



PROTOCOLO DE ABSENTISMO:

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA ANTE SITUACIONES DE ABSENTISMO ESCOLAR

Introducción

Este programa de prevención, intervención y seguimiento en casos de absentismo escolar se desarrolla según los criterios establecidos en la Orden de 09-03-2007, de las Consejerías de Educación y Ciencia y de Bienestar Social.

Dicha Orden reconoce que “*la identificación inmediata, la notificación a familias y, en su caso, las actuaciones combinadas con las entidades locales a través de servicios sociales son medidas necesarias. Pero también ha quedado de manifiesto que, para que las medidas emprendidas resulten verdaderamente eficaces, es preciso revisar los procedimientos de coordinación, modificar la composición y funciones de las comisiones de absentismo y potenciar las actuaciones preventivas y los programas individuales de intervención más que la mera notificación del alumnado absentista.*” Por este motivo se aborda en dicha Orden un continuo de actuaciones, desde las preventivas a las de intervención y seguimiento con la participación no sólo de los centros educativos y los servicios sociales, sino también del conjunto de administraciones implicadas en la materia.

Objetivos del programa.

El programa tendrá carácter global. Estará basado en actuaciones educativas y coordinadas que aseguren una respuesta global. Los objetivos de este programa son los siguientes:

- Establecer medidas preventivas ante cualquier situación que suponga un riesgo de absentismo.
- Realizar actuaciones encaminadas a concienciar a las familias de la importancia de la educación, como medida preventiva ante posteriores situaciones de absentismo.
- Establecer mecanismos de coordinación entre administraciones públicas para paliar las circunstancias que facilitan el absentismo escolar.
- Identificar la situación de ausencia desde el momento en que se produce.
- Dar respuesta a problemas específicos que padecen determinados colectivos en situación de mayor riesgo.
- En caso de alumnado perteneciente a familias de trabajadores temporeros, facilitar información inmediata al centro de destino para atender en su lugar de acogida, las ausencias derivadas de la temporalidad del trabajo.

Entidades implicadas.

Las diferentes entidades implicadas en este programa serán las siguientes:

- Servicios educativos de los centros.



- Orientadores y orientadoras.
- Servicios sociales de la localidad.
- Ayuntamientos.

Actuaciones.

Los objetivos enumerados se concretan en actuaciones que han de tener un carácter preventivo, para anticipar y evitar situaciones de absentismo; y ejecutivo, para erradicar de manera inmediata la situación absentista. Las diferentes actuaciones se clasifican en:

Preventivas.

- Campañas de sensibilización e información;
- Programas de intervención socioeducativa a las familias y a la comunidad;
- Programas que favorezcan los procesos de acogida del alumnado de nueva incorporación;
- Actividades de ocio y tiempo libre;
- Actuaciones conjuntas entre el Centro y Servicios Sociales

De Intervención y Seguimiento.

- Detección de la situación.
- Entrevista con la familia.
- Estudio del caso por el equipo de orientación y apoyo.
- Estudio del caso por servicios sociales.
- Selección de medidas educativas.
- Informe al Servicio de Inspección Educativa.
- Seguimiento de la asistencia escolar del alumno o alumna.
- Solicitud al Ayuntamiento de la localidad.
- Plan de coordinación y seguimiento.
- Intervención de Servicios sociales.

Desarrollo de las actuaciones.

Las actuaciones de intervención y seguimiento anteriormente citadas se desarrollan como sigue:

- Detección de la situación.



El tutor o tutora llevará un control de la asistencia diaria y, en caso de que se observe una situación de absentismo, lo comunicará de manera inmediata a la familia e informará al equipo directivo, con el fin de permitir la incorporación guiada del alumno a las actividades programadas en el centro.

- Entrevista a la familia.

En caso de no remitir la situación de absentismo, el tutor o tutora, si es preciso con el concurso del equipo directivo, citará a una entrevista a la familia o tutores legales.

- Estudio del caso por el equipo de orientación y apoyo.

En el caso de no resolverse la situación con las actuaciones anteriores, se deberá realizar una valoración de la situación personal y escolar del alumno por el equipo de orientación y apoyo, la cual tendrá como resultado una serie de orientaciones por escrito al tutor o tutora.

- Estudio del caso por servicios sociales.

Cuando de la anterior valoración se deduzca que predominan los factores socio-familiares, se solicitará la valoración de la situación socio-familiar a los servicios sociales.

- Selección de medidas educativas.

Una vez realizada dicha valoración, se acordarán las medidas adecuadas por parte del equipo de orientación y apoyo y los servicios sociales, cuando intervengan. Estas medidas se concretarán en un plan de intervención socieducativa que podrá incluir estrategias de respuesta educativa por parte del profesorado, e intervenciones en el contexto familiar y social del alumno o alumna absentista.

- Informe al Servicio de Inspección Educativa.

Se informará a la Inspección de Educación para que garantice el cumplimiento de los derechos y deberes del alumnado y de las familias.

- Seguimiento de la asistencia escolar del alumno o alumna.

Se realizará un seguimiento periódico por parte del tutor o tutora de la situación de absentismo, en colaboración con la familia y servicios sociales, cuando intervengan, con un plazo fijo en los momentos iniciales y variable a partir de su desaparición.

- Solicitud al ayuntamiento de la localidad.

El director del centro junto con servicios sociales solicitarán colaboración al ayuntamiento para el seguimiento del alumnado que presenta una situación de absentismo prolongada.

- Plan de coordinación y seguimiento.

El centro educativo regulará y coordinará los diferentes procedimientos de intervención dentro del marco de la autonomía pedagógica y organizativa, mediante el plan de coordinación y seguimiento. Estos procedimientos vendrán contemplados en las normas de convivencia, organización y funcionamiento del centro.

- Intervención de servicios sociales.

Los servicios sociales de la localidad intervendrán elaborando protocolos de uso común, atendiendo a sus funciones y de acuerdo con los procedimientos que reglamentariamente tengan establecidos.

Las diferentes fases de la intervención quedan explicitadas de forma esquemática en el Anexo I de este programa.



ANEXO I: FASES DE LA INTERVENCIÓN

FASES	PROFESIONALES RESPONSABLES	ACTIVIDAD	PRODUCTO O RESULTADO
1	Tutor o Tutora	Detección de la situación absentista.	Registro de datos
2	Tutor/a y Equipo Directivo	Entrevista con la familia.	Extracto de la entrevista.
3	Equipo de Orientación y Apoyo	Estudio del caso, una vez constatada la persistencia de la situación (más de 15 días)	Evaluación. Orientaciones al Tutor o Tutora.
4	Representante del Equipo Educativo y Representante de Servicios Sociales	Estudio conjunto del caso, cuando predomine la problemática familiar.	Informe de Evaluación.
5	Equipo de orientación y Apoyo y Servicios sociales.	Selección de medidas educativas de común acuerdo.	Plan de Intervención Socioeducativa.
6	Director del Centro.	Se informa a la Inspección para garantizar los derechos y deberes del alumnado.	Informe escrito.
7	Tutor o Tutora y Servicios sociales.	Seguimiento de la asistencia escolar del alumno.	Temporalización, registro o informe de circunstancias.
8	Director del Centro y Servicios sociales.	Solicitud al Ayuntamiento ante situaciones prolongadas de absentismo.	Solicitud conjunta explicando la trayectoria escolar del alumno/a.
9	Equipo Educativo.	Regular y coordinar los procedimientos de intervención.	Plan de coordinación y seguimiento.
10	Servicios Sociales.	Intervención según sus funciones.	Protocolos de uso común.

Protocolo UNIFICADO DE INTERVENCIÓN con NIÑOS y ADOLESCENTES

de Castilla-La Mancha



Protocolo UNIFICADO DE INTERVENCIÓN **con NIÑOS y ADOLESCENTES** de Castilla-La Mancha

Gobierno de Castilla-La Mancha

EDITA:

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

COORDINADORES:

Silvia Valmaña Ochaita.

Cristina Galán Torrecilla.

ELABORADO POR:

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales

Dirección General de la Familia, Menores y Promoción Social

SILVIA VALMAÑA OCHAITA. Directora General de la Familia, Menores y Promoción Social.

CRISTINA GALÁN TORRECILLA. Jefa de Servicio de Familia, Infancia y Menores.

SORAYA DE LA CRUZ GARCÍA. Coordinadora de Intervención con Menores y Jóvenes Infractores de Castilla-La Mancha.

GONZALO CUEVAS FERNÁNDEZ. Jefe de Sección.

M^a PALOMA GÓMEZ GARCÍA. Secretaría.

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

FRANCISCO FERNÁNDEZ PÁEZ. Jefe de Servicio de Programas Asistenciales (D.G. de Atención Sanitaria y Calidad).

Consejería de Educación, Cultura y Deporte

Dirección General de Organización, Calidad Educativa y Formación Profesional

ISABEL COUSO TAPIA. Directora General de Organización, Calidad Educativa y Formación Profesional.

JOAQUÍN MILLÁN JIMÉNEZ. Jefe Servicio de Organización.

MARÍA ÁNGELES MUÑOZ MORENO. Equipo de apoyo educativo de reforma de menores del "CEJ La Cañada" (EACRM). Servicios Educativos.

Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas

Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha

M^a TERESA NOVILLO MORENO. Directora del Instituto de la Mujer.

CARMEN GARCÍA SÁNCHEZ. Jefa de Servicio de Programas y Recursos.

Dirección General de Protección Ciudadana

ANTONIO PUERTO GÓMEZ. Director General de Protección Ciudadana.

DIEGO GÓMEZ OSUNA. Director de los Servicios de Emergencias y Protección Civil.

Juzgado de Menores de Toledo

JOSE RAMÓN BERNACER MARÍA. Magistrado del Juzgado de Menores de Toledo.

Fiscalía de Menores de Toledo

M^a CARMEN LÓPEZ DE LA TORRE. Fiscal Delegada de Menores de la Fiscalía Provincial de Toledo.

Guardia Civil

JOSE ANTONIO GÁMEZ DE LAS HERAS. Sargento Jefe del Equipo del Área Delitos contra las Personas-EMUME.

JOSE NIETO DE LOS RÍOS. Cabo 1º de la Unidad Orgánica de la Policía Judicial.

Cuerpo Nacional de Policía

CRISTINA RAMOS PÉREZ. Jefa del SAF y del GRUME de la Comisaría Provincial de Toledo.

Policía Local

LUIS SANTIAGO GARCÍA. Oficial de Policía Local. Jefatura de Guadalajara.

Universidad de Castilla-La Mancha. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

JOSE ANTONIO MORENO MOLINA. Catedrático de Derecho Administrativo.

FRANCISCO JAVIER DÍAZ REVORIO. Catedrático de Derecho Constitucional.

Centro Educativo Juvenil, "CEJ La Cañada"

JAVIER NUÑEZ CHICO. Director Territorial en Castilla-La Mancha de la Fundación Diagrama.

RAMONA CORONADO ALFARO. Directora del "CEJ La Cañada".

Centro Regional de Menores, "CRM Albaidel"

LONGINOS GARCÍA VERDE. Director del "CRM Albaidel".

Diseño portada

Carolina Espejo Fernández

Maquetación

IMP Comunicación

Toledo, febrero 2015

PRESENTACIÓN

La elaboración de un protocolo supone, sobre todo, la necesidad de integrar el esfuerzo y el conocimiento interdisciplinar que implica a un gran número de profesionales. Las reglas y los procedimientos que conforman un protocolo, deben reunir, además, la fuerza de la ley y la eficacia de la convicción.

Durante casi dos años un numeroso grupo de expertos de diferentes ámbitos se ha reunido, ha debatido y, finalmente, ha concretado la aplicación de las normas existentes en los procedimientos necesarios para garantizar, en todo caso y en todos los casos, el interés superior del menor en los aspectos más relevantes de su vida cotidiana y especialmente los que requieren la intervención de las administraciones.

El Protocolo Unificado de Intervención con Niños y Adolescentes de Castilla-La Mancha representa una apuesta por la visión integral e integradora de todas las actuaciones, en los diferentes ámbitos, que puedan afectar a los menores, dotando de seguridad jurídica a dichas intervenciones y garantizando la defensa de los derechos de los menores en condiciones de igualdad.

Esta igualdad de trato a todos los niños y adolescentes en todo el territorio de Castilla-La Mancha sólo es posible cuando en la interpretación normativa se introducen los procedimientos más adecuados para hacer real la protección legalmente garantizada.

Es una gran satisfacción poder presentar un renovado protocolo de intervención con menores, que tiene además la pretensión de integridad en las acciones que se dirijan a lograr la mejor atención de los niños y niñas de nuestra región y la garantía de sus derechos.

El Protocolo Unificado de Intervención con Niños y Adolescentes de Castilla-La Mancha supone la culminación de un gran trabajo en el que han tomado parte especialistas de los servicios sociales, de la medicina, de la educación, del derecho y, sobre todo, de la protección de los menores. Todos ellos han puesto al servicio de nuestra sociedad su conocimiento y experiencia, su ilusión y su entusiasmo para que este trabajo sea de utilidad a quienes tienen el deber y el privilegio de defender los derechos de los niños y niñas de Castilla-La Mancha.

**José Ignacio Echániz Salgado
Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales**

ÍNDICE DE CONTENIDOS



ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES: PROTECCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES 9

1.- INTRODUCCIÓN: DEBERES Y RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES, DE LOS CIUDADANOS Y DE LOS PODERES PÚBLICOS RESPECTO DE LOS MENORES.....	11
2.- MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA	11
3.- EL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	12
4.- DENUNCIA-COMUNICACIÓN-SOSPECHA POR PARTE DE UN FAMILIAR O CUALQUIER CIUDADANO DE UNA POSIBLE SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN DE MENORES.....	17
5.- ACOGIMIENTO RESIDENCIAL	22
6.- MENORES EXTRANJEROS NO ACOMPAÑADOS	28
7.- PROCEDIMIENTO PARA LA DECLARACIÓN DE MENORES CON CONDUCTA INADAPTADA	29
8.- MENORES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA ASOCIADOS A TRASTORNOS PSIQUETRICOS	30



ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES: INTERVENCION EN SITUACIÓN DE MALTRATO A NIÑOS Y ADOLESCENTES 33

1.- INTRODUCCIÓN	35
2.- MARCO NORMATIVO	35
3.- MARCO TEÓRICO	38
4.- PAUTAS DE INTERVENCIÓN ANTE LOS CASOS DE MALTRATO INFANTIL	40
5.- ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	44
6.- PROGRAMAS ESPECIALIZADOS DE INTERVENCIÓN EN ABUSO SEXUAL INFANTIL EN CASTILLA-LA MANCHA.....	46
7.- NUEVAS FORMAS DE VIOLENCIA EN NIÑOS Y JÓVENES A TRAVÉS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.....	54



ÁREA DE EDUCACIÓN 57

1.- INTRODUCCIÓN	59
2.- ACTUACIÓN ANTE UN PROBLEMA MÉDICO DEL MENOR OCURRIDO EN EL CENTRO EDUCATIVO	61
3.- ACTUACIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO CUANDO EL MENOR NO ES RECOGIDO AL FINALIZAR EL HORARIO ESCOLAR	65
4.- ACTUACIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO ANTE AGRESIONES SEXUALES Y ABUSOS SEXUALES	68
5.- ACTUACIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO CUANDO EL MENOR NO ACATA LAS NORMAS DE CONVIVENCIA	71
6.- ACTUACIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO ANTE SUPUESTOS DE VIOLENCIA, MALTRATO Y ABUSO	72
7.- ACTUACIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO ANTE PADRES SEPARADOS/DIVORCIADOS	76



ÁREA DE CONFLICTO 87

1.- INTRODUCCIÓN	89
2.- CENTROS PARA LA EJECUCIÓN DE MEDIDAS JUDICIALES DE INTERNAMIENTO	91
3.- DESIGNACIÓN DEL CENTRO PARA LA EJECUCIÓN DE MEDIDAS JUDICIALES DE INTERNAMIENTO	96
4.- PROCEDIMIENTO ANTES DEL INGRESO DEL MENOR EN EL CENTRO PARA LA EJECUCIÓN DE MEDIDAS JUDICIALES DE INTERNAMIENTO.....	98
5.- PROCEDIMIENTO DE INGRESO DEL MENOR EN EL CENTRO PARA LA EJECUCIÓN DE MEDIDAS JUDICIALES DE INTERNAMIENTO.....	99
6.- NORMAS INTERNAS EN RELACIÓN AL FUNCIONAMIENTO DE LA VIDA COTIDIANA DEL CENTRO	101
7.- ANEXO.....	107



ÁREA DE SALUD 111

1.- INTRODUCCIÓN	113
2.- PRESTACIONES SANITARIAS ORIENTADAS AL MENOR.....	113
3.- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TOMA DE DECISIONES RELACIONADAS CON LA SALUD DEL MENOR.....	114
4.- DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA AL MENOR.....	115
5.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS CLÍNICOS	116
6.- INGRESOS EN CENTROS HOSPITALARIOS	116
7.- CUSTODIA DEL MENOR EN CENTROS SANITARIOS	118
8.- MEDIDAS DE CONTENCIÓN DE MENORES	118
9.- MALTRATO INFANTIL: DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN A LAS INSTITUCIONES SANITARIAS Y JUDICIALES.....	119



ÁREA DE FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD 121

1.- ÁMBITO SOCIAL.....	123
2.- ÁMBITO PENAL.....	124
3.- ÁMBITO DE SEGURIDAD CIUDADANA	126



NIÑOS Y ADOLESCENTES Y VIOLENCIA DE GÉNERO 127

1.- INTRODUCCIÓN	129
2.- DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO	130
3.- LEGISLACIÓN.....	130
4.- INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN UNA PAREJA.....	131
5.- CÓMO SE DEBE ACTUAR	131
6.- RECURSOS DE ATENCIÓN	131



ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES: PROTECCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

1.- INTRODUCCIÓN: DEBERES Y RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES, DE LOS CIUDADANOS Y DE LOS PODERES PÚBLICOS RESPECTO DE LOS MENORES

La parte de este protocolo unificado de intervención con niños y adolescentes dedicada específicamente al Área de Servicios Sociales y Protección de Menores, constituye una parte esencial del mismo, pero también obliga a realizar una reflexión previa a cerca de los deberes y responsabilidades de los padres, de los ciudadanos y de los poderes públicos con respecto a los menores.

