrido abusos sexuales en la infancia. El maltrato infantil causa alteraciones en la salud mental y física que perduran toda la vida. Es posible prevenir el maltrato infantil antes de que se produzca, y para ello es necesario un enfoque multidisciplinar. Está demostrado que la atención continua a los niños y las familias puede reducir el riesgo de repetición del maltrato y minimizar sus consecuencias ³.

Según los datos más recientes de 2019 publicados por Massera et al., se calcula que en todo el mundo, cada año mueren por homicidio 41.000 menores de 15 años. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas ³.

Centrando el tema en el papel del ámbito sanitario en la protección infantil, debemos tener claro que la prevención de las deficiencias infantiles resulta más eficiente cuando se coordinan recursos, se implica a los profesionales y se incorporan herramientas para la detección precoz e intervención temprana en las deficiencias infantiles y en las situaciones de riesgo biológico, psicológico y/o social ¹².

Sin embargo y aunque la probabilidad de detectar el maltrato infantil en el ámbito sanitario es alto, no deja de ser una tarea difícil, que plantea, además, una serie de conflictos y de dudas personales al profesional. Estos están sobre todo estrechamente ligados al error en identificar y certificar el maltrato infantil ¹³.

Así, según los datos de 2014 recogidos por la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, entre los factores que más influyen a la hora de no reconocer el maltrato están, por ejemplo, la falta de formación acerca de los indicadores de malos tratos. Nos encontramos también con que certificar un maltrato supone “destapar” una situación familiar conflictiva y responsabilizar a alguien del daño ¹³.

También existe el temor de que el acto de notificar tenga consecuencias indeseadas. Este temor está basado en la creencia, y a veces en la experiencia, de que de nada sirve la notificación de un caso de maltrato, puesto que las actuaciones institucionales posteriores a la notificación son ineficaces e incluso nocivas para el menor ¹³.

Proteger a los niños y prevenir e intervenir en las situaciones de desprotección infantil se considera responsabilidad colectiva. Aunque es cierto que existen los Servicios Sociales como servicios específicos para atender este tipo de situaciones, esto no exime al conjunto de la sociedad y al resto de servicios comunitarios de sus responsabilidades hacia la protección de la infancia ¹.

Numerosos estudios señalan que cuanto más tarde se detecta un caso, más se incrementa la gravedad de las consecuencias físicas, emocionales o sociales que genera el maltrato recibido. En este sentido, la cronicidad del daño sufrido dificulta el pronóstico de recuperación del menor. Además cuanto más tarde se detecta un caso más se reducen las probabilidades de tener éxito en la intervención que se realiza con la familia del menor ¹⁴. Para ilustrar esto conviene tener en cuenta que en casos de abuso sexual, por ejemplo, las consecuencias emocionales a largo plazo que padece la víctima son bastante más graves si el abuso ha sido cometido por alguien del entorno cercano y, además, la víctima tiene el sentimiento de que nadie de su alrededor se decidió a poner fin a la situación ¹⁵.

Es importante conocer y comprender el proceso que vive el seno familiar, tener una información clara y segura de la dinámica del hogar como un todo ¹⁶.

En este sentido, con el fin de aclarar el concepto de la familia, cabe añadir que la familia es un agente socializador primordial perteneciente a la socialización primaria, ya que se da en los primeros años de vida, donde la persona es moldeable y su aprendizaje se basa en la imitación. Los menores requieren de cuidados fisiológicos, afectivos-emocionales, educativos, cognitivos y sociales que deben ser cubiertos en este contexto ¹⁷.

Asimismo, la familia también supone, según Musitu y Cava (2001), el primer contexto en el que la persona se adentra como ser social que es. Comienza a adaptarse a las normas establecidas en el sistema familiar, aspecto esencial para conseguir posteriormente una socialización apta en la comunidad ¹⁷.

La competencia sobre la protección a la infancia, al igual que el resto de los Servicios Sociales (SS), es autonómica desde la Constitución Española de 1978. El marco normativo, así como la red de recursos y programas vinculados a la prevención y protección de la infancia en situaciones de riesgo o de desamparo, lo ha venido desarrollando cada Comunidad Autónoma desde entonces ².

Asimismo, la Ley del Parlamento Vasco 3/2005, de 18 febrero, de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia, establece en varios preceptos la colaboración interinstitucional y las comunicaciones oportunas entre diferentes administraciones públicas a procurar atender al principio de protección al menor que rige tal norma ⁸. En este sentido el Artículo 21 de dicha Ley del Parlamento Vasco 3/2005, en lo que a la actuación de los titulares de los servicios de salud y el personal sanitario refiere que ^{8,5}.

“Los titulares de los servicios de salud y el personal sanitario están obligados a poner en conocimiento de las administraciones públicas competentes en materia de protección de personas menores de edad, o cuando sea necesario del Ministerio Fiscal o de la autoridad judicial, aquellos hechos que puedan suponer la existencia de malos tratos o una situación de desprotección o riesgo infantil, aportando los datos que resulten necesarios y suficientes para garantizar la calidad y eficacia de las intervenciones, así como colaborando con las citadas administraciones para evitar y resolver tales situaciones”.

A su vez, la Comunidad Autónoma del País Vasco dispone desde el año 2011 de un modelo de atención temprana aprobada por el Consejo Vasco Socio Sanitario, el cual establece los compromisos compartidos en materia de atención temprana, entre los departamentos de salud, acción social y educación, con una atención preferente en los seis primeros años de vida ¹².

1.1 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define La Educación para la Salud (EpS) como: “Actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud”. Del mismo modo la define como las “diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre determinantes sociales, ambientales y económicos de

la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambio social respecto a su salud”¹⁸.

No cabe duda de que la detección precoz y actuación temprana, son las mejores herramientas para una mayor prevención y/o un pronóstico y abordaje favorables. Para ello, es preciso identificar aquellas figuras parentales en riesgo de desarrollar dificultades en la crianza y atención de sus hijos y ofrecerles recursos y servicios de apoyo⁴.

Cuando eso no haya sido posible y ya existan problemas en la crianza y atención de los niños, es fundamental intervenir de forma precoz. El maltrato o negligencia hacia los niños puede ocurrir de forma puntual, pero habitualmente constituyen un patrón⁴. Por lo que la detección precoz de las situaciones de riesgo es fundamental con estos menores que presentan déficits en los cuidados que reciben en su hogar.

Según datos obtenidos en 2016 a través de un estudio realizado por la Universidad del País Vasco (UPV), Ayuntamiento de Donostia- San Sebastian y Diputación Foral de Gipuzkoa (DFG), los centros escolares son la principal fuente de detección y también de obtención de la información. Se ha observado que en todos los casos revisados durante el estudio, se ha obtenido información a través de los profesionales de los centros escolares y en un 18% de los casos además se ha obtenido información desde otros ámbitos. Sin embargo, únicamente en un 3% se ha obtenido información de profesionales del ámbito sanitario¹⁹.

Es por ello que para la elaboración de este trabajo se ha optado por la realización de un Programa de Educación para la Salud. El fin de este trabajo es precisamente garantizar la concienciación de los profesionales de atención primaria y el conocimiento de los recursos que tienen a su disposición para dar respuesta a las situaciones de desprotección que puedan observar.

Por tanto, para la eficaz detección y prevención de situaciones de riesgo y/o desprotección en los menores y sus familias, no solo es necesaria una atención especializada y adecuados protocolos de detección y actuación, sino también unas excelentes vías de coordinación entre diferentes organismos. Así pues, se opta por una visión multidimensional y cooperativista, que defienda las intervenciones integradas, respetando las diferencias y las especificidades de cada disciplina²⁰.

En este sentido, el papel de la enfermería resulta fundamental, ya que desde las consultas de enfermería pediátrica existe un contacto directo con las familias a lo largo de los primeros años de vida de los niños y adolescentes, y también existe una relación con su ámbito escolar.

2. OBJETIVOS

- *Objetivo general:*

Diseñar un Programa de Educación para la Salud (EpS) para la detección precoz e intervención temprana de los menores en riesgo de desprotección desde la atención primaria en los Centros de Salud de Osakidetza.

- *Objetivos específicos:*

1. Formular los objetivos pedagógicos del Programa de EpS.
2. Describir los contenidos educativos del Programa de EpS.
3. Concretar la metodología pedagógica con la que se va a llevar a cabo el Programa de EpS.
4. Realizar un cronograma y planificar los recursos necesarios para el desarrollo de las intervenciones del Programa de EpS.
5. Proponer la evaluación final del Programa EpS.

3. METODOLOGÍA

Con el fin de contextualizar el tema a tratar y realizar una justificación basada en la evidencia científica actualizada, se realizó una revisión narrativa a través de una búsqueda bibliográfica. Para ello, se consultaron las siguientes bases de datos: Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Pubmed y Dialnet, utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH). En la *tabla 1* que se muestra a continuación se describen los descriptores utilizados:

Tabla 1: Descriptores utilizados. Fuente: Elaboración propia

DeCS	MeSH
<ul style="list-style-type: none"> - Desprotección - Menores - Indicadores de maltrato 	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnerability - Children/minors - Indicators of abuse - Detection

<ul style="list-style-type: none"> - Detección precoz - Intervención temprana - Educación en salud - Atención de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Early intervention - Health education - Nursing care
--	--

Con el fin de obtener mejores resultados, se recurrió a la terminología libre y a las palabras clave (PC). Además, se emplearon los operadores booleanos “AND” y “OR”, realizando así diferentes combinaciones de DeSH/MESH. A su vez, con el fin de acotar los resultados y conseguir mejores resultados se establecieron los siguientes filtros; artículos completos, idioma español e inglés y año de publicación comprendido entre 2010 y 2020.