Por ello resulta importante atenernos a lo estipulado en la legislación vigente en este sentido. De este modo el **Código Civil, TÍTULO VII, Capítulo I**, establece que “*los hijos no emancipados están bajo la potestad de los padres*”. La patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad y con respeto a su integridad física y psicológica.

Esta potestad comprende los siguientes deberes y facultades:

- 1.**- Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.
- 2.**- Representarlos y administrar sus bienes.

A su vez, en la legislación vigente en materia de familia e infancia se establece que los poderes públicos velarán por el cumplimiento de la obligación de los padres o tutores de un menor de dispensarle la atención y cuidados necesarios para que pueda disfrutar de unas condiciones de vida dignas que favorezcan su pleno desarrollo personal y social, en los términos establecidos por el ordenamiento jurídico vigente.

Cuando se detecte que no se atiende adecuadamente al menor en todos o algún nivel, se iniciarán las actuaciones pertinentes para la valoración de una posible situación de desprotección y adoptar en su caso, la medida protectora adecuada.

Asimismo constituye un deber legal de todos los ciudadanos colaborar con las autoridades y sus agentes en el cumplimiento de los fines de la Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha.

2.- MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA

Normativa Internacional:

- Convención sobre los Derechos del Niño. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989.
- Convenio Europeo en materia de adopción de menores. Estrasburgo, 27 de noviembre de 2008.
- Convenio relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación en materia de Adopción Internacional, hecho en La Haya el 29 de mayo de 1993.

Normativa Nacional:

- Código Civil [artículos relativos a protección de menores]. Real Decreto de 24 de julio de 1889.

- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Modificada por las Leyes Orgánicas 7/2000 y 9/2000, ambas de 22 de diciembre y la Ley Orgánica 15/2003 de 25 de noviembre. (B.O.E. 11 de 13/01/2000).
- Ley Orgánica 8/2006, de 4 de diciembre, que modifica la Ley 5/2000, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
- Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de Adopción Internacional.
- Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción.
- Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

Normativa de Castilla – La Mancha:

- Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha.
- Decreto 80/2012, de 26 de abril, ayudas económicas a familias numerosas y familias acogedoras de Castilla-La Mancha.
- Decreto 4/2010, de 26 de diciembre, de protección social y jurídica de los menores de Castilla-La Mancha.
- Decreto 29/2009, de 14 de abril, por el que se modifica el Decreto 45/2005 de 19 de abril, por el que se regula la adopción de menores.
- Decreto 133/2006, de 26 de diciembre, por el que se regulan las subvenciones a entidades privadas sin ánimo de lucro para el mantenimiento de centros destinados a menores afectados por medidas de protección o judiciales (DOCM nº 270, 29-12-2006) y su posterior modificación en el Decreto 15/2009, de 24 de febrero.
- Decreto 45/2005, de 19 de abril, por el que se regula la adopción de menores.
- Decreto 44/2005, de 19 de abril, sobre acreditación, funcionamiento y control de las entidades colaboradoras de adopción internacional.
- Decreto 71/1997, de 17 de junio, de Comisión de Tutela de Castilla-La Mancha, modificado por Decreto 52/1999, de 11 de mayo.

3.- EL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

La protección del menor comprende el conjunto de medidas, actuaciones y recursos destinados a prevenir e intervenir en situaciones de **riesgo, desamparo y conducta inadaptada** en que el mismo puede verse involucrado, que tiendan a garantizar su desarrollo integral y a promover una vida familiar normalizada, primando en todo caso, el interés superior del menor.

Por tanto, la existencia de una situación de desprotección es el supuesto de hecho o la causa para que entre en funcionamiento el sistema público de protección de menores de edad. Atendiendo a la gravedad de la situación de desprotección social en la que se pueda encontrar un menor, la legislación actual distingue entre situación de riesgo, situación de desamparo y situación de menores con conducta inadaptada. En los tres casos, si llega a conocimiento de un ciudadano o de profesionales de la salud, de los servicios sociales y de la educación que un menor o adolescente se halla en una situación de riesgo, desamparo o conducta inadaptada, existe el deber de comunicarlo a la **Comisión Provincial de Tutela y Guardia de Menores**, con la menor dilación posible.

Para poder realizar una correcta intervención, es necesario distinguir entre situaciones de riesgo, situaciones de desamparo y situaciones de conducta inadaptada.

3.1.- Situación de riesgo

Situaciones de riesgo son aquellas que, como consecuencia de circunstancias de carácter personal, familiar o de su entorno, perjudican el desarrollo personal o social del menor y en las que los padres, tutores o guardadores de los menores no asumen o puedan no asumir completamente sus responsabilidades para mitigarlas, sin que dichas situaciones requieran la asunción de la tutela por ministerio de la Ley.

Las situaciones de riesgo, se caracterizan por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar.

Se consideran factores de riesgo de un menor los siguientes:

- a. La falta de atención física o psíquica del menor que conlleve un perjuicio leve para su salud física o emocional.
- b. La dificultad para dispensar la atención física y psíquica adecuada al menor.
- c. El uso del castigo físico o emocional sobre el menor como patrón educativo.
- d. Las carencias que no puedan ser compensadas ni resueltas en el ámbito familiar que puedan conllevar la marginación, la inadaptación o el desamparo del menor.
- e. Las conductas y actitudes de los cuidadores que impidan o dificulten el desarrollo emocional y cognitivo del menor.
- f. El conflicto abierto y crónico entre los progenitores, cuando anteponen sus necesidades a las del menor.
- g. La falta de escolarización en edad obligatoria, el absentismo o el abandono escolar.
- h. La incapacidad o imposibilidad de controlar la conducta del menor y que pueda tener como resultado el daño a si mismo o a terceras personas.
- i. Las prácticas discriminatorias y vejatorias hacia el menor, que comporten un perjuicio para su bienestar y su salud mental y física.
- j. Cualesquiera otros establecidos en el ordenamiento jurídico.

3.2.- Situación de desamparo

Se considera situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.

La asunción de la tutela atribuida a la entidad pública lleva consigo la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria. No obstante, serán validos los actos de contenido patrimonial que realicen los padres o tutores en representación del menor y que sean beneficiosos para él.

Se consideran situaciones de desamparo las siguientes:

- a. El abandono voluntario del menor por parte de la familia, cuidadores o guardadores.
- b. La existencia de maltratos físicos o psíquicos, los abusos sexuales, la explotación, vejaciones o situaciones de análoga naturaleza por parte de la familia o realizados por terceros con consentimiento de la familia, así como el maltrato prenatal.
- c. La imposibilidad del adecuado ejercicio de la guarda.
- d. La inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución.
- e. El alcoholismo o drogadicción del menor, con el consentimiento y tolerancia por parte de los padres, tutores o guardadores.
- f. La desatención física, psíquica o emocional grave y cronificada.
- g. El trastorno, la alteración psíquica o la drogodependencia de los padres o tutores que impida el normal desarrollo de la patria potestad o de las funciones inherentes a la tutela.
- h. La convivencia en un entorno sociofamiliar que deteriore la integridad moral del menor y la existencia de circunstancias en el núcleo familiar que perjudiquen gravemente su desarrollo.
- i. La grave obstrucción por parte de los padres, tutores o guardadores de las actuaciones pertinentes, o su reiterada falta de colaboración, cuando este comportamiento ponga en peligro la seguridad e integridad del menor, así como la negativa de éstos a participar en la ejecución de las medidas adoptadas en situaciones de riesgo si ello comporta la persistencia, cronificación o gravedad de las mismas.
- j. Las situaciones de riesgo que por su número, evolución, persistencia o gravedad supongan la privación del menor de los elementos básicos y necesarios para el desarrollo integral de su personalidad y cualquier otra situación de desatención o negligencia que atente contra la integridad física o psíquica del menor, o la existencia objetiva de otros factores que imposibiliten su desarrollo integral.
- k. Cualesquiera otros establecidos en el ordenamiento jurídico.

Detectar situaciones de riesgo o desamparo y actuar sobre ellas constituye un deber que la sociedad en su conjunto y cada ciudadano en particular tienen respecto a sus miembros más débiles, y compete especialmente a aquellas instituciones y profesionales que han recibido el encargo de ocuparse de la educación y la salud de todos los niños.

Es importante detectar a tiempo una situación de riesgo, ayudar a restablecer el equilibrio roto mediante las actuaciones adecuadas antes de que sea tarde, o evitar que un niño o una niña sufra durante un período de tiempo tan prolongado que le produzca un daño físico o emocional irreparable.

3.3.- Tutela de menores en situación de desamparo

La Administración de la Comunidad Autónoma asume por ministerio de la ley la tutela de los menores en situación de desamparo y la ejerce en los términos establecidos en la legislación vigente.

La **tutela** de los menores declarados en situación de desamparo la ejerce la **Comisión Provincial de Tutela y Guarda de Menores de los Servicios Periféricos de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales**, y de este modo dicho órgano colegiado pasa a ser la representación legal del menor tutelado, asume su guarda y está obligado a:

- a) Velar por él, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral.
- b) Administrar los bienes del menor tutelado con la diligencia de un buen padre de familia.

* COMISIONES PROVINCIALES DE TUTELA Y GUARDA DE MENORES (Título II, Capítulo II, artículos del 29 al 33 de la Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha)

La propia Ley crea estas comisiones como órgano colegiado adscrito a los Servicios Periféricos de la Consejería competente en materia de protección de menores.

Las Comisiones Provinciales de Tutela y Guarda de Menores se crean para el ejercicio de las acciones de protección de los menores de Castilla-La Mancha.

Composición

Estarán integradas en cada provincia por:

- a) El coordinador provincial de los Servicios Periféricos de la Consejería competente en materia de protección de menores, que tendrá la condición de presidente, ejercerá la representación de la comisión y autorizará con su firma los acuerdos adoptados.
- b) El secretario provincial de los Servicios Periféricos de la Consejería competente en materia de protección de menores, que tendrá la condición de vicepresidente, sustituirá al coordinador provincial en los casos de ausencia, vacaciones, enfermedad u otra causa legalmente prevista y ejercerá las funciones que éste expresamente delegue en él.
- c) Tres vocales que serán:
 - a. Un jefe de servicio competente en materia de protección de menores
 - b. Un jefe de sección competente en materia de protección de menores.

- c) Un jefe de servicio competente en materia de servicios sociales de atención primaria.
- d) Un **funcionario de los servicios jurídicos**, designado por el presidente, que actuará como secretario, con **voz pero sin voto**.

Competencias

Las Comisiones Provinciales de Tutela y Guarda de Menores en el ámbito de su provincia tendrán las siguientes competencias:

- a) Declarar y cesar la situación de riesgo.
- b) Declarar y cesar la situación de desamparo y asunción de la tutela.
- c) Asumir la guarda de los menores.
- d) Declarar y cesar la situación del menor con conducta inadaptada.
- e) Realizar el seguimiento, modificación, prórroga y cese de las medidas de protección.
- f) Ordenar el ingreso en el correspondiente centro de los menores cuya guarda se ejerza en acogimiento residencial.
- g) Establecer el régimen de visitas de los menores tutelados con sus familias y allegados.
- h) Constituir o cesar el acogimiento familiar de un menor cuya tutela o guarda haya sido asumida, en las modalidades previstas en el Código Civil, así como la formalización del acta-contrato con los acogedores designados.
- i) Proponer la idoneidad de los solicitantes de adopción regional a la Comisión Regional de Adopción.
- j) Proponer la situación de adoptabilidad de un menor a la Comisión Regional de Adopción.
- k) Ejercer las competencias en materia de adopción regional e internacional que no sean asumidas por la Comisión Regional de Adopción ni correspondan a la Dirección General competente en materia de protección de menores.
- l) Administrar el patrimonio del menor tutelado.
- m) Acordar la subrogación de las medidas de protección adoptadas por otras Comunidades Autónomas por cambio de domicilio o residencia del menor.

La adopción de cuantas otras medidas se estimen necesarias en defensa del interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo que concurra.

3.4.- La Guarda de los Menores

La Administración Autonómica asume la guarda de un menor en los siguientes casos:

- a) Como función de la tutela que le corresponde por ministerio de la ley respecto de los menores declarados en situación de desamparo.

- b) A solicitud de los padres, tutores o guardadores de un menor cuando, por circunstancias graves, debidamente acreditadas, no puedan cuidarlo.
- c) Cuando así lo acuerde la Autoridad judicial.
- d) En los demás casos previstos en el ordenamiento jurídico.

La guarda asumida a solicitud de cesión de los padres, tutores o guardadores que, por circunstancias graves, no puedan cuidar al menor conforme a los términos establecidos en el Código Civil, tendrá carácter temporal y tenderá en todo momento a la reintegración del menor en su familia de origen.

4.- DENUNCIA - COMUNICACIÓN - SOSPECHA POR PARTE DE UN FAMILIAR O CUALQUIER CIUDADANO DE UNA POSIBLE SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN DE MENORES

4.1.- Detección

DETECCIÓN	¿EN QUÉ CONSISTE?	¿QUIÉN DETECTA?
	<p>En reconocer o identificar la existencia de una situación susceptible de ser un caso de desprotección infantil.</p> <p>Estas situaciones deben darse a conocer a las comisiones provinciales de tutela y guarda de menores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios Sociales de Atención Primaria. • Ámbito escolar. • Ámbito sanitario. • Ámbito policial. • Fiscalía de Menores. • Ciudadanos en general a través de la policía o directamente a la Comisión Provincial de Tutela y Guardia de Menores de los Servicios Periféricos.

4.2.- Notificación

La legislación vigente establece que toda persona o autoridad y, especialmente, aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarles el auxilio inmediato que precisen.

DETECCIÓN	¿EN QUÉ CONSISTE?	¿QUIÉN NOTIFICA?	¿CÓMO SE NOTIFICA?	¿A QUIÉN SE NOTIFICA?
	En informar sobre una situación susceptible de ser un caso de maltrato infantil, sobre el menor supuestamente maltratado, su familia y sobre el propio informante.	<ul style="list-style-type: none"> • Ámbito escolar • Ámbito sanitario • Ámbito policial • Otros ámbitos: (ocio y tiempo libre, teléfono del menor, ONGs, particulares, otros) • Fiscalía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios Sociales de Atención Primaria. • Ámbito escolar. • Ámbito sanitario. • Ámbito policial. • Fiscalía de Menores. • Ciudadanos en general a través de la policía o directamente a la comisión provincial de tutela y guarda de menores de los Servicios Periféricos. 	<ul style="list-style-type: none"> • A través de las hojas de notificación de los diferentes ámbitos, y/o informe en modelo previamente determinado. • La Fiscalía notifica mediante diligencia u oficio acompañado de denuncia o parte de lesiones.

La notificación debe recoger información relevante para conocer cuál es la situación notificada y las particularidades esenciales ligadas a la misma e identificar a las personas relacionadas con el caso (menor, familia, informante, etc.).

4.3.- Instrucción

La instrucción comienza por acuerdo de la Comisión Provincial de Tutela y Guarda de Menores, en dicho acuerdo se nombra un técnico instructor del expediente.

En la fase de instrucción se recoge la información pertinente, se valora la situación sociofamiliar y personal del menor de edad y se establece el diagnóstico de la situación.

Las causas más frecuentes de desprotección de menores de edad son:

- Abandono voluntario.
- Maltrato físico y/o psicológico.
- Negligencia física y/o emocional.
- Abuso sexual.
- Incapacidad parental para controlar la conducta problemática de los hijos (agresiones hijos a padres, toxicomanías, delincuencia, alteraciones mentales, discapacidades).
- Menores extranjeros no acompañados.

La fase de instrucción concluye con el informe del técnico instructor donde se propone a la Comisión si es necesaria la asunción o no de una medida de protección.

4.4.- Intervención

La Comisión Provincial de Tutela y Guardia de Menores acuerda la medida más adecuada declarando, en su caso, la situación de riesgo, desamparo o conducta inadecuada.

La Comisión en dicho acuerdo recoge también la forma más adecuada para llevar a cabo la medida de protección y encomienda a los técnicos de la sección competente en materia de menores la elaboración del plan de intervención que corresponda.

4.5.- Fases de actuación

Atendiendo a la gravedad de la situación se establecen formas de intervención diferenciadas: actuación urgente y actuación ordinaria.

Actuación urgente:

Se establece para los casos en los que la situación de desprotección denunciada es muy grave o ya está evaluada por otras instituciones especializadas y es necesario separar al menor de sus padres o tutores.

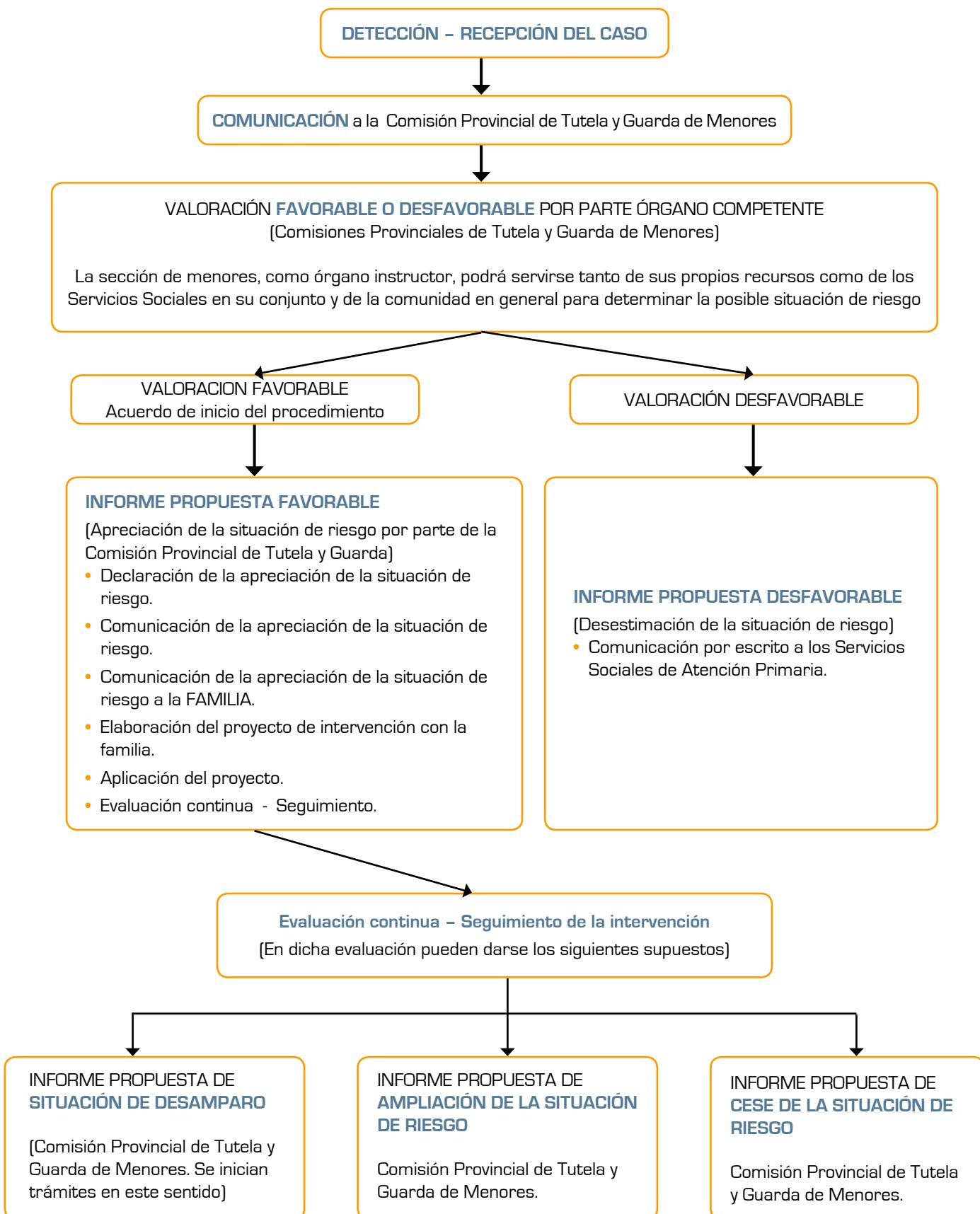


Actuación ordinaria:

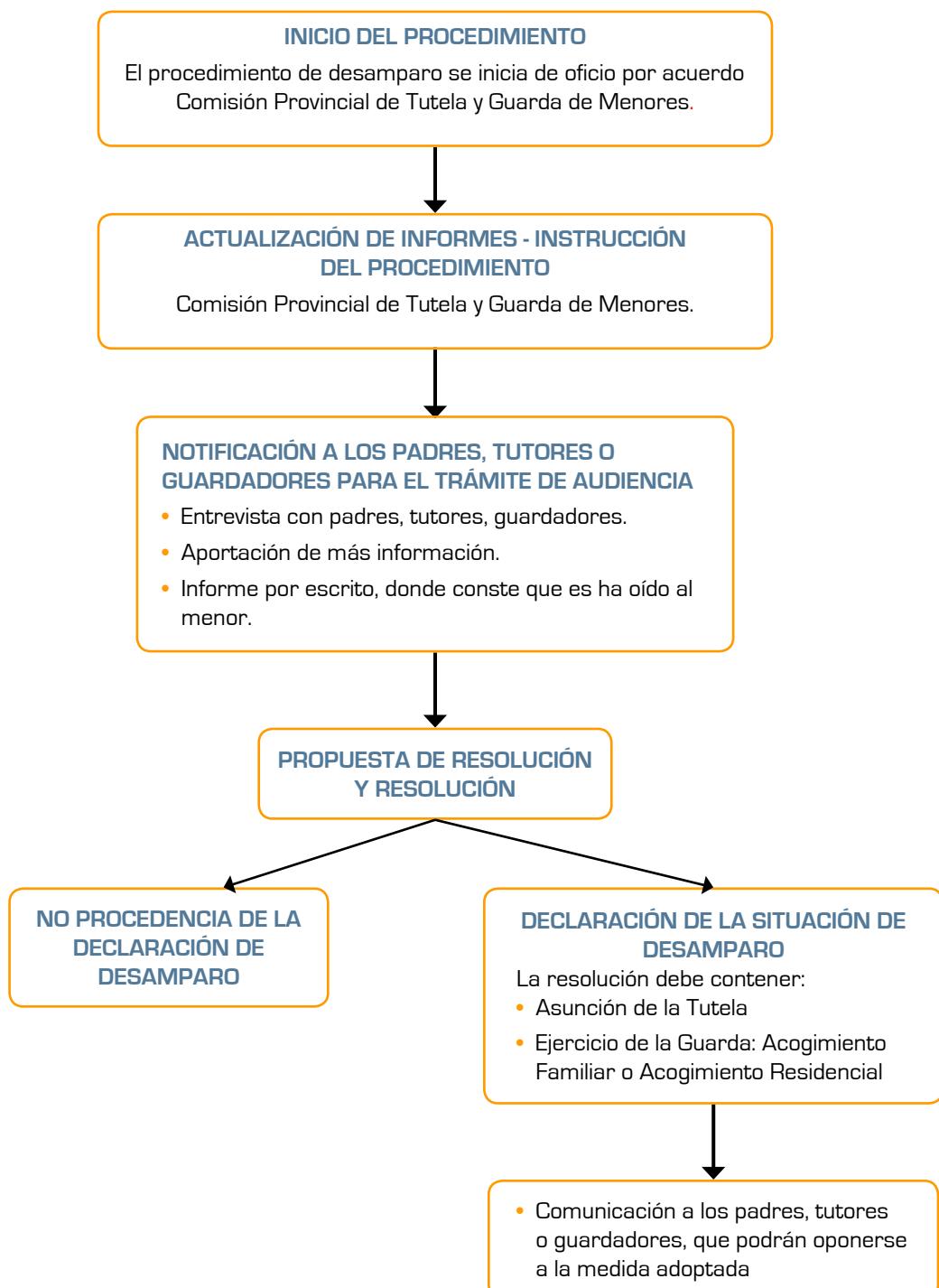
La situación comunicada no pone en riesgo inminente al menor y debe ser investigada para determinar si es necesario establecer una medida de protección y el tipo de medida más adecuada para el menor.



Esquema del procedimiento en Situación de Riesgo



Esquema de procedimiento en la declaración de la Situación de Desamparo



5.- ACOGIMIENTO RESIDENCIAL¹

5.1.- Definición de acogimiento residencial

El acogimiento residencial es un recurso de protección destinado a aquellos menores de edad sobre los que se ha tomado una medida de protección que supone la separación de su familia biológica. Se les proporciona temporalmente un lugar de residencia y convivencia adecuado para la satisfacción de las necesidades de protección, educación y desarrollo.

El acogimiento residencial tiene las siguientes características:

- 1.-** Su carácter instrumental, ya que está al servicio de un plan de caso de protección que contempla una finalidad estable y normalizadora.
- 2.-** La temporalidad, teniendo en cuenta que cuando los menores requieran de un hogar de sustitución por tiempo indefinido o muy larga estancia, debería orientarse hacia el acogimiento familiar o la adopción.

De esta forma, los hogares y centros de acogida, en sus diferentes modalidades, configuran un tipo de recurso social indicado para aquellos menores que precisan de un contexto de convivencia sustitutivo de la familia, siguiendo el principio básico de normalización, por lo que tratarán de asimilarse, en la medida de lo posible, a un ambiente de convivencia similar a la familiar. En el mismo sentido, se deberán utilizar los recursos sociales y comunitarios para la cobertura de las necesidades de los menores, tanto en el aspecto escolar, como en el sanitario, ocio y tiempo libre, etc.

La intervención deberá ser intensa e individualizada, capaz de llevar a cabo estrategias rehabilitadoras de ciertos retrasos del desarrollo o problemas de comportamiento que pudieran presentarse.

Entre las funciones que cumplen los recursos residenciales se encuentran las siguientes:

- Lugar de convivencia, protección y educación para el menor, alternativo al hogar familiar, al tiempo que se trabaja con las familias y se prepara al niño para el retorno familiar.
- Acogimiento transitorio o puente que permita examinar las posibilidades de integración en otra familia.
- Preparación del menor para la vida adulta, es decir, para su integración laboral o continuidad de estudios y habilidades de intendencia y responsabilidad, reforzando hábitos de autonomía.
- Dar una respuesta inmediata de protección, al tiempo que la oportunidad de evaluar de forma exhaustiva el caso.
- De intervención terapéutica y rehabilitadora, teniendo en cuenta los daños que han podido sufrir los menores al ser separados de sus familias.

¹ El acogimiento familiar no es objeto de este protocolo por tratarse de la plena integración del niño o adolescente en una familia.

5.2.- Actuaciones previas al ingreso

Una vez que se declara la situación de desamparo y se acuerda que la medida más adecuada para el menor es el acogimiento residencial, la Comisión Provincial de Tutela y Guarda de Menores designará el hogar o centro que mejor se adapte a las necesidades del menor.

5.3.- Traslado del menor

1) En las situaciones programadas [no urgentes]:

1.1. El primer traslado del menor al hogar lo realizará quien designe la Comisión Provincial de Tutela y Guarda de Menores.

1.2. Los traslados de hogar a hogar:

- a** Si es de un centro de primera acogida a un hogar residencial, el traslado lo realizará el educador del centro de primera acogida.
- b** Si se produce de un hogar a otro hogar, ambos de la misma provincia, será realizado por los educadores del hogar de origen.
- c** Si se produce de un hogar a otro de distinta provincia, el traslado lo realizará el educador del hogar que tiene la guarda del menor, acompañado por el técnico de Protección de Menores responsable del caso.

2) En situaciones de urgencia [no programadas] el traslado del menor lo hará el personal del centro. En aquellos traslados en que se requiera la presencia de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, se solicitará a la Subdelegación del Gobierno el auxilio policial inmediato.

5.4.- Admisión – Acogida del menor en el centro

El proceso de admisión comienza con el acuerdo de la Comisión Provincial de Tutela y Guarda de Menores del ingreso del menor en un hogar, incluyendo su traslado y la acogida del menor al mismo. Este proceso tiene como finalidad esencial trasmitir seguridad y apoyo para facilitar la adaptación a un nuevo lugar y unas nuevas relaciones.

El proceso de admisión del menor se debe planificar de tal forma que de respuesta a las necesidades derivadas de la separación del menor de su familia de origen, así como a las necesidades de integración en el nuevo hogar. Al mismo tiempo permite recoger y analizar la información necesaria sobre el caso para determinar la forma en que se va a desarrollar la intervención.

El protocolo de admisión específico de cada centro u hogar, con carácter general, deberá seguir los siguientes pasos:

1.- Recogida de pertenencias y asignación de educador – tutor.

2.- Acogida del menor.

- 3.- Se informa al menor de sus derechos, responsabilidades, funcionamiento del centro, etc. Se elabora un documento (recibí) de la documentación entregada al hogar y se elabora un inventario, junto con el menor, de los enseres personales que trae. El documento de entrega tiene que estar firmado por todas las partes.

Una vez que el menor llegue al recurso residencial se procurará que se le proporcione una acogida que facilite un clima adecuado, que le ofrezca seguridad y ayuda para afrontar los sentimientos y emociones que suelen acompañar a la separación del medio familiar y su adaptación a un nuevo contexto de convivencia.

5.5.- Evaluación inicial

La evaluación inicial se lleva a cabo dese el momento de admisión – acogida del menor en el hogar y durante el primer mes de estancia en el mismo, para recoger toda aquella información necesaria que complementa a la aportada por el Plan de Caso, y así poder adaptar la atención residencial a las características del menor en concreto. Al mismo tiempo, esta evaluación sirve de punto de partida para evaluar los resultados de la intervención.

La evaluación inicial debe recoger la valoración de los siguientes aspectos:

- Aspectos físicos, desarrollo físico, psicomotor, estado de salud, posibles carencias y riesgos en su cuidado, cuidados y apoyos que precise en la actualidad.
- Aspectos cognitivos y del lenguaje, desarrollo cognitivo, del lenguaje, recursos, déficit.
- Aspectos emocionales, autoimagen, autoestima, vivencias que tiene acerca de su historia y de su situación actual, potenciales dificultades emocionales.
- Aspectos del comportamiento, hábitos comportamentales adquiridos, nivel de autonomía, capacidad de autocontrol.
- Aspectos familiares, relaciones con los padres y el menor, relaciones con otras figuras significativas, aspectos a modificar para facilitar la reunificación familiar, fuentes de apoyo, participación de la familia, relación de la familia con el centro.
- Aspectos formativos, historia y rendimiento escolar, habilidades y dificultades para la actividad formativa, en niños mayores, habilidades y dificultades para la integración en el mundo laboral.
- Aspectos relacionados con el acogimiento residencial, adaptación a anteriores internamientos, interacción con los educadores, con otros menores, dinámica del hogar, capacidad y disposición a la participación.

En base a la valoración de todos estos aspectos se debe hacer una síntesis de las necesidades que presentan el menor y su familia y a las que el acogimiento residencial debería responder. También se hará una síntesis de los puntos fuertes o factores protectores del menor y su familia y sobre los que el acogimiento residencial se deberá apoyar.

5.6.- Programación individual: Proyecto Educativo Individualizado (PEI)

Una vez llevada a cabo la evaluación inicial se va a establecer un Proyecto Educativo Individualizado (PEI) ajustado a las características del menor.