Para la elección de los artículos, se realizó una lectura previa de los títulos y resúmenes, realizando así una primera elección de los mismos (véase la *tabla 3*). Para dicha elección se tuvieron en cuenta distintos criterios de inclusión y exclusión, descritos en la siguiente *tabla 2*:

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: Elaboración propia.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos cuyo contenido se acerque al objetivo (detección precoz e intervención temprana de los menores en riesgo de desprotección desde la atención primaria en los Centros de Salud de Osakidetza) • Artículos focalizados en la desprotección de menores 	<ul style="list-style-type: none"> • Artículos no focalizados en la desprotección de menores • Artículos cuyo contenido no esté centrados en los menores

Tabla3: EB para la obtención de artículos. Fuente: Elaboración propia.

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA (EB)	RESULTADOS	RESULTADOS TRAS APLICAR FILTROS	SELECCIONADOS
PUBMED	Detection AND minors AND indicators of abuse	101	16	1
BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD	Desprotección AND menores	64	24	5
	Malos tratos AND menores	108	20	2
DIALNET	Detección AND desprotección AND menores	6	5	1
	Desprotección AND menores	154	87	2
	Detección AND desprotección AND infantil	10	No se aplican filtros	2
	Prevención AND atención temprana AND menores	59	15	1

Posteriormente, se llevó a cabo la lectura completa de cada artículo para cerrar así la lista de los artículos seleccionados.

Finalmente, para la elaboración de este trabajo se han empleado 9 manuales, libros y/o monografías en internet, 9 artículos de revista y 2 protocolos.

4. PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE EpS

4.1 Descripción y formas de captación del grupo diana (GD)

El Programa va dirigido a profesionales sanitarios de la atención primaria del Centro de Salud de Oñati (Gipuzkoa), como son médicos y enfermeras, que desde su espacio y contexto de trabajo tratan con niños, adolescentes y sus familias durante distintos ciclos vitales de los mismos. De este modo se busca que dichos profesionales cuenten con conocimientos y herramientas suficientes para poder detectar de forma precoz aquellas situaciones en las que un menor se encuentre en situación de desprotección o de riesgo infantil.

El equipo encargado de realizar el Programa de EpS estará formado por profesionales pertenecientes a las dos instituciones implicadas, Servicios Sociales del Ayuntamiento

de Oñati (una psicóloga, una educadora social y una trabajadora social) y la supervisora de enfermería del C.S de Oñati.

Para una correcta captación del grupo diana (GD) es imprescindible la comunicación y el trabajo en equipo entre las diferentes instituciones, siendo clara y lo suficientemente organizada de antemano. La propuesta será que la trabajadora social de los SS sea quien se ponga en contacto con la supervisora de enfermería para poder organizar fechas, horarios, recursos, etc. Una vez acordado todo lo previo, se enviará un correo electrónico en nombre de ambas profesionales con el fin de difundir la información general acerca del Programa. Del mismo modo, se pondrán a disposición de los profesionales de ámbito de la salud los trípticos (Véase Anexo I) y el cartel de promoción (Véase Anexo II) del Programa, tanto presencialmente como por vía email.

Se calcula que el número aproximado de personas que puedan asistir a las sesiones será de aproximadamente 15 personas, aunque el aforo podría llegar a ampliarse si la demanda fuese mayor.

En lo que a los criterios de selección de los participantes se refiere, es conveniente que acudan aquellos profesionales de la anterior primaria que estén en contacto con los menores y sus familias, y por tanto mejor puedan identificar y notificar los casos que así lo requieran.

Antes de formular los objetivos pedagógicos de cualquier Programa de EpS grupal, es recomendable realizar una evaluación diagnóstica del GD, con el fin de conocer sus conocimientos y habilidades sobre el tema a tratar. Para ello, se enviará un cuestionario orientado a la evaluación de conocimientos (Véase Anexo III) a cumplimentar antes de la primera sesión. Esta evaluación previa, servirá como información al equipo que llevará a cabo las sesiones, para conocer cuáles son las necesidades educativas del GD, y sobre qué conceptos y habilidades se debe incidir más. Además de este cuestionario de evaluación de conocimientos, también se facilitará otro cuestionario (Véase Anexo IV) previo formado por preguntas abiertas que servirá para conocer las expectativas e inquietudes del GD acerca del Programa.

Esta primera evaluación del GD, sería conveniente realizarla antes de formular los objetivos pedagógicos. Para ello, las personas encargadas en enviar la información general, enviarán vía email los cuestionarios (Véase Anexo III y Anexo IV) a los

profesionales que hayan confirmado su asistencia. Una vez completado los cuestionarios, los propios profesionales sanitarios los devolverán vía email.

4.2 Formulación de los objetivos pedagógicos

Objetivo pedagógico principal:

Desarrollar conciencia y generar conocimientos en los profesionales de atención primaria sobre la desprotección infantil, con el fin de que obtengan los recursos y estrategias necesarios para poder dar respuesta a las situaciones de desprotección de los menores que puedan identificar.

Objetivos pedagógicos específicos:

1. Describir qué es la desprotección infantil, sus indicadores y las tipologías existentes.
2. Entender la Ley de la infancia y la protección de datos.
3. Diferenciar los distintos agentes que forman la red en torno a un menor.
4. Reconocer la importancia de la detección precoz e intervención temprana en los posibles casos de desprotección infantil.
5. Reconocer la importancia de notificar las situaciones de riesgo y desprotección infantil, superando los temores.
6. Demostrar criterio y capacidad para detectar y notificar una situación de desprotección infantil.
7. Saber cuál es el proceso a seguir para la notificación de un caso de desprotección infantil.

4.3 Sesiones, contenidos educativos y técnicas pedagógicas

Este Programa se ha planificado para desarrollarlo en el periodo de 3 semanas consecutivas, dedicando 1 sesión por semana, con el fin de que los participantes conozcan los conceptos y adquieran habilidades para dar respuestas precoces a los indicadores y situaciones de desprotección infantil que puedan detectar desde su contexto.

A la hora de realizar el cronograma del Programa, es necesario tener en cuenta que el horario de las sesiones se ajustará a las necesidades de los asistentes. Considerando pues el horario del centro de salud y los turnos del equipo de enfermería (una gran mayoría

de los profesionales trabajan en turnos de 8:00 a 15:00), se propone impartir el taller de 13:30 a 15:00 de la mañana. Se acordará en función de las agendas, un día de la semana.

La propuesta para la implantación de este Programa es realizar tres sesiones consecutivas de 1,5 horas aproximadamente cada una. Previo a cada sesión se informará a los participantes sobre el orden del día de cada sesión.

En la siguiente *tabla 4*, se vinculan las sesiones con los objetivos pedagógicos específicos:

Tabla 4: Sesiones y objetivos a trabajar. Fuente: Elaboración propia.

SESIONES	OBJETIVOS POR SESIONES
1ª Sesión	Objetivos 1, 2 y 3
2ª Sesión	Objetivos 4 y 5
3ª Sesión	Objetivos 6 y 7

SESIÓN 1:

Para dar comienzo a la primera sesión, y antes de entrar a trabajar los contenidos teóricos, se efectuará la acogida y presentación del equipo de profesionales que impartirá el Programa así como de los/as asistentes. A su vez, se realizará una breve aproximación del Programa, explicando la metodología que se va a emplear en las sesiones y los objetivos a alcanzar. Se facilitará a su vez la información necesaria acerca de las fechas, horarios y duración de las sesiones. Por otro lado, se consensuarán con el grupo las pautas de comportamiento a seguir durante las sesiones (Véase Anexo V), y se facilitará información sobre cómo ponerse en contacto con el equipo ponente en caso de dudas. Antes de comenzar con el contenido educativo propuesto para esta primera sesión, se compartirán brevemente las respuestas obtenidas en el cuestionario (Véase Anexo III) realizado por los participantes previamente al Programa. Dicho cuestionario tiene como objetivo conocer el nivel de conocimiento previo de los participantes sobre los temas a tratar durante las sesiones. De este modo, por un lado será posible ir adecuando progresivamente los contenidos de las sesiones en base al nivel de conocimiento demostrado por los participantes y por otro, será posible realizar la evaluación de los conocimientos en la fase de evaluación final del Programa.

A continuación, se iniciará con el contenido educativo: generalidades sobre la desprotección infantil, indicadores, tipologías, legislación y la red de apoyo existente en torno a un menor, formado por los diferentes agentes que están en contacto con el mismo. Dichos contenidos educativos se impartirán mediante una exposición oral acompañada de una presentación Power Point.

Tras finalizar la exposición, se dará paso a la puesta en común de dudas y preguntas que hayan surgido, las cuales serán aclaradas por los ponentes. Además, se facilitará a los participantes una hoja de firmas para evaluar la asistencia de los participantes (Véase Anexo VI) y un cuestionario que tendrá como objetivo la evaluación continua del Programa (Véase Anexo VII).

En la siguiente *tabla 5* se describen los objetivos del grupo diana, contenidos y actividades con sus técnicas pedagógicas correspondientes a la primera sesión.