El PEI será elaborado por el educador – tutor en colaboración con el equipo de profesionales del hogar, en colaboración con los técnicos de la sección competente en protección de menores y con la participación de los menores en función de su edad y nivel de desarrollo.

El PEI da coherencia y continuidad a las intervenciones que se llevan a cabo con el menor y con su familia, e integrará de forma estructurada los elementos necesarios para clarificar, guiar, organizar y evaluar la intervención, apoyándose en las fortalezas, para responder a las necesidades detectadas, posibilitando el acercamiento a los objetivos que desde el EIM se establezcan en el Plan de Caso. El PEI deberá facilitar la participación del menor y su familia en el proceso de intervención, al igual que deberá facilitar la adecuación de la intervención a los cambios experimentados por el menor y su familia.

El PEI quedará recogido por escrito en un documento que resulte útil y de fácil consulta para favorecer la compresión del plan de intervención por parte de todos los profesionales implicados, que permita su revisión periódica y los ajustes pertinentes.

5.7.- Intervención

La intervención como tal, es desarrollada por los profesionales sobre la base de la convivencia cotidiana y la utilización de los recursos de la comunidad (colegio, familia, entorno social, etc.). Se utilizarán los recursos disponibles para llevar a cabo las actividades previstas en el PEI e intentar conseguir los objetivos establecidos.

La intervención se realizará atendiendo a los estándares de calidad que están establecidos para el acogimiento residencial puesto que suponen unas indicaciones para desarrollar el trabajo de una forma que objetivamente se considera de calidad.

5.8.- Visitas, permisos, autorizaciones

Los permisos de salida y estancia del menor fuera del hogar (ej.: excursiones, campamentos, etc.) serán solicitados por el propio centro o por el menor y autorizados por la Comisión Provincial de Tutela y Guardia de Menores. En los casos en que el permiso solicitado tenga como personas responsables a personas ajena a la familia, habrá que tener en cuenta:

- Si es una salida con pernocta fuera del hogar con persona del propio hogar (educadores, técnicos), no habrá que pedir autorización a la Comisión Provincial de Tutela y Guardia de Menores porque es una función inherente a la guarda.
- Si es una salida con pernocta fuera del hogar con personas ajena al mismo, el hogar deberá solicitar la autorización a la Comisión Provincial de Tutela y Guardia de Menores la cual deberá firmar la autorización.

En relación al régimen de visitas, cuando los padres del menor o el propio menor solicitan por escrito el régimen de visitas, la Comisión Provincial de Tutela y Guardia de Menores valorará la solicitud y emitirá Resolución de Régimen de Visitas o de modificación del mismo, que se notificará a los padres y al hogar de residencia.

Se llevará a cabo un control exhaustivo de las salidas, visitas y llamadas de los menores, contando en cada momento con un registro personalizado.

5.9.- Comunicación de no retorno de un menor

El centro u hogar de residencia del menor como su guardador debe comunicar cualquier incidencia relativa al mismo. Por ello, es importante establecer los pasos a seguir para comunicar/denunciar el no retorno de un menor.

Cuando un menor no regresa al hogar en el horario establecido desde el hogar se deben realizar los siguientes pasos:

En un primer momento el equipo del hogar valorará la situación estableciendo diferentes niveles de alerta en función de las características del menor.

- 1.- Si se trata, de forma genérica, de un menor de menos de 12 años, o con discapacidad, u otras circunstancias, el nivel de alerta debe ser máximo y hay que denunciarlo de forma inmediata ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, comunicarlo al Servicio de Familia y Menores de los Servicios Periféricos, o en su caso al técnico de guardia.
- 2.- Si se trata de un menor de más de 14 años que de forma habitual se retrasa un tiempo (media hora o una hora) del horario establecido antes de interponer la denuncia, iniciar las acciones de búsqueda que cada hogar tiene previsto en su Proyecto Educativo de Centro. Pasado el tiempo estimado denunciar y comunicar a Servicios Periféricos.

Cuando se interponga una denuncia por no retorno del menor ante la Guardia Civil o la Policía es necesario acompañar la misma de toda la información que pueda resultar de utilidad para encontrar al menor:

- 1.- Llevar fotografía reciente.
- 2.- Facilitar el número de teléfono móvil del menor si dispone de él.
- 3.- Describir hábitos y rutinas del menor.
- 4.- Especificar donde ha aparecido en otras ocasiones (con familiares, amigos, en otra localidad, etc.).

5.10.- Actuación ante la agresión de un menor hacia un educador

En los hogares en ocasiones se producen situaciones tensas en las que se puede llegar a producir una agresión de un menor hacia un educador, por ello es importante recoger en este protocolo unos pasos mínimos a seguir:

- 1.- Una vez que se produce la agresión el equipo técnico del hogar tiene que evaluar la gravedad o reincidencia de la misma.
- 2.- Realizar una intervención educativa con el menor para reconducir la situación, favorecer la reflexión y trabajar sobre el hecho acontecido.
- 3.- Comunicar la incidencia al técnico de la sección competente en protección de menores.
- 4.- En los casos graves o reincidentes, y en los que el menor es mayor de 14 años, interponer la correspondiente denuncia.

5.11.- Actuación ante agresiones de un menor hacia otro menor

Entre las funciones de los centros u hogares residenciales se encuentra la de garantizar un ambiente estable y seguro para los menores. En ocasiones surgen situaciones de conflicto entre los menores residentes, cuando estas situaciones surgen el equipo técnico del centro debe:

- 1.- Evaluar la situación y tratar de reconducirla a través de intervención educativa, utilizando técnicas de mediación entre los menores propiciando la conciliación.
- 2.- En casos graves o de reincidencia comunicar al técnico de la sección competente en protección de menores.

5.12.- Actuación ante la detección de abuso sexual por parte de un menor a otro menor

En el caso de que en el hogar se detecte un caso en el que un menor haya abusado de otro residente, inmediatamente se comunicará a la Comisión Provincial de Tutela y Guardia de Menores que deberá comunicarlo a Fiscalía de Menores y procederá al cambio de centro del menor, así como la intervención especializada tanto con la víctima como con el agresor.

5.13.- Informaciones públicas sobre los menores

En ningún caso se dará información pública sobre una posible situación de riesgo o desamparo de un menor que entrañe su posible identificación por parte de terceros.

Las comunicaciones públicas sobre situaciones que se refieren a menores se harán, en todo caso, sin mención del domicilio, situación o cualquier otra circunstancia que permita conocer a terceros la identidad del menor o de su familia.

En ningún caso se hará referencia a la nacionalidad o raza del menor en las informaciones públicas que se refieran a menores.

En las comunicaciones con origen en el 112 se estará a lo dispuesto en este protocolo.

6.- MENORES EXTRANJEROS NO ACOMPAÑADOS²

Se entiende por Menor Extranjero No Acompañado (MENA), al menor de dieciocho años extranjero al que no le sea de aplicación el régimen de la Unión Europea, que llegue a territorio español sin un adulto responsable de él, apreciándose riesgo de desprotección.

La Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, según el Estatuto de Autonomía y la Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha, tiene las competencias en materia de protección de menores. En atención a dicha competencia, cuando se encuentran en el territorio de la región menores con estas características se procede a aplicarles las medidas de protección correspondientes.

En los casos en los que se comprueba que realmente se trata de un menor extranjero no acompañado en situación de riesgo, tras un periodo de valoración y de comprobación de la inexistencia de otra medida de protección adoptada en otra Comunidad Autónoma, se asume la tutela del menor por parte de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, recibiendo el mismo tratamiento que cualquier otro menor en situación de desamparo.

En los supuestos en los que existan dudas razonables de la edad del MENA o diferencias entre la edad correspondiente al aspecto físico y la que se recoge la documentación que presente, el procedimiento a seguir es el siguiente:

- 1.- Propuesta a la Fiscalía de solicitud de prueba radiográfica.
- 2.- El Hospital envía la prueba radilógica directamente a la Fiscalía.
- 3.- Si se comprueba que la persona es mayor de edad la Fiscalía dicta Decreto de Mayoría de Edad.
- 4.- Una vez que los Servicios Periféricos reciben dicho Decreto se dicta la Resolución de Cese de la Tutela.
- 5.- El Decreto y la Resolución de Cese de la Tutela se remiten a la Comisaría correspondiente y a la Subdelegación del Gobierno para que tengan constancia.

² Protocolo Marco de Menores Extranjeros No Acompañados (MENAS 2014)

7.- PROCEDIMIENTO PARA LA DECLARACIÓN DE MENORES CON CONDUCTA INADAPTADA

7.1.- Acuerdo de declaración de un menor con conducta inadaptada

La declaración de un menor con conducta inadaptada se realizará mediante acuerdo de la Comisión Provincial de Tutela y Guarda de Menores cuando a propuesta razonada de los Servicios Sociales de Atención Primaria, de la sección competente en materia de menores, por comunicación de otras Administraciones Públicas o por denuncia de un particular, se valore la existencia de un comportamiento por parte de un menor de edad que se defina conforme a lo establecido en el capítulo VII del título II de la Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha.

7.2.- Proyecto de intervención familiar para menores con conducta inadaptada

- El acuerdo de la Comisión Provincial de Tutela y Guarda de Menores conlleva la obligación de elaborar un proyecto de intervención familiar por la sección competente en materia de menores, que tiene que ser suscrito por el menor y sus padres, tutores o guardadores.
- La intervención se dirigirá conjuntamente al menor y a su familia. El objetivo prioritario debe ser el restablecimiento de la convivencia en prevención de una situación de desamparo.
- El proyecto de intervención tiene una duración determinada y su prórroga deberá ser aprobada por la Comisión Provincial de Tutela y Guarda de Menores.

7.3.- Asunción de la guarda del menor con conducta inadaptada

Sólo se asumirá la guarda cuando la permanencia del menor en su propio entorno no fuera posible. Tienen que ser los padres, tutores o guardadores los que soliciten a la Comisión Provincial de Tutela y Guarda de Menores el inicio de la guarda.

En el caso de que la Comisión decida ejercer la guarda en la modalidad de acogimiento residencial, se procurará su ingreso en un centro que ofrezca un entorno de convivencia adecuado a las necesidades del menor.

En el acuerdo de guarda la Comisión determinará, en su caso, la obligación de los padres o tutores de asumir los gastos derivados de la manutención del menor, así como los que se deriven de su atención sanitaria y terapéutica en su caso.

7.4.- Prórroga y cese

Finalizada la ejecución del proyecto de intervención familiar, la sección competente en materia de protección de menores emitirá informe a la Comisión Provincial de Tutela y Guarda de Menores, proponiendo el cese por cumplimiento de objetivos. Asimismo, si persisten las circunstancias que motivaron la declaración de menor con conducta inadaptada, se propondrá la prórroga de la misma.

En cualquier momento de la intervención la sección competente en materia de menores, de forma motivada, podrá proponer directamente a la Comisión la adopción de un acuerdo de desamparo y asunción de tutela sin necesidad de incoar un nuevo expediente.

7.5.- Negativa de los padres a recoger al menor

En los casos en que los padres, una vez ingresado el menor en el Centro, por procedimiento de urgencia, se nieguen a hacerse cargo de sus hijos o no muestren su colaboración para participar en el Programa de Intervención Familiar establecido, se interpondrá desde el Servicio de Familia de los Servicios Periféricos denuncia por abandono de menor ante la Policía Nacional.

8.- MENORES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA ASOCIADOS A TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

La intervención con menores con problemas de conducta asociados a trastornos psiquiátricos se debe realizar en el entorno habitual del menor. Excepcionalmente es preciso realizar una intervención mucho más especializada e intensiva a través del ingreso en centros adecuados al menor. En Castilla-La Mancha el único centro de estas características es el CAEM (Centro de Atención Especializada al Menor) de Toledo.

Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil tienen un papel básico y clave en la intervención con estos menores, y son ellos los que deben orientar en todo momento las actuaciones a llevar a cabo.

8.1.- Itinerario a seguir ante la presencia de una urgencia o emergencia psiquiátrica:

Definición

Urgencia o emergencia psiquiátrica: Aparición o agravamiento de un signo clínico o de un síntoma, que requiere valoración a corto plazo para evitar su complicación, el empeoramiento de su pronóstico o la aparición de secuelas.

Cuando se comprueba que existe una situación de urgencia se deberá llamar al 112 de forma inmediata. El facultativo realizará una valoración del menor y determinará los pasos a seguir.

8.2.- Itinerario a seguir ante la necesidad de ingreso en un centro de atención especializada.

- 1.- Informe – propuesta de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
- 2.- Comisión de Valoración, Evaluación y Seguimiento formada por los representantes de Salud Mental Infanto-Juvenil, profesionales del centro de atención especializada y técnicos del Servicio de Familia, Infancia y Menores de la Dirección General de la Familia, Menores y Promoción Social.

- 3.- En el caso de que se valore positivamente el ingreso se realizarán las gestiones necesarias para obtener la autorización judicial para el mismo (se adjunta modelo de solicitud)

MODELO SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN JUDICIAL PARA EL INGRESO DEL MENOR EN EL CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

AL DECANATO DE LOS JUZGADOS DE PRIMERA INSTANCIA DE

Yo,

con DNI _____ y domicilio en _____

en condición de representante legal del menor _____ de _____ años de edad,

SOLICITO AUTORIZACIÓN JUDICIAL para su incorporación temporal al Centro de Atención Especializada _____, por motivos de atención terapéutica.

Durante su estancia en el _____, éste será responsable de la guarda del menor.

En _____ a _____ de _____ de _____.



**ÁREA DE SERVICIOS
SOCIALES:
INTERVENCIÓN
EN SITUACIÓN DE
MALTRATO A NIÑOS Y
ADOLESCENTES**

1.- INTRODUCCIÓN³

El maltrato infantil en sus diferentes modalidades constituye uno de los problemas más graves a los que se enfrenta un sector de la población tan vulnerable como son los niños. Los niños y adolescentes que sufren maltrato en cualquiera de sus formas, en la mayoría de los casos no piden ayuda y este hecho los sitúa en una posición aún más vulnerable ante la persona que los maltrata.

2.- MARCO NORMATIVO

2.1.- Normativa Internacional

NACIONES UNIDAS

- Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la “*Prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la Acción Inmediata para su eliminación*” (1999).
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) que dedica su artículo 16 a la “Protección de las personas con discapacidad contra la explotación, la violencia y el abuso, tanto en el seno del hogar como fuera de él”.
- Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989) y su Protocolo Facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (2000).
- Resolución 64/145, de 18 de diciembre de 2009, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas “La Niña”, que reconoce la existencia de diferentes formas de violencia sobre las niñas, tales como la mutilación genital femenina, el incesto, el infanticidio femenino o los matrimonios forzados, instando a todos los Estados a que promulguen y hagan cumplir leyes que protejan a las niñas de todas las formas de violencia y a que establezcan programas adecuados a la edad, seguros y confidenciales, y servicios de apoyo médico, social y psicológico para ayudar a las niñas que son víctimas de violencia y discriminación.
- Resolución 2005/20 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC). En su punto nº 14 sobre “*Pautas de Justicia en causas relativas a los niños víctimas y testigos de delitos*” exige que la intervención de los menores en estos procedimientos se realice en un ambiente adecuado, que se acomode a las especiales necesidades del niño, conforme a sus habilidades, edad, madurez intelectual y capacidad, debiendo desarrollarse en un lenguaje que el niño utilice y comprenda.
- Las Observaciones del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, nº 13 sobre el “*Derecho del Niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia*” (2011) y la Observación nº 14 sobre el “*Derecho del Niño a que su interés superior sea una consideración primordial*” (2013).

³ Este apartado se ha extraído del “Protocolo Básico de Intervención Contra el Maltrato Infantil en el Ámbito Familiar”, elaborado por el grupo de trabajo creado por el Observatorio de la Infancia.

EUROPA

UNIÓN EUROPEA

- La Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2012, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos. Su artículo 22.4 dispone que las víctimas menores de edad tienen necesidades especiales de protección en razón de su vulnerabilidad a la victimización secundaria o reiterada. En función de su evaluación individual, el artículo 23 les reconoce, entre otros derechos, que sus declaraciones en los procesos se realicen en dependencias adaptadas a tal fin, por profesionales adecuados, sin contacto visual con el infractor y utilizando la tecnología adecuada para que su presencia no sea necesaria en la sala de vistas. El artículo 24 prevé además que *“en las investigaciones penales, todas las tomas de declaración a las víctimas menores de edad puedan ser grabadas por medios audiovisuales y estas declaraciones grabadas puedan utilizarse como elementos de prueba en procesos penales”*.
- Directiva relativa a la lucha contra los abusos sexuales, la explotación sexual de los niños y la pornografía infantil, aprobada el 27 de octubre de 2011 por el Parlamento Europeo, que incluye disposiciones referentes, tanto al procesamiento de delincuentes, como a la protección de víctimas infantiles [según lo dispuesto en el artículo 23 de la misma, dedicado a su transposición, los Estados miembros pondrán en vigor las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas, necesarias para su cumplimiento en dos años desde su adopción].