Tabla 5: Objetivos, contenidos, actividades y técnicas pedagógicas de la 1ª sesión. Elaboración propia.

SESIÓN 1				
ACTIVIDADES Y TÉCNICAS PEDAGÓGICAS POR CONTENIDOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	TIEMPO
	Presentación del Programa	Presentación y discusión de las pautas de comportamiento	Técnica de encuentro	10 min
			Técnica de exposición-Lectura con discusión	10 min
	<ul style="list-style-type: none"> - Desprotección infantil - Indicadores - Tipologías - Ley de infancia - Protección de datos - Red de profesionales en torno a un menor. 	Exposición del tema mediante presentación Power Point por parte de los diferentes profesionales.	Técnica de exposición-Exposición con discusión	35min
			Actividad para trabajar las tipologías.	Actividad Tipologías (Véase Anexo VIII)- Demostración con entrenamiento

	Evaluación continua	Evaluación continua del Programa	Técnica de investigación-Cuestionario (Véase Anexo VII)	15 min
--	---------------------	----------------------------------	---	--------

SESIÓN 2

Para dar comienzo a la segunda sesión se realizará un recordatorio de los conceptos trabajados en la primera sesión. A continuación, en esta segunda sesión se pretende presentar y exponer de manera teórica la importancia de la detección precoz e intervención temprana y de la notificación.

Tras la presentación de los contenidos, los participantes tendrán la oportunidad de exponer las dudas que nuevamente serán aclaradas por los diferentes ponentes. Nuevamente, se facilitará a los participantes la hoja de firmas para evaluar la asistencia de los participantes y se entregará a los mismos el cuestionario con el que se realizará la evaluación continua del proceso del Programa, tal y como se hizo en la primera sesión (Véase Anexo VII).

En la siguiente *tabla 6* se describen los objetivos, contenidos y actividades con sus técnicas pedagógicas correspondientes a la segunda sesión.

Tabla 6: Objetivos, contenidos, actividades y técnicas pedagógicas de la segunda sesión. Fuente: Elaboración propia.

SESIÓN 2				
ACTIVIDADES Y TÉCNICAS PEDAGÓGICAS POR CONTENIDOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	TIEMPO
	- Detección precoz e intervención temprana - La importancia de notificar	Exposición del tema mediante presentación Power Point por parte de los diferentes profesionales.	Técnica de exposición-Exposición con discusión.	15 min (recordatorio sesión 1)
		Análisis de un caso real.	Técnica de análisis-Caso (Véase Anexo IX)	40 min
				20 min
	Evaluación continua	Evaluación continua del Programa	Técnica de investigación-Cuestionario (Véase Anexo VII)	15min

SESIÓN 3:

Tras realizar un breve recordatorio de los aspectos trabajados en las sesiones anteriores, en el inicio de la tercera y última sesión del Programa de EpS, lo que se persigue es dar a conocer los pasos a seguir durante el proceso de notificación. Para ello se realizará una exposición mediante una presentación Power Point. Por otro lado, se plantearán una serie de casos clínicos, en los que, por grupos, tendrán que explicar al resto de los participantes qué pasos seguirían como profesionales de la salud en dichos casos, para poder así analizar el caso a caso entre todos (Véase Anexo X). Para la realización de esta actividad se entregará a su vez el protocolo de notificación de posibles situaciones de riesgo o desprotección infantil (Véase Anexo XI).

Por último, se facilitará a los participantes al hoja de firmas utilizada en anteriores sesiones con el fin de evaluar la asistencia de los participantes a cada una de las sesiones y se realizará la evaluación completa del Programa a través de cuestionarios (Véase Anexo VII y Anexo III), con el fin de poner en conocimiento del equipo ponente posibles mejoras para posteriores ediciones.

En la siguiente *tabla 7* se describen los objetivos, contenidos y actividades con sus técnicas pedagógicas correspondientes a la tercera sesión.

Tabla 7: Objetivos, contenidos, actividades y técnicas pedagógicas de la 3ª sesión. Fuente: Elaboración propia.

SESIÓN 3				
ACTIVIDADES Y TÉCNICAS PEDAGÓGICAS POR CONTENIDOS	CONTENIDO	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	TIEMPO
	Proceso de notificación	Exposición del tema mediante presentación Power Point por parte de los diferentes profesionales	Técnica de exposición-Exposición con discusión.	15 min (recordatorio sesión 1)
				20 min
		Casos clínicos	Técnica de análisis-Caso (Véase Anexo X y Anexo XI)	30 min

	Evaluación final	Evaluación final del Programa	Técnica de investigación- Cuestionario (Véase Anexo VII y Anexo III)	15 min
--	------------------	-------------------------------	--	--------

5. RECURSOS NECESARIOS PARA EL PROGRAMA DE EpS

En cuanto al lugar destinado a ser el espacio donde se llevará a cabo el Programa de EpS, debe ser un espacio con capacidad para mínimo 15 personas y debe contar con sillas y mesas (pueden ser extraíbles) para que los participantes puedan coger notas y realizar las actividades. Además, el espacio debe contar mínimo con una toma de electricidad para la conexión de un ordenador, altavoces y proyector.

El coste total de este Programa de EpS es de alrededor de 40€, que sería el coste que tendrían las fotocopias necesarias para llevar a cabo cada sesión.

6. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE EpS

La finalidad de la evaluación de cualquier Programa de EpS es poder realizar mejoras en el proyecto¹⁸. Para realizar una adecuada evaluación del proyecto, es importante que todas las personas participantes en el Programa, tanto el grupo diana como los agentes de salud, participen en la evaluación, con el fin de tener diferentes puntos de vista que aporten áreas de mejora. Concretamente se evaluarán la estructura, el proceso y los resultados del Programa de la siguiente manera:

- Evaluación de la estructura del Programa:

La evaluación de la estructura se centra en valorar la forma de captación de los participantes, las instalaciones utilizadas, el horario y la duración de las sesiones, los recursos utilizados para llevar a cabo el Programa y los agentes de salud que lo han impartido. Dicha evaluación consistirá en la cumplimentación de un cuestionario formado por preguntas abiertas (Véase Anexo IV).

- Evaluación del proceso del Programa:

La evaluación del proceso se centrará en las actividades propuestas (concretamente en la cantidad y la calidad de las mismas), la programación y utilidad de dichas actividades, los recursos utilizados en cada una de ellas, el contenido de las sesiones, las técnicas

empleadas y el nivel de participación y asistencia del GD. Esta última se analizará a través del listado de firmas, el cual será completado por los participantes al final de cada sesión (Véase Anexo VI).

El resto de datos se obtendrán, mediante el cuestionario formado por preguntas abiertas (Véase Anexo IV) mencionado en el apartado anterior.

- Evaluación de los resultados del Programa:

La evaluación de los resultados se basa en analizar si el GD ha logrado los objetivos específicos planteados en este Programa de EpS. Esta tarea se realizará a través de un cuestionario que tendrá como objetivo evaluar los conocimientos del GD. El cuestionario, formado por preguntas test y “verdadero o falso”, deberá ser cumplimentado por el GD antes de la primera sesión y de nuevo en la tercera y última sesión (anexo IX). Así se podrán comparar el conocimiento antes y después de la formación y se podrán evaluar los resultados de aprendizaje adquiridos por el GD y la eficacia del Programa de EpS.

7. RESUMEN DEL PROGRAMA DE EpS

Tabla 8. Cronograma, duración, recursos materiales, lugar y Agentes de Salud necesarios para cada sesión. Fuente: Elaboración propia.

SESIÓN	DIVISIÓN DEL TIEMPO	TIEMPO TOTAL	CONTENIDO	RECURSOS	EVALUACIÓN
Primera sesión	Encuentro	1,5h	Desprotección infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador y altavoz - Proyector - Impresora (fotocopias) - Folios y bolígrafos 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de firmas - Cuestionario de evaluación continua **Previo a la primera sesión: cuestionario de evaluación previa y evaluación de conocimientos.
	Presentación Programa		Indicadores		
	Pautas comportamiento		Tipologías		
	Exposición teórica		Ley de infancia		
	Actividad tipologías		Protección de datos		
	Dudas y preguntas		Red de profesionales en torno a un menor.		
	Asistencia y evaluación				
Segunda sesión	Breve recordatorio	1,5h	Detección precoz e intervención temprana	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador y altavoz - Proyector - Impresora (fotocopias) - Folios y bolígrafos 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de firmas - Cuestionario de evaluación continua
	Exposición teórica		La importancia de notificar		
	Análisis caso real.				
	Dudas y preguntas				
	Asistencia y evaluación				
Tercera sesión	Breve recordatorio	1,5h	Proceso de notificación	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador y altavoz - Proyector - Impresora (fotocopias) - Folios y bolígrafos 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de firmas - Cuestionario de evaluación continua - Evaluación de conocimientos.
	Exposición teórica				
	El caso a caso.				
	Dudas y preguntas				
	Asistencia y evaluación final				

**El lugar en el que se llevarán a cabo el Programa será el mismo para todas las sesiones, concretamente, la sala de reuniones del C.S. de Oñati y los agentes de salud implicados serán los que formen el equipo docente mencionado (supervisora de enfermería del C.S. de Oñati y el equipo de SS de Oñati, formado por la trabajadora social, psicoterapeuta y figura educativa)*

8. APORTACIÓN PERSONAL

Tal y como se ha ido explicando a lo largo de este trabajado es la ley la que atribuye a los profesionales sanitarios la responsabilidad y obligatoriedad de poner en conocimiento de las administraciones públicas competentes, aquellos hechos que puedan suponer la existencia de malos tratos, una situación de desprotección o riesgo infantil ⁸. Esta frase resulta especialmente significativa por dos razones, y es que por un lado explica que el no tener evidencias de los hechos, no nos exime de la responsabilidad de informar a la administración de referencia, y por otro lado, porque dicha frase subraya una vez más el derecho de un menor a ser y estar protegido, basado en el principio de protección al menor.