CONSEJO DE EUROPA

- Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011), en vigor desde el 1 de agosto de 2014.
- Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, hecho en Lanzarote el 25 de octubre de 2007.
- La Carta Europea de los Derechos del Niño (1992), que en su apartado 8.19 establece que *“Los Estados miembros deben otorgar protección especial a los niños y niñas víctimas de tortura, malos tratos por parte de los miembros de su familia debe asegurarse la continuación de su educación y el tratamiento adecuado para su reinserción social”*.
- La Recomendación 21, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 17 de septiembre de 1987, sobre la asistencia a las víctimas y la prevención de la victimización, menciona la necesidad de *“crear, desarrollar o apoyar los servicios dirigidos a categorías específicas de víctimas, como los niños”*.
- La Recomendación 4, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 26 de marzo de 1985, sobre la violencia dentro de la familia, interesa de los Estados miembros *“que prevean las medidas necesarias para que la declaración de los miembros de la familia en los casos de violencia dentro de ésta se realice sin ninguna presión exterior. Sobre todo los menores deberían tener un asesoramiento adecuado”..*

2.2.- Normativa Nacional

- La Constitución Española recoge que los poderes públicos tienen la responsabilidad de la protección integral de niños y niñas (artículo 39).
- La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, recoge el marco normativo para las distintas Comunidades Autónomas que poseen las competencias en temas de protección del menor, a la hora de declarar medidas de protección (riesgo o desamparo) en casos de maltrato infantil.
- La Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, modificada por la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio. El Código Penal tipifica los delitos relacionados con los malos tratos a la infancia. La reforma de 2010 aumenta la protección otorgada a los menores de edad, ya que se mejora técnicamente la regulación de las agresiones y abusos sexuales cometidos sobre menores de 13 años, incorporando un nuevo capítulo denominado "*los abusos y agresiones sexuales a menores de trece años*", así como incrementando las penas previstas para estos supuestos.
- La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, reconoce en su Exposición de Motivos que "las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia". La Ley integral recoge también una serie de derechos de los menores de edad que conviven en el entorno familiar donde se sufre violencia de género, tales como: artículos 5, 7c, 14, 19.5, 61.2, 63, 65, 66 y en la Disposición Adicional 17^a.
- El Real Decreto-Ley 3/2013, de 22 de febrero, que modifica el sistema de asistencia jurídica gratuita, y reconoce a todos los menores de edad que sean víctimas de situaciones de abuso o maltrato, con independencia de la existencia de recursos para litigar, el derecho de asistencia jurídica gratuita, que se les prestará de inmediato. Esta norma, en vigor desde el mes de febrero de 2013, pretende además, de forma específica, reforzar la protección de los menores víctimas de todo tipo de situaciones de abuso o maltrato, otorgando al Juez o Tribunal la facultad de acordar que la asistencia pericial especializada gratuita se lleve a cabo por profesionales técnicos privados cuando entiendan que ello es necesario, atendiendo a las circunstancias del caso concreto y al interés superior del menor, asistencia pericial especializada gratuita que podrá prestarse de forma inmediata.
- El Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil incluye en el artículo 172.1 la definición de desamparo infantil como "situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos en las leyes de guarda de menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material", especificando también en su artículo 154 las obligaciones inherentes a la patria potestad.
- El Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim) y la Ley Orgánica 19/1994, de 23 de diciembre, de protección a testigos y peritos en causas criminales incluyen una serie de medidas de protección de testigos que afectan a la declaración de los menores víctimas de maltrato.

2.3.- Normativa Autonómica

- Estatuto de Autonomía [aprobado por Ley Orgánica 9/1982], en sus artículos 31.1.20^a y 31^a establece como competencia exclusiva de la Administración Autonómica la asistencia social y servicios sociales, así como la protección y tutela de menores.
- Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha.
- Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales en Castilla-La Mancha.
- Decreto 4/2010, de 26 de enero, de protección social y jurídica de los menores en Castilla-La Mancha.
- Decreto 29/2009, de 14 de abril, por el que se modifica el Decreto 45/2005, de 19 de abril, por el que se regula la adopción de menores.
- Decreto 71/1997, de 17 de junio, de la Comisión de Tutela de Castilla-La Mancha.

3.- MARCO TEÓRICO

3.1.- Definición de maltrato infantil

Se entenderá por maltrato infantil *cualquier acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el trato hacia un menor, por parte de sus padres o cuidadores, que le ocasiona daño físico o psicológico y que amenaza su desarrollo tanto físico como psicológico*⁴.

3.2.- Tipologías

Hay que considerar la complejidad y multiplicidad de tipologías de maltrato infantil propuestas por profesionales e investigadores que estudian y/o intervienen en esta problemática. En este sentido el Observatorio de la Infancia ha acordado utilizar cuatro tipologías básicas. Estas tipologías son:

1. Maltrato físico
2. Maltrato emocional
3. Negligencia
4. Abuso sexual

3.3.- Naturaleza

En función del autor del maltrato, se distingue entre maltrato familiar y extra familiar.

El maltrato familiar es aquel en el que el acto de violencia se produce por parte de padres, tutores o familiares, colocando al menor en una situación de desprotección que hace necesaria la intervención de las Instituciones competentes para garantizar la protección de menores.

⁴ Gracia Fuster, Enrique y Musitu Ochoa, Gonzalo. El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo, Ministerio de Asuntos Sociales. España, Madrid, 1993.

El maltrato también puede darse en un contexto **extra familiar**, bien cuando el autor procede de otros círculos de confianza en ámbitos como el educativo o en actividades de tiempo libre, cuando esta violencia se ejerce a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (grooming, sexting, etc.) o cuando directamente se trata de violencia entre iguales (acoso escolar y ciberacoso).

Sólo en los casos de desprotección son las instituciones con competencia en materia de protección a la infancia las responsables de las medidas de protección de ese menor.

3.4.- Situaciones de desprotección en función de la intensidad del maltrato:

La legislación española (Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor), distingue dos situaciones de desprotección: riesgo y desamparo. Por tanto, la clasificación de situaciones de gravedad en casos de maltrato infantil en el ámbito familiar, tendrá dos categorías: maltrato leve o moderado, que incluye las situaciones de riesgo y maltrato grave donde se han de incluir las situaciones que impliquen desamparo.

- **Maltrato leve o moderado:** Definido por la existencia de indicadores físicos, psicológicos y/o sociales de maltrato que se pueden abordar educativamente en el entorno sociofamiliar del menor. De este modo, el menor permanece en la familia y se realiza una intervención educativa desde los Servicios Sociales de Atención Primaria, sanitarios y/o educativos de carácter preventivo, con la finalidad de desarrollar la parentalidad positiva y fortalecer las habilidades de los progenitores incompatibles con la violencia.

En los casos de violencia de género, la intervención debe producirse de una forma integral, contemplando conjuntamente al menor y a la madre víctima de esta violencia.

Los criterios básicos que definen, entre otros, la gravedad del maltrato son la frecuencia e intensidad de los indicadores y grado de vulnerabilidad del niño. Para valorar esa vulnerabilidad hay que evaluar, al menos, la cronicidad y frecuencia del maltrato, el acceso del perpetrador al niño, las características y condiciones en las que está el niño, y la relación entre el agresor y el niño.

- **Maltrato grave:** La situación es urgente. Se define por la existencia de indicadores físicos, psicológicos y/o sociales de maltrato o explotación que ponen en peligro la integridad y bienestar del menor. Además de los criterios anteriores, habrá que valorar de forma especial si el menor tiene algún tipo de discapacidad, la posibilidad de ser víctima de mutilación genital femenina, las características de los padres o cuidadores principales, las características del entorno familiar del niño (violencia de género) y si se solicitó alguna vez ayuda, a quién fue, cuándo y cómo se resolvió.

Asimismo, habrá que tener en cuenta el riesgo para la salud mental del menor, su integridad moral y el desarrollo de su personalidad debido al maltrato emocional continuado o a la falta de atención grave y crónica de sus necesidades afectivas o educativas por parte de padres, tutores o guardadores. El incumplimiento o el imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de guarda como consecuencia del grave deterioro del entorno o de las condiciones de vida familiares, cuando den lugar a circunstancias o comportamientos que perjudiquen el desarrollo del menor o su salud

mental. Cualquier otra situación gravemente perjudicial para el menor que traiga causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de la patria potestad, la tutela o la guarda, cuyas consecuencias no puedan ser evitadas mientras permanezca en su entorno de convivencia, y que no se deban a una situación económica adversa de la familia.

En los supuestos de violencia de género, las actuaciones estarán encaminadas a garantizar el apoyo necesario para procurar la permanencia de los menores con la madre, así como su protección, atención especializada y recuperación.

3.5.- Procedimientos de actuación ante situaciones de maltrato infantil en el ámbito familiar

Esta clasificación y las consecuencias que tiene sobre la atención a los menores determinan dos procedimientos de actuación claramente diferenciados para su atención e intervención social:

- Vía o procedimiento **ordinario**, ante situaciones de riesgo de maltrato leve o moderado que se aplicará igualmente ante situaciones de mera sospecha. La notificación está orientada hacia los Servicios Sociales de Atención Primaria, donde se valora cada caso y se toman las medidas de apoyo al menor y a la unidad familiar oportunas.
- Vía o procedimiento de **urgencia**, donde se requiere atención especializada que debe ser prestada por los servicios de protección de menores de la Comunidad Autónoma, se valora el desamparo y se toman las medidas de protección previstas por la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

En los casos de exposición a la violencia de género, los servicios de protección de menores deberán coordinarse, en su caso, con el Instituto de la Mujer. Los servicios sociales y de protección de menores deberán coordinarse con los servicios de atención a las mujeres víctimas de violencia de género de la Comunidad Autónoma correspondiente.

4.- PAUTAS DE INTERVENCIÓN ANTE LOS CASOS DE MALTRATO INFANTIL

4.1.- Detección y Notificación

Según lo establecido en el artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1996 “*Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise*”. Asimismo, el artículo 262 de la LECrim establece que “*los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante*”. Con carácter general el artículo 259 de la LECrim establece la obligación de denunciar al que presenciare la perpetración de cualquier delito público.

- **Detectar** significa “reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato infantil”. Aunque detección y notificación son dos conceptos indisolubles, la detección es la primera condición para poder intervenir en estos casos y posibilitar la ayuda a la familia y al niño que sufren estos problemas. La detección debe ser lo más precoz posible y tiene que incluir aquellas situaciones donde existe maltrato y también aquellas situaciones de riesgo en las que pueda llegar a producirse.

Las fuentes de detección son dos:

- Cualquier ciudadano que fuera testigo o tuviera conocimiento del presunto maltrato en el entorno del menor, incluyendo los propios niños.
- Profesionales que están en contacto con el menor: personal de servicios sociales, educadores, personal sanitario, trabajadores sociales, agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, monitores de ocio y tiempo libre, etc.

- **Notificar** es transmitir o trasladar información por parte de un ciudadano o profesional⁵ sobre el supuesto caso de riesgo o maltrato infantil a la autoridad o a sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise. Es una condición necesaria para posibilitar la intervención y una obligación legal y profesional.

La notificación se realiza a través de una hoja de notificación específica para cada uno de los ámbitos de actuación. Cada hoja de notificación consta de tres copias, que deben dirigirse a:

1. Una copia para el expediente del menor del ámbito específico del que se trate.
2. Otra para la intervención social: dirigida a los servicios sociales de atención primaria en el procedimiento de actuación ordinario y a la entidad competente en materia de protección de menores en el procedimiento de actuación urgente.
3. Otra para el centro de registro de datos de maltrato infantil de la Comunidad Autónoma, a efectos estadísticos.

Procedimientos de notificación:

- Procedimiento **ordinario**: cualquiera que sea la vía de detección (población en general, ámbito educativo, sanitario, policía...) se debe poner en conocimiento de los Servicios Sociales de Atención Primaria la información de que se dispone sobre el caso. Los profesionales de los servicios sociales están capacitados para valorar inicialmente estos casos y decidir si la intervención se realizará desde dichos servicios o deberá ser derivado el caso la Comisión Provincial de Tutela y Guardia de Menores.
- Procedimiento **urgente**: cuando existe la sospecha o indicios razonables de que la salud y/o seguridad del menor se encuentran o pudieran encontrarse en grave riesgo o directamente amenazada y no hay figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo del menor. En estos casos y desde cualquier ámbito donde se lleve

⁵ Cualquier profesional podrá solicitar los formularios de malos tratos a la siguiente dirección: dgfamilia@jccm.es

a cabo la detección se realizará la notificación directamente la Comisión Provincial de Tutela y Guardia de menores.

Particularidades por ámbitos:

- **Ámbito social:** Cuando los servicios sociales tienen conocimiento de un caso de maltrato infantil en cualquiera de sus tipologías y en los supuestos de violencia de género, tanto en las familias con las que trabajan o a través de información de otro tipo, darán prioridad a esta actuación y lo comunicarán a la Comisión Provincial de Tutela y Guardia de menores para que en caso necesario tome las medidas pertinentes de protección. En los supuestos de maltrato por exposición a violencia de género, también se comunicará al Instituto de la Mujer.

La notificación se debe realizar por escrito, con el apoyo del aviso telefónico, de acuerdo con lo establecido en los protocolos de notificación.

En el caso de que la urgencia y gravedad del caso lo requieran, se presentará directamente el parte de denuncia por escrito de forma inmediata, además del aviso telefónico, en un plazo máximo de 24 horas, al Juzgado de Guardia, Fiscalía o Servicios Especializados de Atención a la Mujer y los Menores que existen dentro de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, que a su vez enviarán copia a los Servicios Periféricos de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

Cuando se estime necesario, se acompañará al menor a un centro sanitario/hospital para que reciba la atención que precise, informando después a la familia y solicitando, así mismo, la colaboración de otros profesionales especializados.

Si fuera necesario, serán las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad las encargadas de trasladar al menor a los servicios sanitarios oportunos, cuerpos especializados o Juzgados.

Cuando se sospeche la existencia de un delito, se deberá comunicar inmediatamente con el Juzgado de Guardia y ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal, recabando en caso necesario la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, si se estima conveniente.

- **Ámbito educativo.** Tiene un papel fundamental en la detección del maltrato infantil, debido a la relación continuada que se mantiene con los menores de edad y sus familias. Profesores, entrenadores deportivos, orientadores y el resto del personal docente forman parte del círculo de confianza de los menores. Esto les convierte en un primer nivel de detección para situaciones de maltrato infantil. Ante cualquier sospecha y/o evidencia de maltrato infantil, los profesores, personal o cualquier miembro de la comunidad educativa deberá comunicarlo al equipo directivo y al equipo de orientación, sin perjuicio de las actuaciones que se prevean en protocolos específicos.

El equipo directivo y el de orientación, conjuntamente, rellenarán la hoja de notificación que será remitida, directamente o a través de la Dirección General o los Servicios Periféricos de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte.

En cualquier caso, cuando se detecten lesiones visibles que requieran asistencia sanitaria se procederá al traslado del menor a un centro sanitario para que sea atendido, comunicando esta

actuación a Fiscalía, Inspección educativa y, en el caso de que no constituya un riesgo para el menor, a la propia familia.

Ante cualquier sospecha de delito, se denunciará de inmediato la situación ante el Juzgado de Guardia y la Policía, poniéndolo en conocimiento del Ministerio Fiscal y de los servicios de protección de menores de la Comunidad Autónoma a través de la correspondiente Hoja de Notificación.

- **Ámbito sanitario.** El médico, pediatra o profesional de enfermería de atención primaria o de salud mental o centro hospitalario que tenga sospecha o evidencia de un caso de maltrato infantil, debe cumplimentar la hoja de notificación y, conjuntamente con el trabajador social del centro hospitalario o de salud, enviarla a los servicios sociales correspondientes. Sin perjuicio de ello, el facultativo remitirá también el preceptivo parte de lesiones o informe médico al Juzgado de Guardia o a la Fiscalía.

En caso de considerar que existe peligro para la integridad del menor se deberá mantener su ingreso en el centro sanitario a la espera de que, por parte de Servicios Sociales o del Cuerpo Policial correspondiente, sea trasladado a un centro de protección de menores.