Así pues, con este Programa se ha pretendido que el grupo diana pueda conocer recursos que tiene a su alcance, para poder dar así una respuesta más apropiada a aquellas situaciones que puedan detectar desde su contexto.

En lo personal, la elaboración de este trabajo me ha servido para reflexionar sobre las posibles causas que a día de hoy existen para detectar los casos tempranamente, tanto desde los centros escolares como desde el ámbito sanitario. En mi opinión el problema está en lo que cada uno desde su percepción entiende como desprotección. Es decir, cuando a los SS llega información sobre un caso que objetivamente cumple con tipologías de maltrato/abandono, frecuencia y cronicidad de maltrato/abandono significativo y daño emocional grave en el menor, automáticamente se notifica para dar comienzo a una intervención familiar lo antes posible.

Sin embargo, considero que la propuesta de mejora de este Programa de EpS, debería estar orientado a seguir realizando un trabajo de sensibilización con los profesionales de la salud, para llegar a conseguir trabajar desde un contexto precoz en un futuro. Como contexto precoz, se entiende estudiar cada caso de uno en uno, analizando las necesidades de esa familia mediante el trabajo en red (colegios, centros de salud, servicios sociales, CSM...) y ofreciendo herramientas y estrategias suficientes para poder mejorar su situación, sin que obligatoriamente sea necesario notificar el caso.

Aquí es donde el papel de la enfermería resulta crucial. Si desde la enfermería trabajamos el vínculo con las familias nos encontramos con que podemos abordar una problemática únicamente desde ese vínculo.

Por ejemplo, imaginemos a una madre con un niño recién nacido que acude a consulta de la enfermera pediátrica. Se observan factores de riesgo para una posible situación de desprotección futura. El profesional de enfermería podría comenzar trabajando sobre el vínculo con la figura materna, consiguiendo así convertirse en una figura de referencia para ella. Así pues, podrá ofrecerle pautas y estrategias, las cuales habrán sido previamente consensuadas y elaboradas mediante el trabajo en red, formado entre otros, por el equipo de psicólogos y educadores de los SS. El objetivo será así, poder dar cobertura a esta familia, mediante una figura de referencia, quien en este caso será la enfermera pediátrica, y evitar así que la situación llegue a tener que notificarse.

Por otro lado, con el fin de realizar un trabajo de calidad, he analizado manuales sobre la Educación para la Salud, lo que ha hecho que amplíe mis conocimientos sobre cómo se debe estructurar un Programa, elaborar objetivos pedagógicos, los diferentes tipos de técnicas que existen y la importancia de que las actividades sean dinámicas. En definitiva, este trabajo me ha aportado conocimientos que previamente no tenía en torno a cómo se debe elaborar un Programa de EpS.

Además quiero destacar que al ser al desprotección de menores un tema tan delicado y en algunos casos complejo de gestionar, considero que darle visibilidad y encuadre es muy importante e imprescindible.

Cabe añadir por último, que este tipo de Programa de EpS se podría llevar a cabo con diferentes grupos diana, por ejemplo con profesores de escuelas, padres y/o cuidadores, monitores de tiempo libre... es decir, con cualquier grupo que pueda estar vinculado estrechamente a la vida de los menores.

Realizando este tipo de proyecto en diferentes niveles o contextos, generando conocimiento e implicando y motivando en la causa a más personas, podríamos garantizar aún más la eficacia del Programa con el objetivo de detectar más casos tempranamente y/o actuando de manera más precoz en más casos. En un futuro, este tipo de trabajo de diseño de Programas de EpS podrían llevarse a cabo con proyectos pilotos y después ampliando a proyectos comunitarios más amplios.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Arruabarrena I. La protección infantil: el papel de la escuela [Monografía en internet]. 1ª. Navarra: Gobierno de Navarra; 2006 [Fecha de consulta: agosto 2020]. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSeccion/DesproteccionEscuela1.pdf>
2. Ballesteros MC. Indicadores de detección y pautas de actuación ante situaciones de desprotección o malos tratos. Bol Pediatr [Revista en internet]. 2016 [Fecha de consulta: agosto 2020]; 56(235):15-20. Disponible en: http://sccalp.org/uploads/bulletin_article/pdf_version/1437/BolPediatr2016_56_15_20.pdf
3. Massera G, Saldías M, Delfino V, Zagalsky P, Fridman N. Interconsulta en maltrato infantojuvenil: características de la población con sospecha de maltrato infantojuvenil de Hospital de Pediatría Juan P Garrahan. Medicina infantil [Revista en internet]. 2019 [Fecha de consulta: agosto 2020]; 4(XXVI): 351-357. Disponible en: https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2019/xxvi_4_351.pdf
4. Arruabarrena I. Guía de indicadores para la identificación de situaciones de riesgo y desprotección infantil en niños y niñas entre 0-5 años [Monografía en internet]. 1ª. Vitoria: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz; 2019 [Fecha de consulta: agosto 2020]. Disponible en: <https://www.vitoria-gasteiz.org/docs/wb021/contenidosEstaticos/adjuntos/es/58/86/85886.pdf>
5. Diputación Foral de Bizkaia. Intervención en situaciones de desprotección infantil. Disponible en: <https://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/Manual%20de%20intervenci%C3%B3n%20en%20casos%20de%20desprotecci%C3%B3n%20infantil.pdf?hash=b9a7c00ff8ffe1faa46f05b6e2f44c62&idioma=CA>
6. Diputación Foral de Bizkaia. Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/maltrato_domestico/es_maltrato/adjuntos/maltratoDesproteccionInfanciaAdolescencia.pdf

7. Deans KJ, Thackeray J, Groner JI. Risk factors for recurrent injuries in victims of suspected non-accidental trauma: a retrospective cohort study. BMC Pediatr [Revista en internet]. 2014 [Fecha de consulta: agosto 2020]; 14 (217). Disponible en: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-217>
8. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y Diputación Foral de Gipuzkoa. Protocolo de actuación ante situaciones de desprotección a la infancia y adolescencia (notificación y abordaje) entre servicios sanitarios y servicios sociales. 2014.
9. Arruabarrena MI. Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: definición y valoración de su gravedad. Psychosocial Intervention [Revista en internet]. 2011 [Fecha de consulta: agosto 2020]; 20 (1): 25-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592011000100004
10. Gobierno Vasco. Protocolo de prevención y actuación en el ámbito educativo ante situaciones de posible desprotección y maltrato, acoso y abuso sexual infantil y adolescente y de colaboración y coordinación entre el ámbito educativo y los agentes que intervienen en la protección de la persona menor de edad. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/dif11/es_5613/adjuntos/Protocolo_Educacion_15_noviembre_2016.pdf
11. Galán A. La intervención psicológica con la infancia de desprotección. Hacia intervenciones específicas. SEPYRNA [Revista en internet]. 2014 [Fecha de consulta: agosto 2020]; 1(57): 43-56. Disponible en: <https://www.sepyrna.com/documentos/PSIQUIATRIA-57.pdf>
12. Saitua G, Díez C, Aparicio E, Gutiérrez A, Paz C, Floyd M, Sánchez E. Proceso de atención integrada para niños con necesidades especiales (PAINNE). Rev Pediatr Aten Primaria [Revista en internet]. 2015 [Fecha de consulta: agosto 2020]. 17(68): 251-260. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=es#bajo
13. Simó S, Martínez MJ, Mas E. El papel de ámbito sanitario de la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil. [Monografía en

- internet]. 1ª. Generalitat Valenciana; 2006 [Fecha de consulta: agosto 2020]
Disponible en:
<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2756-2006.pdf>
14. Gobierno de Cantabria. Manual Cantabria. Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil desde el Sistema Sanitario [Monografía en internet]. 1ª. Gobierno de Cantabria; 2010. Disponible en:
<https://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20infor mes/Deteccion%20y%20notificacion%20de%20situaciones%20de%20desproteccion%20infantil%20desde%20el%20sistema%20sanitario.%20Agosto%202010.pdf>
15. Mas E, Simó S, Martínez MJ. El papel de ámbito educativo de la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil. [Monografía en internet]. 1ª. Generalitat Valenciana; 2002 [Fecha de consulta: agosto 2020]
Disponible en:
<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3638-2002.pdf>
16. Gutiérrez C, Lefèvre, F. Descubrimiento del abuso sexual del niño: revelación o silencio. Revista Cubana de Salud Pública [Revista en internet]. 2019 [Fecha de consulta: agosto 2020]; 45(1): 1-18.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2019/csp191g.pdf>
17. Isidro AI, de Miguel V. Menores en situación de desprotección acogidos en centros y red social de apoyo. INFAD Revista de Psicología [Revista en internet]. 2017 [Fecha de consulta: agosto 2020]; 2 (1): 269-280. Disponible en:
<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/996/878>
18. Pérez MJ, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J. Manual de Educación para la Salud [Monografía en internet]. 1ª. Navarra: Gobierno de Navarra; 2006 [Fecha de consulta: agosto 2020]. Disponible en:
<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>
19. Universidad del País Vasco, Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián y Diputación Foral de Gipuzkoa. Estudio para conocer las necesidades presentes en las situaciones que son notificadas en el Servicio de Prevención, Infancia y

Familia del Ayuntamiento de San Sebastián y en el Servicio de Protección a la Infancia y la Adolescencia de la Diputación Foral de Gipuzkoa, conocer los principales Programas Basados en la Evidencia que se están aplicando en el ámbito internacional en este tipo de casos, y elaborar una propuesta global de implantación de aquellos programas que se considere que mejor pueden responder a la población diana de estos Servicios. 2016. Disponible en: <https://www.gipuzkoa.eus/documents/1932270/1932598/Sistema+de+protecci%C3%B3n+infantil+en+Gipuzkoa.+Propuesta+para+una+Cartera+de+Programas+basados+en+la+evidencia-2/d7387036-aa88-6fde-6304-bf6e660fbb0d>

20. Araya A. Detección y valoración de menores y familiar que se encuentren en una situación de riesgo: una propuesta de intervención precoz y multidisciplinar. Humanismo y Trabajo Social [Revista en internet]. 2008 [Fecha de consulta: agosto 2020]; 7: 271-278. Disponible en: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/1463/Araya.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10. ANEXOS

10.1 ANEXO I: TRÍPTICO DE PROMOCIÓN DEL PROGRAMA DE EPS.

 <p>DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN TEMPRANA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS MENORES EN SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN</p>  <p>1ª EDICIÓN</p>	<p>¿A QUIEN VA DIRIGIDO?</p> <p>Profesionales sanitarios de la atención primaria:</p> <p>Médicos de familia, pediatras, enfermería...</p> <p>CONTENIDO</p> <ul style="list-style-type: none">• Desprotección infantil• Indicadores de desprotección• Tipologías desprotección• Ley de infancia y Protección de datos• La red de profesionales en torno a un menor• Detección precoz e intervención temprana• La importancia de notificar• Proceso de notificación	<p>FECHAS Y HORARIOS</p> <p>X, X y X de febrero de 2021 De X:XX a X:XX.</p> <p>LUGAR</p> <p>CENTRO DE SALUD DE OÑATI</p> <p>¿CÓMO PARTICIPAR EN EL PROGRAMA?</p> <p>Para inscripción enviar un email a denokbatizanoñati@gmail.com</p> <p>Indicando los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre y apellidos• DNI• Email• Teléfono• Profesión
--	--	---

10.2 ANEXO II: CARTEL DE PROMOCIÓN PARA EL PROGRAMA DE EPS.



DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN TEMPRANA
DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS MENORES
EN SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN

FEBRERO 2021

CENTRO DE SALUD DE OÑATI

PARA INSCRIPCIÓN ENVIAR UN EMAIL A
denokbatizanoñati@gmail.com INDICANDO LOS
SIGUIENTES DATOS: NOMBRE Y APELLIDOS, DNI,
EMAIL, TELÉFONO Y PROFESIÓN.



DENOKBAT



CONTACTO: Nombre y Apellido. 94X000000. Ext.: 000

10.3 ANEXO III: EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS

1. **¿La ley me obliga como profesional de la salud a dar a conocer una situación en la que el niño se encuentra en situación de desprotección infantil?**
 - a) Sí.
 - b) Sí, siempre que existan evidencias de gravedad.
 - c) No entra dentro de mis competencias.
 - d) A y b son correctas.
2. **“Los titulares de los servicios de salud y el personal sanitario están obligados a poner en conocimiento de las administraciones públicas competentes en materia de protección de personas menores de edad, o cuando sea necesario del ministerio fiscal o de la autoridad judicial, aquellos hechos que puedan suponer...”**
 - a) La existencia de malos tratos o una situación de desprotección o riesgo infantil, aportando los datos que resulten necesarios y suficientes para garantizar la calidad y eficacia de las intervenciones, así como colaborando con las citadas administraciones para evitar y resolver tales situaciones”
 - b) La existencia de malos tratos, aportando datos que demuestren dicha existencia.
 - c) La existencia de malos o una situación de desprotección o riesgo infantil, no estando en obligatoriedad de aportar ningún dato que el profesional considere confidencial a tal efecto.
 - d) Ninguna de las anteriores es correcta.
3. **La desprotección infantil se define como:**
 - a) Las situaciones de desprotección infantil se producen cuando un menor tiene necesidades básicas sin satisfacer, sufre un daño físico o emocional severo, o se encuentra en riesgo serio de sufrir ese daño, como consecuencia del comportamiento de sus padres o cuidadores.
 - b) Las situaciones de desprotección infantil se producen cuando un menor tiene necesidades físicas sin satisfacer y sufre un daño físico como consecuencia del comportamiento de sus padres.
 - c) Las situaciones de desprotección infantil se producen cuando un menor tiene necesidades emocionales sin satisfacer como consecuencia del comportamiento de sus iguales.
 - d) Ninguna de las anteriores es correcta.
4. **Sobre las diferentes tipologías de desprotección infantil, ¿cuál es la correcta?**
 - a) La mayoría de los casos detectados son por maltrato físico.
 - b) Los abusos sexuales solo se han de notificar de manera judicial.
 - c) En los casos de negligencia el daño emocional en el menor no es tan importante como para tener que notificar el caso.
 - d) La mayoría de los casos responden a la tipología de negligencia.

- 5. ¿Cuál de las siguientes se considera una negligencia?**
- a) Negligencia hacia necesidades de seguridad.
 - b) Negligencia hacia necesidades emocionales.
 - c) Negligencia hacia necesidades cognitivas.
 - d) Todas las anteriores.
- 6. ¿Cuál de las siguientes son posibles indicadores en un caso de desprotección infantil?**
- a) El menor se muestra aterrorizado en presencia de la figura parental.
 - b) El menor muestra conductas regresivas o menos maduras.
 - c) Se observan en el menor marcas de posibles lesiones no accidentales en el/la menor.
 - d) Todas las anteriores son posibles indicadores de desprotección.
- 7. Entre los tipos de indicadores se encuentran:**
- a) Comportamiento de las figuras parentales.
 - b) Indicadores físicos en el/la niño/a.
 - c) Indicadores comportamentales en el/la niño/a.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
- 8. En cuanto a los agentes que conforman la red en torno a un menor, podrían considerarse...**
- a) El tutor del colegio y psiquiatra del Centro de Salud Mental (si procede), médico de familia y enfermera.
 - b) La tutora y orientadora del colegio, la enfermera pediátrica y el psicólogo privado al que el/la menor acude y el educador de calle (el menor acude al servicio los fines de semana).
 - c) Psicólogo clínico del Centro de Salud Mental, Psiquiatra infantil del menor, profesional de referencia de Berritzegune del menor.
 - d) Todas las anteriores son correctas.

VERDADERO FALSO

Indique verdadero o falso	V	F
Como profesional sanitario puedo compartir datos de un menor con el equipo de los Servicios Sociales, a pesar de que no sea un caso notificado y por tanto, en activo.		
Sin embargo, no tengo la obligación de compartir información sobre casos activos con el equipo de Servicios Sociales, si considero que puedo hacerme cargo de la situación.		

El trabajo en red es clave para una intervención completa y de calidad.		
La mayoría de los casos de desprotección infantil se deben al maltrato físico por parte de las figuras parentales, hacia los menores.		
El hecho de la conducta del menor sea problemática, llegando a agresiones verbales, siendo esta la causa de una convivencia dificultosa, no es bajo ningún concepto un indicador de malestar.		
El absentismo escolar en personas menores de 16 años, no es indicador de malestar y/o gravedad.		
No debemos preocuparnos si observamos que la alimentación que se ofrece al menor es suficiente aunque desequilibrada desde el punto de vista nutritivo.		
El protocolo sanitario indica que solo debo notificar los casos graves y urgentes.		

10.5 ANEXO V: PAUTAS DE COMPORTAMIENTO (FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA).

- Los asistentes mostrarán respeto a las personas presentes en el lugar.
- Se respetarán turnos, opiniones, creencias y valores, expresando las dudas y preguntas en el tiempo estipulado para ello (al final de cada una de las sesiones).
- La asistencia será voluntaria, en ningún caso se obligará a los profesionales del ámbito sanitario a asistir.
- Se preservará la confidencialidad de las cuestiones habladas durante las sesiones.
- Se cumplirá con el horario establecido, de manera que se ruega puntualidad.
- Se apagarán los teléfonos móviles para evitar interrupciones.
- Los participantes intentarán participar en las actividades propuestas, para dinamizar las sesiones.

10.6 ANEXO VI: HOJA DE FIRMAS PARA EVALUAR LA ASISTENCIA

Tabla 9: Hoja de firmas. Fuente: Elaboración propia.

	NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	FIRMA 1ª Sesión	FIRMA 2ª Sesión	FIRMA 3ª Sesión
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

10.7 ANEXO VII: EVALUACIÓN CONTINUA DEL PROCESO Y LA ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE EpS.

EVALUACIÓN CONTINUA DEL PROCESO Y ESTRUCTURA DEL PROGRAMA EpS					
<p>Valore los siguientes aspectos relacionados con el proceso y la estructura del Programa de Educación para la Salud “Detección precoz e intervención temprana desde la atención primaria de los menores en situación de desprotección”, utilizando una escala de puntuación del 1 al 5. Marque con una x el número que considere más correcto.</p> <p>1. Completamente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. No lo sé 4. De acuerdo 5. Completamente de acuerdo.</p>					
1. Las formas de promoción del Programa (carteles, trípticos, email) han sido suficientes para atraer al participante	1	2	3	4	5
2. La cantidad de días en los que se han llevado a cabo las sesiones ha sido adecuada	1	2	3	4	5
3. El horario de las sesiones ha favorecido la asistencia	1	2	3	4	5
4. La duración de la sesión ha sido suficiente según los objetivos y contenidos de la misma	1	2	3	4	5
5. El lugar o las instalaciones han sido apropiadas para el desarrollo de la sesión	1	2	3	4	5
6. El número de participantes ha sido adecuado para el desarrollo de la sesión	1	2	3	4	5
7. El tiempo estipulado para preguntar las dudas ha sido adecuado	1	2	3	4	5
8. La oportunidad para participar en las actividades del Programa ha sido adecuada	1	2	3	4	5
9. El material utilizado para las actividades han sido suficientes para el aprendizaje.	1	2	3	4	5
10. El contenido teórico y la exposición del mismo ha sido adecuados	1	2	3	4	5
11. La extensión de cada presentación teórica ha sido adecuada	1	2	3	4	5
12. Los Power Point utilizados han sido de utilidad para el aprendizaje.	1	2	3	4	5

13. Las actividades trabajadas en la sesión me han resultado de utilidad y funcionales	1	2	3	4	5
14. En número de actividades por sesión ha sido adecuada	1	2	3	4	5
15. En general, las técnicas empleadas (análisis de casos, cuestionarios...) han sido de ayuda para el aprendizaje	1	2	3	4	5
16. La información de la sesión ha sido de calidad	1	2	3	4	5
17. El clima durante la sesión ha sido agradable	1	2	3	4	5
18. Los conocimientos de los ponentes de esta sesión han sido suficientes, conocen el tema el profundidad	1	2	3	4	5
19. Los ponentes han mostrado habilidades para llevar a cabo el Programa.	1	2	3	4	5
20. La programación de la sesión ha sido adecuada	1	2	3	4	5
21. La cantidad de profesionales que han participado en la sesión ha sido adecuada para favorecer el desarrollo de la misma.	1	2	3	4	5
22. Grado de satisfacción general con la sesión	1	2	3	4	5

PREGUNTAS ABIERTAS

1. Son necesarias más sesiones relacionadas con...

- _____
- _____
- _____

2. Se ha dispuesto de pruebas de evaluación y autoevaluación que me permiten conocer el nivel de aprendizaje alcanzado.

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Brevemente, ¿qué es lo que más le ha gustado de esta sesión?

4. Y ¿lo que menos?

5. Sugerencias/recomendaciones

10.8 ANEXO VIII: ACTIVIDAD TIPOLOGIAS.

Para comenzar con la actividad proponemos a los participantes agruparse por parejas. El ejercicio consiste en marcar con una X la casilla de tipología que corresponda al indicador o ejemplo descrito.

Como bien sabemos las cuatro tipologías principales son: negligencia, maltrato físico, maltrato emocional/abandono y abuso sexual. Además, por un lado diferenciaremos negligencias en función de las necesidades no cubiertas, esto es:

- Negligencia hacia necesidades físicas (1)
- Seguridad (2)
- Formativas (3)
- Psíquicas (4).

Por otro lado, diferenciaremos el maltrato emocional del abandono, diferenciando a su vez dentro del maltrato emocional:

- Rechazar (a)
- Atemorizar (b)
- Aislar (c)
- Restricción autonomía (d)
- Sobreexigencia (e)
- Transmisión de impredecibilidad, inestabilidad o inseguridad respecto al futuro inmediato (f).

Una vez finalizado el ejercicio, ofreceremos la hoja de correcciones para confirmar las respuestas correctas. De este modo, abriremos un espacio para resolver dudas y debatir sobre cuestiones que hayan podido surgir durante el ejercicio.

	NEGLIGENCIA (1, 2, 3 o 4).	MALTRATO FÍSICO	MALTRATO		ABUSO SEXUAL
			EMOCION AL (a, b, c, d, e o f).	ABA NDO NO	
<i>Ejemplo: Presencia prolongada de parásitos.</i>	X (1)				
Alimentación no apropiada a la edad.					
El menor presenta lesiones que corresponden a diferentes etapas de resolución.					
Las figuras parentales no le dan la debida importancia la necesidad de apoyar y supervisar las tareas escolares del menor.					
Sangrado por vagina y/o ano.					
Ingestión de sustancias que dañan al feto.					
Se observan en el menor lesiones que reproducen la forma del objeto que pudo provocar la lesión: dedos, nudillos, cinturones, cables, hebillas, perchas, etc.					
El niño es sometido por las figuras parentales a una presión excesiva en cuanto a los logros académicos y comportamentales a alcanzar, estando estas claramente por encima de las posibilidades y capacidades del niño dada su edad.					
El niño, niña o adolescente ha experimentado en el último año más de tres cambios en las personas adultas que asumen su cuidado.					

Calzado inapropiado en relación a la estación del año.					
Ausencia de demostraciones físicas y verbales de afecto hacia el menor por parte de las figuras parentales.					
Se observan en el menor lesiones en las zonas no expuestas del cuerpo. Sin relación con prominencias óseas (abdomen, genitales, espalda, glúteos, dorso de manos, orejas).					
Presencia prolongada de parásitos.					
No vacunación.					
Las figuras adultas de referencia del menor, trasladan a través de mensajes verbales, una grave inseguridad sobre aspectos fundamentales de su futuro inmediato.					
Rupturas o amenazas de ruptura y retirada de amor en las relaciones significativas para el menor.					
El niño no cuenta con la supervisión adecuada para su edad, lo dejan solo en casa de 2 a 4 horas con 6 años.					
Conductas hipersexualizadas o autoeróticas en el menor.					
El niño muestra miedo a los adultos.					
El menor verbaliza no poder dormir por las noches, en casa hay mucha gente y ruido por las noches.					
El menor muestra ausencia de miedo o asume riesgos extremos.					

Relación dependiente que inhibe el fomento de autonomía del menor.					
El niño, niña o adolescente se ve implicado de forma continuada en conductas o relaciones de riesgo que las personas adultas minimizan o desatienden.					
Las figuras parentales han acordado con terceras personas que éstas asuman el cuidado del menor y transcurrido el tiempo acordado no vuelven para hacerse cargo de él o ella.					
La persona menor de edad acude con síntomas compatibles a una enfermedad de transmisión sexual, por ejemplo, condilomas acuminados.					
No reconocimiento de los problemas o síntomas de malestar emocional en el niño, niña o adolescente.					
No existe una provisión estable de una formación estructurada a través de la escuela u otro modelo alternativo adecuadamente homologado.					
Ir a la escuela demasiado pronto o no querer irse a casa.					
Las figuras parentales confinan o ponen limitaciones o restricciones no razonables al menor respecto a la relación con iguales u otras personas adultas en la comunidad.					
Sedentarismo.					
Las figuras parentales o de cuidado raramente ponen límites y normas o son con frecuencia claramente inapropiados por su excesiva restricción o laxitud. Se considera muy probable que esto pueda conllevar en el menor problemas de comportamiento y adaptación en un futuro.					
La figura materna amenaza al niño con abandonarle, generando en él un miedo intenso.					

El niño sufre accidentes o agresiones como consecuencia de la falta de supervisión					
El menor ha sido abandonado por su padre, madre o figuras que ejercen su tutela o guarda en la calle o en un hospital y han desaparecido.					
El niño, niña o adolescente tiende a faltar al colegio más a menudo que sus iguales, lo que ha comenzado a afectar a su rendimiento escolar.					
Lesiones en zonas genitales y/o anal					
Niña de 14 años se queda en casa cuidando de sus hermanos menores que ella, sacrificando sus propias necesidades y tareas evolutivas, para satisfacer así necesidades emocionales de apoyo de la madre.					
Mostrar que no le gusta o evitar el contacto físico, no tolerando muestras físicas de afecto o caricias.					
El menor es humillado públicamente por la persona que ejerce cuidado sobre él.					