En los casos relacionados con la violencia de género se seguirán las pautas del “Protocolo común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género”.

- **Ámbito policial.** En función de sus competencias, las distintas Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil, Policía Autonómica, Policía Local) reciben directamente muchas denuncias de maltrato infantil. En otras ocasiones, su cercanía y contacto con el ciudadano les convierte en privilegiado agente de detección e identificación de estos casos. Asimismo, ante una situación de violencia de género constatarán que la víctima tiene hijos o menores a su cargo.

En su caso, se informará al comunicante de la diferencia entre notificación (comunicación) y denuncia, y una vez adoptadas las medidas de atención inmediata que precise el menor, se derivará el caso a los Servicios Especializados en la Atención a las Mujeres y los Menores que existen dentro de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y serán estos profesionales quienes se harán cargo del caso, presentando el atestado redactado a partir de la denuncia al Juzgado de Guardia y a la Fiscalía.

Cuando el maltrato sea causa de una situación de riesgo o desamparo, comunicarán los hechos a Fiscalía y a los servicios competentes en materia de protección de menores de la Comunidad Autónoma y/o a los servicios sociales para que tomen las medidas de protección pertinentes.

Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad seguirán las pautas establecidas en la Instrucción N° 11/2007, de 12 de septiembre, de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se aprueba el “Protocolo de Actuación Policial con Menores”. En los casos de menores expuestos a violencia de género, se seguirán las pautas establecidas en el “Protocolo de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de Coordinación con los órganos judiciales para la protección de las víctimas de violencia doméstica y de género”⁶ y en su caso, en el “Protocolo para la Valoración Policial del Nivel de Riesgo de Violencia de Género contra la Mujer en los supuestos de la

⁶ Aprobado por la Comisión Técnica de la Comisión Nacional de Coordinación de la Policía Judicial, el 28 de junio de 2005.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, y su comunicación a los Órganos Judiciales y al Ministerio Fiscal".⁷

5.- ABUSO SEXUAL INFANTIL

5.1.- Definición

Cualquier clase de contacto e interacción sexual entre un adulto y un niño/a o adolescente en la que el adulto (que por definición posee una posición de poder o autoridad) usa a éste para su propia estimulación sexual. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el menor-víctima, o cuando está en una posición de poder o control sobre el menor.

5.2.- Tipos de abusos sexuales

- **Abuso sexual intrafamiliar o incesto:** Interacciones de carácter sexual [con contacto físico o sin él] de una persona adulta con un niño/a o adolescente con quien mantiene una relación de parentesco. También se incluye aquellos casos en que el adulto esté cubriendo de manera estable el rol parental (ej.: madres y padres adoptivos, padrastro/madrastra, madre/padre convivencial).

Para calificar una situación como incesto, han de cumplirse los siguientes puntos en relación al abusador:

- Fue un participante activo en el abuso.
 - Estimuló activamente u organizó que el abuso ocurriese, y/o
 - Tuvo conocimiento de la ocurrencia o de la posibilidad de ocurrencia del abuso, y no tomó ninguna medida para prevenirlo y proteger al menor, siempre que se verifique que estaba plenamente capacitado para hacerlo.
- **Abuso sexual extrafamiliar:** La persona abusadora no forma parte de la familia del niño/a.

5.3.- Tipos de conductas sexuales

- **Abuso sexual sin contacto físico:** Seducción verbal, exposición de los órganos sexuales del adulto con objeto de obtener gratificación o excitación sexual, masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del menor.
- **Abuso sexual con contacto físico:** Tocamiento intencionado de zonas erógenas del menor o forzar al menor a que toque las zonas erógenas del adulto, penetración digital, penetración con un objeto, contacto genital oral, penetración vaginal o anal con el órgano sexual masculino.

⁷ Aprobado por Instrucción 10/2007 de 10 de julio de la Secretaría de Estado de Seguridad

5.4.- Niveles de gravedad

- 1. Leve:** Abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del menor, que ha tenido lugar en una sola ocasión, y donde el menor dispone de apoyo de su madre, padre o responsables legales.
- 2. Moderado:** Abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del menor, que ha tenido lugar en varias ocasiones, y donde el menor dispone de apoyo de su madre, padre o responsables legales.
- 3. Severo:** casos de incesto y abuso sexual extrafamiliar con contacto físico.

Para diferenciar los actos abusivos de los que no lo son, pueden ser útiles los siguientes criterios:

- Generalmente se produce el abuso dentro de una situación en la que existe un *poder diferencial*, que implica que el abusador controla a la víctima. El poder puede derivar del rol que el adulto desempeña con el menor: padre, madre, profesor, etc, o bien de que el abusador es mayor físicamente, o tienen mayor capacidad que la víctima tanto física como psíquica.
- Cuando el abusador tiene una comprensión más sofisticada de la significación y de las implicaciones del acto sexual. Por lo general, se considera que el abusador ha de tener al menos cinco años más que la víctima para que el acto sea considerado abusivo, y diez años más cuando la víctima es un adolescente.
- La gratificación sexual es diferencial (el objetivo del encuentro sexual no suele ser la gratificación mutua; el objetivo suele ser obtener gratificación sexual para el abusador). En ocasiones, los abusadores pueden hacer creer a la víctima que lo hacen para su satisfacción, responsabilizando así a la víctima por el abuso.

Con carácter general se calificarán como gravedad elevada todas las situaciones de incesto, haya o no contacto físico, y las situaciones de abuso sexual extrafamiliar en las que los padres o responsables legales se muestren incapaces de proteger al menor.

5.5.- Indicadores

a. Indicadores **físicos** del niño:

- Dificultad para andar y sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Se queja de dolor o picor en la zona genital.
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.
- Tiene la cérvix o la vulva hinchada o roja.
- Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa.
- Embarazo, especialmente al inicio de la adolescencia.

b. Indicadores comportamentales en el niño:

- Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, e incluso puede parecer retrasado.
- Tiene escasas relaciones con sus compañeros.
- Comete acciones delictivas o se fuga.
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales.
- Dice que ha sido atacado por un parent/cuidador.

c. Conducta del abusador:

- Extremadamente protector o celoso del niño.
- Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador.
- Sufrió abuso sexual en su infancia.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Está frecuentemente ausente del hogar.

6.- PROGRAMAS ESPECIALIZADOS DE INTERVENCION EN ABUSO SEXUAL INFANTIL EN CASTILLA-LA MANCHA

El Programa de Prevención e Intervención en Abuso Sexual Infantil es un programa de atención integral para satisfacer las necesidades de atención jurídica, psicológica y social de los menores que han sido víctimas de abusos sexuales, de aquellos que han cometido abusos de este tipo, y de sus familias.

En todo momento se potencia el trabajo en red y la coordinación con los distintos servicios de atención a la infancia y a la familia de forma interdisciplinar: servicios sociales, servicios de protección de menores, sanidad, educación, salud mental y todos aquellos recursos tanto públicos como privados que se encuentren en contacto con menores que puedan haberse encontrado envueltos en este tipo de dinámicas.

La existencia de profesionales de las distintas áreas (psicológica y jurídica) asegura la atención interdisciplinar en los diferentes casos, y el abordaje de las situaciones de forma integral.

6.1.- Objetivos

1. Facilitar atención psicológica y asesoramiento a aquellos menores y sus familias que hayan sido víctimas de cualquier tipo de abuso sexual.
2. Ofrecer asistencia psicológica para los agresores menores de edad y, en su caso, orientación a sus familias.
3. Facilitar asistencia legal a los menores que hayan sido víctimas de abuso sexual así como a sus familias.

4. Establecer cauces de comunicación y coordinación eficaces con los diferentes servicios y entidades tanto públicas como privadas que pueden constituirse como fuentes de derivación de menores al programa, y/o que pueden cooperar con éste en el trabajo con los beneficiarios del programa.
5. Promover y participar en acciones para el fomento de la prevención del abuso sexual de menores.

6.2.- Destinatarios/as, modo de acceso, requisitos y casos

Destinatarios:

El Programa de Prevención e Intervención en Abuso Sexual Infantil está dirigido a:

- La atención de los menores que hayan sido víctimas o se tenga sospechas de que hayan sido víctimas de abusos sexuales en cualquiera de sus modalidades.
- La atención y asesoramiento de las familias de estos menores.
- Atención a menores de edad que han cometido agresión sexual a otro menor o a personas mayores de edad, y a sus familias.
- La colaboración con instituciones interesadas en ampliar sus conocimientos y/o herramientas para la prevención y detección de este tipo de actos.
- Colaboración, coordinación e intercambio de información con otras instituciones públicas o privadas que se ocupen de la atención de este tipo de problemática en el ámbito de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Colaboración, coordinación e intercambio de información con otras instituciones públicas o privadas que se ocupen de la atención de menores en este campo fuera de la Comunidad.

Modo de acceso al programa:

Las derivaciones al Programa de Prevención e Intervención en Abuso Sexual Infantil se realizarán a través de la comunicación desde los diferentes recursos que pueden detectar casos de abuso sexual de menores.

Las derivaciones al programa se canalizarán bien directamente o a través de los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos Sociales. En el primero de los casos, el programa informará puntualmente a cada Servicio de Familia y Menores de los Servicios Periféricos de las comunicaciones recibidas y del inicio o no de nuevas intervenciones por esta vía.

Dentro de los objetivos del programa, se incluye la información a los profesionales que pueden derivar casos del perfil de menores y tipo de problemática que se puede atender desde el mismo.

Una vez recibida la derivación de un caso, se iniciará la intervención con el mismo, que constará de las siguientes fases:

- 1.- Recopilación de la información en la ficha de derivación:** se cumplimentará la ficha de derivación con los datos requeridos, incluyendo copia de la documentación previa que pueda ser de utilidad para la evaluación del caso (informes médicos, escolares, denuncias, etc.).
- 2.- Entrevista con el profesional que realiza la derivación:** en esta primera entrevista se pretende obtener una visión global del caso por parte de un profesional externo a la familia o grupo de convivencia del menor.
- 3.- Entrevista con el adulto responsable o que conviva con el menor** (padres, familiares, educadores, etc.): el objetivo de esta entrevista es obtener información específica referida a la situación actual del menor, sus rutinas, hábitos, estado emocional, cambios conductuales, etc.

Esta fase de recogida de información es común tanto para los menores víctimas como para los agresores.

Requisitos para acceder al programa:

Podrán acceder a los servicios del programa, los padres, hermanos y familiares del menor en cuyo beneficio se intervenga, siempre y cuando éste último esté empadronado y con residencia habitual en el territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Casos con alta prioridad:

Se establecen una serie de criterios de prioridad en caso de que los recursos asignados al programa no sean suficientes para atender de forma simultánea al volumen de casos derivados. Tendrán carácter de urgente los casos en los que se den las siguientes características:

- 1.- Menores que hayan sido victimizadas recientemente.**
- 2.- Menores víctimas de abuso sexual intrafamiliar.**
- 3.- Menores tutelados por la administración regional competente.**
- 4.- Menores cuyo testimonio haya sido validado y se encuentren en espera de juicio.**
- 5.- Menores agresores.**

Estos factores y otros que pudieran ser relevantes se valorarán conjuntamente con los profesionales de los Servicios de Familia y Menores de los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos Sociales a la hora de establecer la prioridad de los casos derivados. Salvo casos de alta urgencia, esta valoración se llevará a cabo en las correspondientes Comisiones de Valoración y Seguimiento convocadas en su momento.

Fuentes de derivación de casos:

Las derivaciones pueden partir de diferentes profesionales que trabajan en el ámbito de la atención a la infancia, entre otros:

- 1.- Técnicos de la sección competente en protección de menores de los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos Sociales.**
- 2.- Servicios Sociales de Atención Primaria.**

- 3.- Programa de cumplimiento de medidas en medio abierto.
- 4.- Centros de cumplimiento de medidas judiciales.
- 5.- Juzgados de menores.
- 6.- Fiscalía de menores.
- 7.- Equipos de salud mental.
- 8- Programa de Prevención e Intervención en Violencia Familiar.

Cualquier derivación deberá justificarse a la sección competente en materia de familia de los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos Sociales.

Gratuidad del programa:

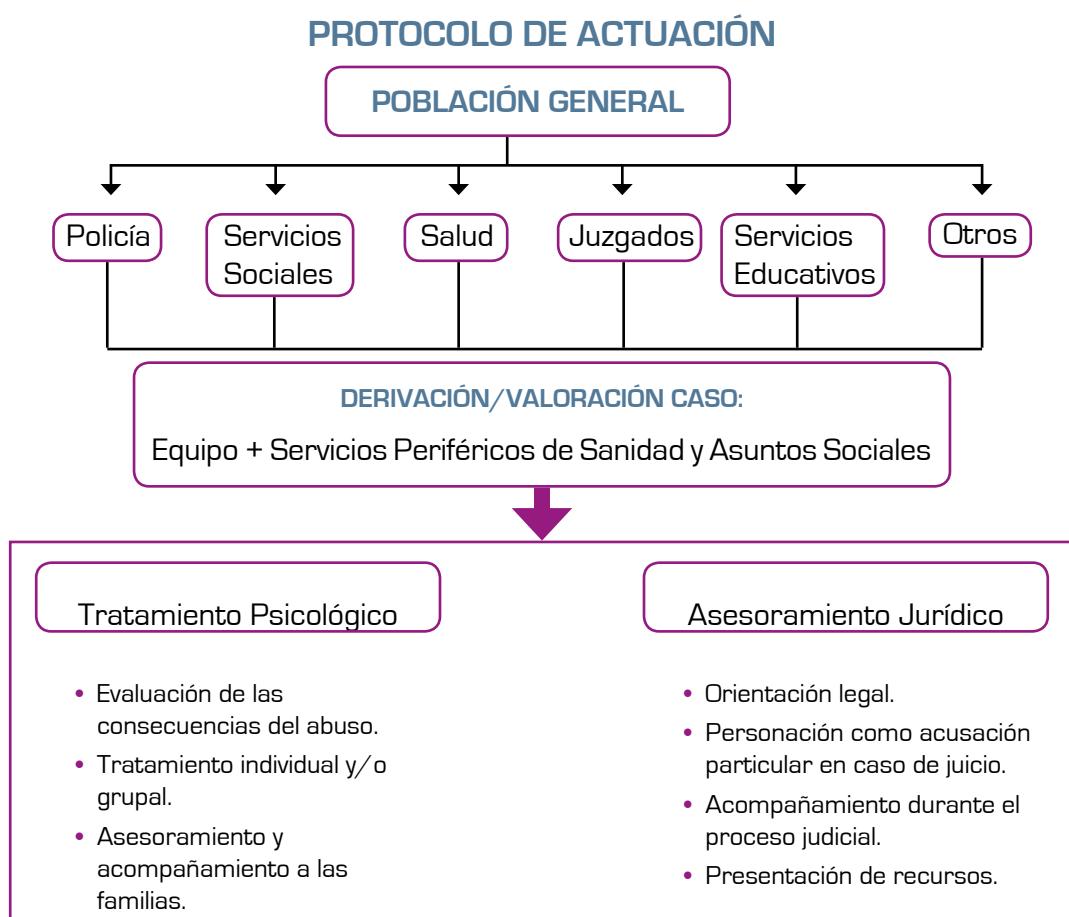
El programa de Prevención e Intervención en Abuso Sexual Infantil es totalmente **gratuito** para sus usuarios/as y las entidades que lo derivan.

Equipo profesional:

El equipo del programa, actualmente, está constituido por psicólogos y abogados.

Las diferentes titulaciones entre los profesionales del equipo, dotan de una visión interdisciplinar a todas las intervenciones realizadas, independientemente del tipo de demanda planteada por los usuarios.

6.3.- Metodología de Intervención



6.4.- Unidad de Valoración del Abuso Sexual Infantil de Castilla-La Mancha (UVASI). Hospital General La Mancha Centro de Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Definición:

La UVASI (Unidad de Valoración del Abuso Sexual Infantil de Castilla-La Mancha), surge a principios del año 2011 como respuesta a la iniciativa de la Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla La Mancha, en concreto desde la Dirección General de la Familia, sumada a la colaboración por parte de un grupo de profesionales del ámbito sanitario del Hospital La Mancha Centro de Alcázar de San Juan.

En los últimos años, ha aflorado en la sociedad una creciente preocupación por los efectos nocivos que puede acarrear una experiencia traumática como es el abuso sexual, en el desarrollo físico, psíquico y social de las víctimas, en especial si éstas son menores de edad. Sin embargo, el correcto abordaje de estos casos desde las instituciones sanitarias, sociales y judiciales, a menudo se ve coartado por la falta de unidad y efectividad en los protocolos de actuación, a todos los niveles. Así, encontramos con relativa frecuencia cómo la escasez de formación en los profesionales, unido a los prejuicios asentados en la sociedad en relación con esta temática, tienen como consecuencia una falta de eficacia, validez e incluso de humanidad en los procesos de valoración, diagnóstico y abordaje de situaciones en las que sale a la luz un posible caso de abuso sexual a un menor.