Hoja de resultados

	NEGLIGENCIA (1, 2, 3 o 4).	MALTRATO FÍSICO	MALTRATO		ABUSO SEXUAL
			EMOCION AL (a, b, c, d, e o f).	ABA NDO NO	
Alimentación no apropiada a la edad.	X 1				

El menor presenta lesiones que corresponden a diferentes etapas de resolución.		X			
Las figuras parentales no le dan la debida importancia la necesidad de apoyar y supervisar las tareas escolares del menor.	X 3				
Sangrado por vagina y/o ano.					X
Ingestión de sustancias que dañan al feto.	X 1				
Se observan en el menor lesiones que reproducen la forma del objeto que pudo provocar la lesión: dedos, nudillos, cinturones, cables, hebillas, perchas, etc.		X			
El niño es sometido por las figuras parentales a una presión excesiva en cuanto a los logros académicos y comportamentales a alcanzar, estando estas claramente por encima de las posibilidades y capacidades del niño dada su edad.			X e		
El niño, niña o adolescente ha experimentado en el último año más de tres cambios en las personas adultas que asumen su cuidado.				X	
Calzado inapropiado en relación a la estación del año.	X 1				
Ausencia de demostraciones físicas y verbales de afecto hacia el menor por parte de las figuras parentales.	X 4				

Se observan en el menor lesiones en las zonas no expuestas del cuerpo. Sin relación con prominencias óseas (abdomen, genitales, espalda, glúteos, dorso de manos, orejas).		X			
Presencia prolongada de parásitos.	X 1				
No vacunación.	X 1				
Las figuras adultas de referencia del menor, trasladan a través de mensajes verbales, una grave inseguridad sobre aspectos fundamentales de su futuro inmediato.			X f		
Rupturas o amenazas de ruptura y retirada de amor en las relaciones significativas para el menor.	X 4				
El niño no cuenta con la supervisión adecuada para su edad, lo dejan solo en casa de 2 a 4 horas con 6 años.	X 2				
Conductas hipersexualizadas o autoeróticas en el menor.					X
El niño muestra miedo a los adultos.		X			
El menor verbaliza no poder dormir por las noches, en casa hay mucha gente y ruido por las noches.	X 1				

El menor muestra ausencia de miedo o asume riesgos extremos.		X			
Relación dependiente que inhibe el fomento de autonomía del menor.	X 4				
El niño, niña o adolescente se ve implicado de forma continuada en conductas o relaciones de riesgo que las personas adultas minimizan o desatienden.	X 2				
Las figuras parentales han acordado con terceras personas que éstas asuman el cuidado del menor y transcurrido el tiempo acordado no vuelven para hacerse cargo de él o ella.				X	
La persona menor de edad acude con síntomas compatibles a una enfermedad de transmisión sexual, por ejemplo, condilomas acuminados.					X
No reconocimiento de los problemas o síntomas de malestar emocional en el niño, niña o adolescente.	X 4				
No existe una provisión estable de una formación estructurada a través de la escuela u otro modelo alternativo adecuadamente homologado.	X 3				
Ir a la escuela demasiado pronto o no querer irse a casa.		X			
Las figuras parentales confinan o ponen limitaciones o restricciones no razonables al menor respecto a la relación con iguales u otras personas adultas en la comunidad.			X c		

Sedentarismo.	X 1				
Las figuras parentales o de cuidado raramente ponen límites y normas o son con frecuencia claramente inapropiados por su excesiva restricción o laxitud. Se considera muy probable que esto pueda conllevar en el menor problemas de comportamiento y adaptación en un futuro.	X 4				
La figura materna amenaza al niño con abandonarle, generando en él un miedo intenso.			X b		
El niño sufre accidentes o agresiones como consecuencia de la falta de supervisión	X 2				
El menor ha sido abandonado por su padre, madre o figuras que ejercen su tutela o guarda en la calle o en un hospital y han desaparecido.				X	
El niño, niña o adolescente tiende a faltar al colegio más a menudo que sus iguales, lo que ha comenzado a afectar a su rendimiento escolar.	X 3				
Lesiones en zonas genitales y/o anal					X
Niña de 14 años se queda en casa cuidando de sus hermanos menores que ella, sacrificando sus propias necesidades y tareas evolutivas, para satisfacer así necesidades emocionales de apoyo de la madre (parentalización).			X d		

Mostrar que no le gusta o evitar el contacto físico, no tolerando muestras físicas de afecto o caricias.		X			
El menor es humillado públicamente por la persona que ejerce cuidado sobre él.			X a		

10.9 ANEXO IX: ANÁLISIS DE UN CASO REAL

El objetivo de esta actividad es poder confirmar a través del análisis de un caso real, la importancia de la detección precoz. Para ello, la tarea consiste en analizar la trayectoria de un caso real durante diferentes momentos de su evolución. De este modo, la finalidad será observar la evolución de un caso que no se ha detectado de forma precoz, y analizar así, las consecuencias a nivel de sintomatología, nivel de gravedad, desprotección... que se dan durante los distintos momentos evolutivos del caso. Del mismo modo, el objetivo será plantear distintas estrategias que de haberse puesto en marcha, hubieran favorecido la evolución del caso.

Datos de mayo de 2015:

Maider, es una niña de 10 años que cursa quinto de primaria. Se muestra introvertida y le cuesta hacer nuevos amigos, aunque se arregla bien con su grupo establecido de iguales. No le gusta el deporte, así lo corrobora el profesor de educación física. Tiene dificultades académicas, y la madre nos cuenta que aunque ella no ha entendido porqué, le han dicho que la niña tiene que repetir curso. En la revisión de los 10 años, se repasa dieta alimentaria debido a que se observa el IMC un poquito elevado con respecto a las últimas veces, aunque en rango.

¿Existen indicadores de desprotección? ¿Cuáles son? ¿De qué tipología podríamos estar hablando? ¿La gravedad de la situación es elevada y/o requiere de una actuación urgente? ¿Tengo datos suficientes para notificar el caso? ¿Qué evolución podría tener en caso de no notificarlo en este momento? _____

Datos de febrero de 2017:

La menor verbaliza tener un nuevo grupo de amigos, con los que suele juntarse los fines de semana para pasar tiempo en la calle. Académicamente su evolución está siendo favorable en estos momentos. La figura materna cuenta que está teniendo problemas con la hermanastra de Maider, quien hasta ahora vivía con ellas. Al parecer la menor ha decidido irse a vivir con su padre por tener problemas de relación con la figura materna, quien cuenta los hechos alterada y significativamente nerviosa. Maider cuenta que su hermana se ha ido porque discutía mucho con su madre. Se observa apatía, tristeza y abatimiento en la menor.

¿Existen indicadores de desprotección? ¿Cuáles son? ¿De qué tipología podríamos estar hablando? ¿La gravedad de la situación es elevada y/o requiere de una actuación urgente? ¿Tengo datos suficientes para notificar el caso? ¿Qué evolución podría tener en caso de no notificarlo en este momento?

Datos de marzo 2018:

La menor ha dejado de relacionarse con su grupo de amigos, dice que se aburre cuando sale con ellos a la calle, ya que solo se juntan para “comer chuches y charlar”. Comenta además, que a veces salen de noche, y le da miedo ir desde el centro hasta su casa (más a las afuera del pueblo) sola. Comenta que para ir a clase tiene el mismo problema, que tiene que ir andando hasta allí, porque el autobús que puede llevarle, suele ir lleno y siente angustia y ansiedad cuando va en él. Le gusta salir con una amiga del vecindario, quien tiene dos años más que ella. Dice tener que hacer el trayecto cuatro veces al día, ya que al no gustarle la comida del comedor, vuelve a casa a comer, con el tiempo justo para volver a tiempo. Comenta que a menudo le llama para invitarle a su casa a pasar la

tarde. Dice que hace tiempo que no ve a su hermana, ya que esta última no quiere saber nada de su madre, alegando que “esa mujer está loca”.

¿Existen indicadores de desprotección? ¿Cuáles son? ¿De qué tipología podríamos estar hablando? ¿La gravedad de la situación es elevada y/o requiere de una actuación urgente? ¿Tengo datos suficientes para notificar el caso? ¿Qué evolución podría tener en caso de no notificarlo en este momento? _____

Datos de noviembre 2018:

Unos meses más tarde, la menor empieza a faltar a menudo a clase, algunas de las faltas son justificadas por la figura materna. Además, empieza a manifestar somatizaciones como; dolores de cabeza, dolor abdominal, vómitos y diarreas. A menudo falta a clase o se va a casa por estas razones. Sin embargo;

Datos de enero 2019:

Ha aprobado todas las asignaturas a pesar de haber faltado tanto a clase.

¿Existen indicadores de desprotección? ¿Cuáles son? ¿De qué tipología podríamos estar hablando? ¿La gravedad de la situación es elevada y/o requiere de una actuación urgente? ¿Tengo datos suficientes para notificar el caso? ¿Qué evolución podría tener en caso de no notificarlo en este momento? _____

Datos de febrero 2019:

A los pocos meses su absentismo escolar es del 100%. Acude al Centro de Salud en varias ocasiones por infecciones urinarias de repetición, diarreas, dolor de cabeza, etc. Se observan niveles elevados de tristeza en la menor. Se pasa los días en casa, aislada de todo, ni siquiera sale con su amiga de la vecindad, su única socialización la realiza a través de las redes sociales, y generalmente es con gente que no conoce personalmente. Duerme casi durante todo el día y no lleva unas rutinas de higiene, alimentación, ejercicio... saludables. Cuando se le pregunta por las razones por las que ha dejado de acudir a clase, responde que “la figura materna le provoca tanto estrés y malestar emocional que es incapaz de concentrarse en nada más”.