Toda esta confusión no resulta gratuita para la experiencia del menor: por un lado, un abordaje incorrecto puede incluso empeorar los ya de por sí nocivos efectos de los abusos en la integridad física, psicológica y moral de las víctimas. Pero por otro lado, una valoración diagnóstica inexacta, tanto si el falso juicio emitido es positivo como negativo, puede desembocar en graves injusticias tanto para las personas afectadas como para los presuntos agresores.

El ánimo de esta Unidad, es permitir que cualquier menor en Castilla-La Mancha, que se sospeche o se declare víctima de un abuso sexual, pueda ser valorado por un conjunto único y multidisciplinar de profesionales con formación específica, siguiendo un protocolo unificado y consensuado, para ofrecer un diagnóstico objetivo y multidimensional sobre este problema concreto. Dicha valoración diagnóstica, en tanto en cuanto sea objetiva y fiable, podrá ser entendida desde las instituciones correspondientes como una herramienta útil en el abordaje de cada caso, tanto en el manejo sanitario, psicológico y social, como en el eventual desarrollo de procedimientos judiciales. Por otro lado, esta Unidad también remarca la necesidad de trabajar en el mismo sentido sobre situaciones en las que un menor ha sido, presuntamente, autor de agresiones o abusos sexuales a otras personas, pues a menudo este tipo de casos puede también beneficiarse de intervenciones más allá de las meramente punitivas.

Se entiende por tanto, que el abuso sexual en menores es ante todo un problema de salud –por encima de eventuales procesos judiciales- y como tal, es un deber de las instituciones sanitarias prestar un abordaje integral sobre el núcleo de cada caso, que incluye al menor en sus esferas física, psíquica, social y familiar.

Equipo humano:

El conjunto de profesionales que forma parte de la Unidad viene constituido por tres áreas especializadas que son:

- Pediatras/Ginecólogas-Área Médica.
- Psicólogas Clínicas-Área Psicológica.
- Trabajadores Sociales-Área de Trabajo Social.

Todos los profesionales que integran la Unidad trabajan, de forma habitual, en el Hospital La Mancha Centro de Alcázar de San Juan (Ciudad Real), formando parte de los Servicios de Pediatría, Ginecología, Salud Mental y Servicios Sociales, de modo que las tareas realizadas en dicha Unidad forman parte de la labor asistencial ordinaria.

Por otro lado, siempre y cuando se estime oportuno, puede solicitarse la colaboración de profesionales de otros ámbitos (generalmente médicos de otras especialidades) que puedan aportar su colaboración en los objetivos de la Unidad para determinados casos.

Principios de actuación:

La filosofía de actuación de esta Unidad, está basada en prestar un servicio útil en el proceso diagnóstico de casos en los que se sospeche un abuso sexual a menores, dentro del ámbito de Castilla-La Mancha. Para tal intervención, es obviamente necesaria una derivación o solicitud de atención, y ésta puede hacerse desde cualquier estamento social, ya sea público o privado, individual o colectivo (incluso por iniciativa de la propia víctima). Sin embargo dicha intervención vendrá siempre sujeta a la voluntariedad y el consentimiento, en este caso, de los responsables legales del menor.

Consideraciones sobre el funcionamiento:

Posibilidad de cambiar el orden de valoración de las distintas áreas profesionales en función de cada caso: el día de la primera “puesta en común” (donde la Trabajadora Social expone los antecedentes del caso), los profesionales acuerdan si la secuencia de valoración será la establecida en el protocolo o si hay circunstancias especiales que motiven un cambio de estrategia, en cuyo caso ésta se verá modificada a criterio de los mismos profesionales por consenso.

El momento de la segunda “puesta en común” vendrá condicionado a que todas las áreas profesionales estimen suficientes los datos e informaciones que precisan para emitir su juicio diagnóstico. En este sentido, los profesionales que más tiempo necesiten para completar su proceso de valoración (generalmente en el área psicológica) comunicarán al resto el momento a partir del cual pueda ponerse en común la información de todas las partes.

Devolución de la valoración diagnóstica: los profesionales que realizarán dicha tarea vendrán determinados en función de cada caso, si bien se llevará a cabo siempre que sea posible, por un miembro de cada área profesional (Trabajo Social, Psicología y Pediatría). En el caso concreto de menores con capacidad suficiente para comprender la valoración diagnóstica, ésta deberá también ser transmitida a los mismos en un lenguaje adaptado, asequible para ellos.

En algunos casos, puede darse la circunstancia de que en la valoración final se estime como importante un componente de disfunción social o familiar que no tiene porqué ser relacionado con un abuso o agresión sexual. En estos casos, la Unidad podrá también dejar constancia de dicha situación en el informe final, con el objetivo de favorecer el acceso a la orientación psicoterapéutica y socio-familiar más oportuna para el caso (dichas intervenciones o seguimientos podrán correr

a cargo de otros Servicios o Instituciones creadas para tal caso, como Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, Servicios Sociales de Atención Primaria, Centros Educativos). Cuando el diagnóstico final sea de “Abuso sexual poco probable” y aun así se estime muy importante la necesidad de una intervención socio-familiar a otro nivel por indicios de desprotección infantil, se notificará al Servicio de Familia y Menores de los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos sociales.

Possibilidades de diagnóstico final:

Si bien las posibilidades de diagnóstico final se resumen a efectos prácticos en dos opciones, que son de “abuso no probable” y “abuso probable”, se contemplarán cuatro opciones derivadas a su vez de las anteriores. Los motivos de esta estratificación son los siguientes:

- Dado que la elaboración de juicios en la problemática que nos ocupa está, a menudo, altamente sujeto a valoraciones subjetivas (aunque sistematizadas), existe una gran dificultad en establecer opciones diagnósticas categóricas. En este sentido, aunque finalmente las opciones se resuman en un diagnóstico “presuntamente negativo” o “presuntamente afirmativo” se entiende que añadir otras dos opciones a cada una de las anteriores categorías contribuye a enriquecer el contenido de la valoración. Por otro lado dicha riqueza puede contribuir a optimizar la toma de decisiones en el ámbito judicial.
- Este sistema de cuatro opciones ya ha sido adoptado en España en otras unidades experimentadas en valoración diagnóstica de sospecha de abuso sexual infantil. Por ello se considera idóneo como punto de partida para la creación de esta Unidad.
- Desde un punto de vista médico, la mayoría de referencias bibliográficas sobre los hallazgos físicos que pueden encontrarse en menores víctimas de abuso sexual, suele estratificar dichos signos y síntomas en una escala de categorías que oscilan entre hallazgos “normales” o no sugestivos de abuso sexual y hallazgos “diagnósticos” de abuso sexual. Así se entiende también en base a esto que es conveniente trasladar esta gradación al diagnóstico final, en especial para definir mejor aquellos casos con una valoración no concluyente.

A continuación, se definen cuáles son las opciones diagnósticas que se adoptarán, así como los límites entre ellas.

- **Abuso sexual improbable:** los resultados de la valoración conjunta médica, psicológica y social, no arrojan indicios de un posible abuso sexual.
- **Indicios inespecíficos de abuso sexual:** como resultado de la valoración integral se ha encontrado al menos un indicio compatible con antecedente de abuso sexual. Dichos indicios pueden ser hallazgos en la exploración física, en las pruebas médicas complementarias, en la valoración psicológica o en la valoración social. Estos hallazgos son reconocidos como posiblemente causados por situaciones de abuso sexual, si bien éste no es el único mecanismo que puede ocasionarlos. En otras palabras, los hallazgos encontrados pueden ser provocados por varias causas, entre las que cabe incluir un antecedente de abuso sexual.

- **Abuso sexual probable:** tras la valoración integral, se ha encontrado al menos un hallazgo altamente sugestivo de abuso sexual, esto es que aunque otras causas podrían haberlo causado, es razonablemente improbable que haya sido causado por un mecanismo diferente al de un abuso sexual.
- **Abuso sexual seguro:** en la valoración se ha encontrado al menos un hallazgo cuya causa es solamente explicable a través de un antecedente de abuso sexual.

Sistema de archivo y protección de datos:

En relación a este tema se han considerado los siguientes puntos:

- La problemática que nos ocupa, y aún la simple investigación sobre un presunto abuso sexual, puede acarrear importantes perjuicios psicosociales sobre el menor y su entorno cercano. Por ello se considera crucial que tanto el objeto de la investigación como el contenido de la misma y sus conclusiones sean archivadas y custodiadas en un lugar diferente a la historia clínica general.
- Si bien la normativa actual contempla la obligación de las instituciones sanitarias de custodiar y proteger la información contenida en las historias clínicas, que es propiedad del paciente, creemos que lo referido a las valoraciones por sospecha de abuso sexual representa un área que exige aún mayor alto grado de privacidad.
- Por otra parte, transmitir esta voluntad de máxima protección y confidencialidad sobre la información recogida, evitará un posible efecto disuasorio en la comunicación de casos sospechosos por temor a fugas indeseadas de información confidencial.

Por todo ello, se propone un sistema de obtención, archivo y custodia de la información manejada en esta Unidad, con las siguientes características:

- La información personal manejada por la UVASI es considerada parte de la historia clínica personal y como tal es propiedad del paciente.
- Como ya se viene haciendo con la información contenida en las historias clínicas, es responsabilidad del Hospital su archivo y custodia.
- Sin embargo, se creará un archivo físico “paralelo” a la historia clínica general, con ubicación en el mismo Servicio de Archivo del Hospital, al cual sólo tendrán acceso ordinario aquellos profesionales sanitarios pertenecientes a la UVASI. En casos extraordinarios en que profesionales externos a la Unidad requieran dicha información con fines exclusivamente sanitarios, deberán solicitar dicha información a través de un formulario creado para tal caso, siendo necesario el visto bueno de al menos un miembro de la UVASI.
- Como parte de la historia clínica personal deberá quedar constancia, al menos de forma mínima, de la valoración realizada por la UVASI en dicha historia general. Para cumplir con este punto sin poner en riesgo los anteriores, es conveniente que solamente se refleje en la historia clínica el hecho de la valoración por la Unidad, así como la fecha de inicio de la misma. De este modo, todos los profesionales sanitarios podrán tener constancia de este hecho, es decir, que se ha llevado a cabo una

valoración, sin poder acceder de forma directa a la información específica así como al resultado del diagnóstico final. En caso de solicitar acceso a esta información con fines sanitarios, se otorgará siempre que se justifique convenientemente a través del formulario citado anteriormente.

Seguimiento:

Si bien el objetivo fundamental de este proyecto es la valoración y diagnóstico de sospechas de abuso sexual infanto-juvenil, se incluyen también entre los objetivos el seguimiento de toda la caustica. En dicho seguimiento se pretende:

- Recabar datos estadísticos generales sobre la problemática en nuestra Región.
- Conocer el desenlace de los casos valorados, a fin de evaluar la actuación en cada uno de ellos, tanto a nivel de la Unidad como en el resto de instituciones implicadas.
- Identificar puntos débiles y perfeccionar en base a la experiencia el sistema de actuación como Unidad.

Finalmente señalar que es de utilidad compartir toda la información de interés obtenida como fruto de este seguimiento, con todos aquellos estamentos que pueden beneficiarse de la misma, bien sea a través de trabajos de investigación o en forma de jornadas formativas y de divulgación.

7.- NUEVAS FORMAS DE VIOLENCIA EN NIÑOS Y JÓVENES A TRAVÉS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

7.1.- Introducción

Las **Nuevas Tecnologías** ocupan un lugar fundamental en la vida de los niños y adolescentes. Estas tecnologías evolucionan muy rápidamente, así como sus riesgos, por lo que es un tema que preocupa mucho.

Algunas de las cuestiones que nos debemos plantear son: ¿Puede generar adicción su uso? ¿Cómo diferenciamos el uso normal y el uso patológico en estas adicciones sin sustancias?

¿A qué llamamos adicción a las nuevas tecnologías?

Para definir la adicción a las nuevas tecnologías debe existir una conducta que interfiera en el plano social, académico, laboral o familiar. Hay pérdida de control y dependencia.

¿Cómo podemos explicar que una tecnología que es beneficiosa para la humanidad genere adicción en NUESTROS MENORES?

Hay una serie de características de la personalidad que podrían considerarse factores de riesgo para la ciberadicción: los menores introvertidos y con baja autoestima, tímidos, de fantasía descontrolada, depresivos.

“Un menor con una personalidad vulnerable, con una cohesión familiar débil y con unas relaciones pobres corre un gran riesgo de hacerse adicto si cuenta con un hábito de recompensas

inmediatas, tiene el objeto de la adicción a mano, se siente presionado por el grupo y está sometido a circunstancias de estrés (fracaso escolar, frustraciones afectivas o competitividad)" (Echeburúa y Paz de Corral, 2010).

¿Cuándo existe una conducta adictiva?

Síntomas de alarma

- Recibir quejas en relación con el uso de la red por el tiempo de conexión.
- Mentir sobre el tiempo real de conexión.
- Sentir inquietud, nerviosismo, irritación cuando no puede hacer uso del ordenador, la consola, etc.
- Considerar (o lo comentan personas del entorno) que no está realizando un uso controlado.
- Pensar en la red constantemente.
- Disminución del rendimiento escolar (resultados, nivel de atención, etc.) debido a un uso inadecuado de este tipo de instrumentos tecnológicos.
- Observar (o lo comentan personas del entorno) que está entrando en cierto aislamiento social, ensimismamiento.
- Cuando debido al tiempo que se dedica a estos dispositivos, o a estar en "la red" disminuye el tiempo que se dedica a dormir, a alimentarse de forma adecuada, o descuidar el cuidado personal.

7.2.- Nuevas formas de violencia

Parece obvio que los riesgos más graves son aquellos que afectan a la integridad, tanto física como emocional de los menores en especial el ciberbullying y el grooming. No es fácil evitarlos, no son infrecuentes y por último, los adultos son los últimos en enterarse, normalmente, cuando el daño ha sido ya muy grande.

Se debe tener bien presente que aunque no se produzca agresión física por parte de los acosadores (ciberabusones y depredadores sexuales), los efectos sobre la víctima pueden ser tan devastadores como si la hubiera habido.

Se destacan las siguientes formas de violencia dentro del mundo de las nuevas tecnologías:

- **Ciberbullying:** El ciberbullying o ciberacoso entre iguales supone el hostigamiento de un menor hacia otro menor, en forma de insultos, vejaciones, amenazas, chantaje, etc., utilizando para ello un canal tecnológico.
- **Grooming:** El grooming se define como el conjunto de estrategias que una persona adulta desarrolla para ganarse la confianza del menor a través de Internet con el fin último de obtener concesiones de índole sexual.
- **Sexting:** Es una práctica que supone el envío de imágenes o vídeos de contenido erótico-pornográfico por parte de menores o jóvenes, principalmente por medio del teléfono móvil (Sexting = Sex + Texting).

- Relacionado con el sexting se encuentra el llamado **sex-casting**. Con este término se identifica la grabación de contenidos sexuales a través de la webcam y difusión de los mismos por e-mail, redes sociales o cualquier canal que permitan las nuevas tecnologías.
- **Sextorsión:** Las fotografías o videos de contenido sexual, en manos de la persona inadecuada, pueden constituir un elemento para extorsionar o chantajear al protagonista de las imágenes. Se llama sextorsión al chantaje en el que alguien (menor o mayor de edad) utiliza estos contenidos para obtener algo de la víctima, amenazando con su publicación.
- **Pornografía infantil:** Es el material distribuido en Internet con carácter explícitamente sexual en donde cualquier usuario puede erigirse como productor, difusor y receptor del material pornográfico infantil. De acuerdo con la Policía Cibernética, este tipo de ilícitos ya ha involucrado no sólo niños y niñas de un año en adelante sino que actualmente se manejan bebés de dos o tres meses de edad.
- **Pedofilia:** Son personas que muestran cierta preferencia y/o atracción sexual por personas que son menores de edad. El atacante puede ponerse en contacto con la víctima en una sala de discusión (chat) con la intención de llegar a establecer una relación al cabo de cierto tiempo.
- **Acoso sexual:** El acoso sexual puede ocurrir entre personas del mismo sexo o del opuesto y presenta conductas como: pedir favores sexuales, lenguaje de naturaleza sexual, propuestas o insinuaciones sexuales. Esto puede presentarse de manera frecuente en los chats o en mensajes de correo electrónico.
- **Turismo sexual infantil:** Son grupos u organizaciones que utilizan anuncios a través de Internet con información oculta mediante la cual se promueve “niños de catálogo”, es decir niños que son utilizados para brindar servicios sexuales.