¿Existen indicadores de desprotección? ¿Cuáles son? ¿De qué tipología podríamos estar hablando? ¿La gravedad de la situación es elevada y/o requiere de una actuación urgente? ¿Tengo datos suficientes para notificar el caso? ¿Qué evolución podría tener en caso de no notificarlo en este momento? _____

10.10 ANEXO X: ANÁLISIS DE CASOS

Nos agrupamos por grupos de 3-4 personas, de forma que cada grupo decidirá qué miembro realizará las labores de portavoz. Se repartirán los casos al alzar entre los distintos grupos, de manera que cada uno deberá analizar el caso asignado, respondiendo a cada una de las siguientes preguntas:

- ¿Se observa existencia de malos tratos, situación de desprotección o riesgo infantil?
- Señala indicadores de desprotección y posibles tipologías.
- Señala indicadores de protección: ¿Qué conductas protectoras se observan en las figuras parentales?, ¿Se observan resistencias en la familia o por el contrario se muestran colaboradores?, ¿Muestran conciencia de problema o preocupación?
- ¿Es un caso a compartir con el equipo de los Servicios Sociales? ¿La gravedad es tan elevada como para notificar el caso de forma urgente, siendo así necesaria una salida de urgencia del menor del domicilio familiar?
- ¿Se observa necesidad de compartir el caso con otros agentes de la red, como por ejemplo el Centro de Salud Mental?
- ¿Qué información añadida sería de utilidad recopilar antes de compartir el caso con el equipo de Servicios Sociales?

Por último, el portavoz expondrá las conclusiones de dicho análisis al resto de los asistentes. De este modo, se abrirá debate para entre todos acordar pautas y estrategias en cada caso, resolviendo dudas y preguntas simultáneamente.

Caso 1

Cuando Laura tenía 11 años pasaba mucho tiempo balanceándose. Parecía no ser consciente de su conducta. También se le había visto chupándose el pulgar. Su madre había muerto cuando ella tenía 6 años y su padre se había vuelto a casar cuando tenía 7 años. Poco después, Laura comenzó a tartamudear cuando estaba nerviosa. Su padrastro era un militar que describía a Laura como “una niña frágil y miedosa con la que había que mostrarse duro y rígido para que se volviera valiente”. Esto dañaba seriamente el ya inestable autoconcepto de la niña. Después Laura describió los miedos irracionales que le perseguían día y noche. Se había obsesionado con “alienígenas que iban a venir a destruir el mundo”.

Caso 2

Juan, el hijo mayor de la familia, ha cumplido 14 años hace 3 meses y acude a la consulta de enfermería acompañado de su madre. La figura materna comenta que desde el centro escolar le han informado de que el menor muestra comportamiento violento con sus iguales. Ella refiere que hay días en los que observa al menor extremadamente contento, pero sin embargo, días en los que se muestra completamente abatido. En ocasiones en las que ha acudido a consulta se han observado marcas de autolesiones en sus brazos (que el menor no intenta ocultar). Cuando se le pregunta por las marcas no quiere compartir las razones de tenerlas. La enfermera pregunta si existe algún cambio o acontecimiento estresante en sus vidas actualmente y la madre refiere que se está divorciando de su marido, por razones de violencia de género.

Caso 3

Menor de 12 años de origen Marroquí que acude a la consulta de la enfermera pediátrica con el fin de actualizar el calendario vacunal. Traen consigo una cartilla con datos recientes de su país de origen, por lo que se les pregunta sobre su proceso de migración. Comentan haber migrado desde Ceuta hasta el municipio Guipuzcoano en el que residen actualmente desde hace cuatro meses aproximadamente. Verbalizan haber venido junto con el mayor de los hermanos (diagnosticado de tetraparesia) de 18 años y el padre, quien había comenzado a trabajar en la construcción hasta que tuvo una lesión de rodilla, lo que le ha provocado estar de baja a espera de una intervención quirúrgica de prótesis de rodilla. El menor comenta estar muy enfadado con sus padres por traerle de Marruecos, donde él era muy feliz conviviendo con sus otros hermanos, quienes se han quedado en Marruecos. La madre refiere que el menor ha comenzado a no querer ir al colegio, no querer asearse, no querer salir a la calle, etc. El menor dice que no tiene amigos con los que poder salir y jugar.

Caso 4

Según comentan las figuras parentales, Gorka, niño de 7 años, comienza a mostrar graves síntomas de malestar psíquico, dichos datos también coinciden con la información obtenida en el centro escolar: se enfada sin razón aparente, agrede al que tiene alrededor, lanza objetos contundentes como sillas, insulta al profesorado, llora y menciona a su madre de forma desesperada, se esconde debajo de la mesa, se orina y defeca encima, utiliza expresiones e insultos muy inadecuados, no es capaz de jugar

estructuradamente y entender los límites y las normas, no tiene habilidades sociales, etc. Las figuras parentales verbalizan que estos síntomas coinciden con un periodo en el que la figura materna está pasando por un proceso de cáncer.

Es por ello que el menor comienza a acudir al Centro de Salud Mental de Arrasate, donde es diagnosticado por la psiquiatra infantil y el psicólogo clínico del Centro de Salud Mental de “Psicosis Infantil”. Ambos profesionales coinciden en que el menor es muy frágil. Sufre un gran descontrol y su estructura psíquica está muy desorganizada, razón por la cual se comienza tratamiento con psicofármacos.

Caso 5

Niña de 6 años que tras estar viviendo sus primeros años en República Dominicana regresa junto a su madre y una hermana de 8 años para poder comenzar una nueva vida, en convivencia con su padre y su hermano (de 17 años). El padre vino hace 5 años con el fin de trabajar y enviar dinero a República Dominicana, hasta que finalmente ha sido posible la reagrupación familiar. Pasarán a vivir al domicilio de la abuela paterna, quien dio cobijo a su hijo y nieto a medida que estos fueron llegando, hasta que puedan permitirse un domicilio en alquiler. Todo es nuevo para las menores que acaban de llegar de su país de origen, ya que no conocen a la abuela paterna, a pesar de que en ocasiones han hablado por teléfono con ella, tendrán que aprender hablar euskera, etc. Sobre todo, la menor de 6 años comenta que echa mucho de menos a su abuela materna, quien prácticamente ha criado a la niña hasta ahora.

10.11 ANEXO XI: PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE POSIBLES SITUACIONES DE RIESGO O DESPROTECCIÓN INFANTIL.

ADINGABEEK IZAN DITZAKETEN BABESIK EZA EDO ARRISKU EGOERAK JAKINARAZTEKO PROTOKOLOA

PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE POSIBLES SITUACIONES DE RIESGO O DESPROTECCIÓN INFANTIL

Informe elaborado por:

.....

-k idatzia

.....-an, 20.....-ko-k...

En ...

1. IDENTIFIKAZIO DATUAK /DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Egoera jakinarazten edo bideratzen duen pertsonaren datuak/Datos de la persona que notifica la situación

Izena

Abizenak

Kargua edo postua/

Haur edo nerabearekin duen harremana

Telefonoa
Teléfono

Faxa/ Fax

E-posta/ E-mail

Haur edo nerabeen datuak/ Datos de los/as menores

Izen-abizenak Nombre y apellidos	Jaioteguna Fecha de nacimiento	Generoa Género	Helbidea Dirección

Haur edo nerabeen arduradunen datuak/ Datos de las personas responsables del/la menor

Izen-abizenak Nombre y apellidos	Ahaidetasuna Parentesco	Helbidea Dirección	Telefonoa Teléfono

Haur edo nerabearentzat garrantzizkoak diren beste pertsona batzuen datuak (senitartekoak...)
Otras personas referentes para el/la menor (familia extensa...)

Izen-abizenak Nombre y apellidos	Ahaidetasuna Parentesco	Helbidea Dirección	Telefonoa Teléfono

2. JAKINARAZPENARI BURUZKO INFORMAZIOA/ INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN

Jakinarazpenaren arrazoa/ Motivo de la notificación

--

Noiztik ezagutzen da egoera hau? Zein maiztasunez?/ ¿Desde cuando y con qué frecuencia se conoce la situación?

Haur eta nerabeak dituzten min edo ondoezaren adierazleak (fisikoari, portaerari, garapen kognitiboari, beste hurrekin eta helduekin izaten diren harremanei etab. dagozkienak)/ Indicadores de daño o malestar observados en los niños/as (físicos, comportamentales, cognitivos, de relación etc.)
--

--

Aita, ama, tutore edo zaintzailearen haur edo nerabearekiko jokabidea:/ Comportamiento de los padres o responsables legales hacia los/as menores

--

Familiari eragiten dioten beste arazo esanguratsu batzuk/ Otros problemas significativos que afectan a la familia
--

--

Jakinarazpena egiten duen zentroak arazo honen inguruan egindako ekimenak/ Actuaciones llevadas a cabo por el centro que realiza la notificación

--

Haur edo nerabearen ardura duten pertsonak ba al dute jakinarazpen honen berri?/ Las personas responsables ¿Conocen esta notificación?

--

Informazio hau dela eta, zein izan da beren erantzuna?/ ¿Cómo han reaccionado a esta información?
--

--

Arazoaren/zailtasunaren jabetze maila/ Nivel de conciencia del problema/dificultad

--

Gizarte zerbitzuen laguntza jasotzeko prestutasunik ba al dago familiaren aldetik?/ ¿Existe disponibilidad para recibir apoyo desde los servicios sociales por parte de la familia?
--

--

3. **GAIARI BURUZKO BESTELAKO INFORMAZIO GARRANTZITSUA/** OTRA
INFORMACIÓN QUE SE CONSIDERE RELEVANTE

4. **PROPOSAMENAK EDO ORIENTAZIOA/** PROPUESTA U ORIENTACIÓN