7.3.- Prevenir las nuevas formas de violencia

- El uso de las nuevas tecnologías no se puede ni se debe prohibir.
- Lo adecuado es que los equipos informáticos se encuentren en lugares comunes de la casa.
- Como otros muchos productos ideados para facilitarnos la vida, deberíamos hacer de ellos un uso responsable.
- Graduar el acceso a las distintas aplicaciones y contenidos de Internet en función del grado de responsabilidad.
- Tener presente en todo momento que no se deben dar datos personales ni hablar con personas extrañas.
- Fomentar hábitos saludables como el ejercicio físico, quedar “físicamente” con sus amigos y amigas, realizar actividades que les diviertan. No existe sólo el mundo “virtual”
- El mensaje principal que se debe trasladar a los menores es: “Cuando envías una información pierdes el control sobre ella y su destino. Piensa antes de publicar”. Es decir, una vez que se ha decidido pulsar el botón ya no hay marcha atrás y nunca se podrá estar seguro de que la persona a quien se le ha mandado un mensaje, una imagen o un video los mantendrá en la privacidad. Puede incluso que por un error o una acción malintencionada de terceros, esa imagen pase a ser de dominio público.



ÁREA DE EDUCACIÓN

1.- INTRODUCCIÓN

El *Protocolo Unificado de Intervención con Niños y Adolescentes de Castilla-La Mancha*, representa un nuevo compromiso de la Administración con la educación en Castilla-La Mancha, aportando un marco de seguridad y apoyo al profesorado en la toma de decisiones en los centros educativos, como así se expresa en la Ley 3/2012, de 10 de mayo, de Autoridad del Profesorado, en beneficio del alumnado y de sus familias.

La contribución e implicación de los profesionales de las diversas áreas que participan en el Protocolo, es indispensable para conseguir que la atención a los alumnos sea cada vez más segura y eficaz y les permita mayores niveles de progreso y éxito personal y educativo.

Plantear un protocolo de intervención con menores y adolescentes desde diferentes áreas, no solo la educativa, hace que se unifiquen esfuerzos y planteamientos ante temas actuales que sensibilizan y preocupan tanto a la propia comunidad educativa como a la sociedad en general. La riqueza de matices que configura la realidad diaria de los centros educativos no debe impedir que determinados aspectos se precisen y concreten en actuaciones determinadas, como es el caso que nos ocupa.

El desarrollo de los diferentes apartados que a continuación se recogen va dirigido a los centros docentes sostenidos con fondos públicos no universitarios de Castilla-La Mancha que acogen en sus aulas a menores y a adolescentes, incluidos los centros de educación de personas adultas, que escolaricen alumnado de estas edades.

Estos centros, por sus peculiares características en cuanto a las diferentes edades que comprende su alumnado, deben recoger en sus Normas de Convivencia, Organización y Funcionamiento aspectos relacionados con tutorías y atención a las familias para informar del proceso de enseñanza-aprendizaje de los alumnos menores, el control y justificación de su absentismo, la necesidad de autorizaciones para entradas o salidas del centro fuera del horario regular del mismo, el derecho de reunión de los alumnos y cualquier otro aspecto que pudiera afectar al centro en su organización y funcionamiento, como institución que recoge a menores.

Con bastante frecuencia se plantean en el ámbito educativo determinadas situaciones acerca de las cuales las familias castellano-manchegas demandan soluciones y los centros educativos propuestas de actuación, con las que, al amparo de la normativa existente, queden atendidos y resueltos los problemas suscitados a lo largo del curso escolar.

Entre los más habituales puede figurar la asistencia sanitaria al alumnado en situaciones críticas, amparadas éstas en el deber de auxilio; la administración de medicamentos; la atención a padres, tutores o representantes legales del alumnado, en caso de progenitores separados; o el maltrato y la violencia. Situaciones todas que, pese a la normalidad pretendida, pueden alterar y configurar la realidad cotidiana de los centros educativos.

También es importante, por último, resaltar aspectos de protección de datos de carácter personal en los centros educativos.

Los centros educativos de Castilla-La Mancha que imparten enseñanzas de etapas y niveles no universitarias, de carácter público y privado, sin excepción, están sujetos a lo establecido en la Ley

Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Esto implica para los mismos un código de actuación basado en la legalidad vigente y en el tratamiento con prudencia y el debido sigilo profesional de la información de la que los centros dispongan de miembros de la comunidad educativa, así como en el manejo de ficheros relativos al profesorado, alumnado, personal laboral y del P.A.S., sin excluir un uso adecuado de Delphos. Asimismo, los centros educativos deben actuar con precaución con la información dada en reuniones con padres, tanto de carácter colectivo como individual, acerca de la evolución del proceso de enseñanza-aprendizaje del alumnado, de problemas de salud y de otro tipo de los diferentes sectores de la comunidad educativa y en la exposición del parte mensual de faltas del profesorado y sus motivos, entre otros.

En otro orden de cosas, los centros no son ajenos a un contexto de sociedad de la información y la comunicación en el que se encuentran inmersos ni pueden sustraerse del uso de las T.I.C. en las aulas y más aún, cuando desde la Consejería de Educación, Cultura y Deportes se aprueban y autorizan programas educativos que tienen como principales herramientas educativas recursos digitales. En este sentido, deben mostrar precaución y vigilancia en el uso de Internet por el alumnado, especialmente los menores de edad, para evitar lo que se denomina ciberacoso. Otros aspectos a tener en cuenta y en los que se ha de ser especialmente cauteloso en este campo, es con el uso por el alumnado de cuentas de correo externas ajenas a las autorizadas por los programas educativos de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, por la desprotección e inseguridad jurídica que pudiera provocar el mismo para sus usuarios.

Aquellos centros educativos, de cualquier nivel y enseñanza no universitaria y de ámbito público y privado, que soliciten medios de video-vigilancia u otros análogos que capten imágenes u otros datos que pudieran afectar a terceras personas, dentro y fuera del establecimiento escolar, deberán cumplimentar el formulario "NOTA" disponible en la intranet educativa. Así mismo, tendrán que cumplimentar este formulario para cualquier otro tratamiento de datos que realicen a iniciativa del propio centro, como pueden ser, empresas de Formación en Centros de Trabajo (FCT), contrataciones, u otros similares, para los que adquieran la condición de Responsables del Fichero.

Los centros docentes deberán notificar a la Secretaría General de la Consejería con competencias en materia de Educación, la creación, modificación o supresión de ficheros con datos de carácter personal, cumplimentando el antes mencionado formulario electrónico "NOTA", disponible en la web de la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). Cualquier información adicional se puede encontrar en las Instrucciones para la notificación de ficheros con datos de carácter personal a la Agencia Española de Protección de Datos, elaborada por la entonces Dirección General para la Sociedad de la Información de la Consejería de Industria y Sociedad de la Información.

Finalmente, es pertinente que los centros educativos conozcan que en la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas existe un Servicio de Seguridad y Protección de Datos que tiene, entre otras, la función de asesorar a los Responsables de los Ficheros de esta Administración Regional con el objeto de cumplir la legislación vigente en esta materia y al que se pueden dirigir todos los centros educativos a través de la dirección de correo electrónico proteccióndatos@jccm.es.

Es voluntad de la Administración que éste sea un Protocolo "vivo" y, por tanto, se podrá someter a evaluación y a las oportunas actualizaciones que en su caso se requieran, con la participación de los responsables en la elaboración del mismo.

Con carácter anual, la Consejería con competencias en materia de educación, informará sobre los resultados de las actuaciones relativas a este Protocolo.

2.- ACTUACIÓN ANTE UN PROBLEMA MÉDICO DEL MENOR OCURRIDO EN EL CENTRO EDUCATIVO

2.1.- Introducción: Consideraciones Generales

Con bastante frecuencia se plantean en el ámbito escolar por parte de los padres, tutores o representantes legales diferentes cuestiones sobre la asistencia sanitaria a los menores ante incidencias o accidentes ocurridos dentro del recinto escolar.

Si bien es cierto que el menor tiene derecho a ser atendido, también lo es que el personal de los centros educativos no es personal sanitario, por ello no resulta exigible al personal de los centros docentes el suministro de medicamentos que por su complejidad superen el ámbito de los primeros auxilios.

Los docentes o cualquier otra persona que trabaje en el centro deben prestar los primeros auxilios básicos que no comprometan la salud del alumno y no requieran de una formación o preparación distinta de la conocida por cualquier otro ciudadano. No obstante, para que el docente tenga información suficiente sobre primeros auxilios, la Administración propondrá la oportuna formación voluntaria al respecto, y en la medida de lo posible, en horario laboral, debido a la relevancia cívica que conlleva la atención de primeros auxilios en la sociedad.

Todos los ciudadanos tienen los mismos deberes sobre la prestación de auxilio, pero al personal de los centros docentes no se le podrá exigir nunca más allá de lo que corresponde a su cualificación técnica o a los requisitos exigidos para cubrir el puesto profesional que ocupa.

La responsabilidad del personal de los centros docentes, en caso de accidente de un alumno, es la de estar a su lado en todo momento (deber de custodia) y avisar al 112 y al Centro de Salud más próximo. Además, se debe avisar inmediatamente a los padres, tutores o representantes legales del alumno.

2.2.- Definiciones

Dentro del centro educativo se pueden producir las siguientes situaciones:

- **Situaciones de urgencia:** la Organización Mundial de la Salud (OMS) define *urgencia* como la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de la persona responsable. Estas situaciones requieren la comunicación inmediata al 112 y al Centro de Salud de zona más próximo al centro educativo.
- **Situaciones no urgentes:** Son situaciones no urgentes las que, sin estar incluidas en el apartado anterior generan la conciencia de una necesidad de atención de primeros auxilios.

2.3.- Intervención en casos de urgencia

En el caso de que en el centro docente se produzca alguna situación de urgencia, tal y como se describe en las definiciones anteriormente expuestas, los pasos a seguir son:

- a) Solicitar ayuda inmediata al 112 y al Centro de Salud más cercano.
- b) Avisar a los padres, tutores o representantes legales del menor.
- c) Observar las reacciones del menor para informar adecuadamente al servicio médico de urgencia y al 112, respectivamente.
- d) Despejar el espacio perimetral en el que se encuentra el menor hasta la llegada del 112.

2.4.- Intervenciones en situaciones no urgentes

A) Situaciones que requieran primeros auxilios

En situaciones no urgentes que supongan la aplicación de primeros auxilios habituales, el personal del centro procederá a realizarlo por si mismo de acuerdo con las normas de organización y funcionamiento del centro.

B) Intervenciones en situaciones con diagnóstico previo en el centro educativo por personal especializado (personal del 112 y de los Centros de Salud).

En las situaciones no urgentes que suponga una intervención pautada en base a un diagnóstico previo, es preciso que:

- El menor posea diagnóstico médico y tratamiento previo establecido por dicho personal facultativo. Los padres, tutores o representantes legales del menor deberán facilitar al centro educativo copia del informe médico, en el que aparezca claramente el diagnóstico y tratamiento del mismo.
- Es obligatorio igualmente la cumplimentación y entrega por parte de los padres, tutores o representantes legales del menor del modelo de “consentimiento y autorización para administrar el tratamiento médico” (ANEXO II) (únicamente se les pedirá a aquellos padres, tutores o representantes legales que no lo hayan entregado en el sobre de matrícula).

Es recomendable para todos los menores:

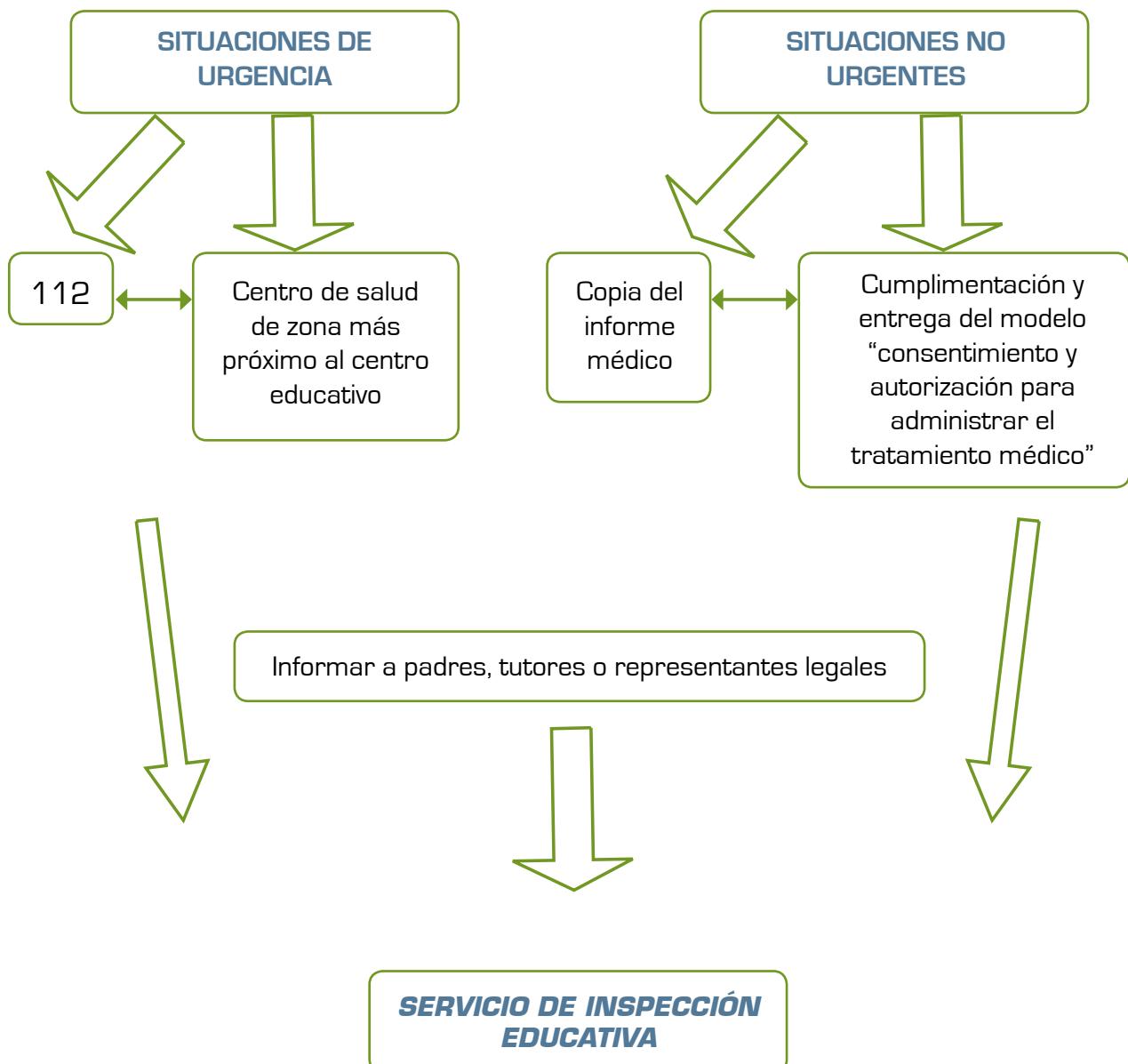
- Incluir en el sobre de matrícula:
 - Fotocopia de la tarjeta sanitaria.
 - Cumplimentación del modelo “consentimiento y autorización para administrar el tratamiento médico” (ANEXO II).

Procedimiento y actuaciones del Equipo directivo.

La Dirección de los centros educativos, para conseguir una mejor eficacia, y economizar esfuerzos, dispone del siguiente protocolo de actuación:

- 1.- Elaborar un listado con todos los teléfonos de urgencias médicas de la localidad y distribuirlo en la sala de profesores, en las diferentes dependencias de los ciclos o de los departamentos didácticos y en dependencias de administración, conserjería y cafetería del centro.
- 2.- Mantener una entrevista, a principio de cada curso escolar con los padres, tutores o representantes legales que hayan solicitado la colaboración del centro educativo para una especial atención de sus hijos por problemas médicos.
- 3.- Solicitar a los padres, tutores o representantes legales la documentación necesaria (documentos de información y consentimiento o autorización de los padres, tutores o representantes legales e informe del médico del especialista para cada caso).
- 4.- Elaborar un listado con la relación de alumnado afectado por esta situación y datos más relevantes aportados por los padres, tutores o representantes legales y elevarlo al Servicio de Inspección, junto con los acuerdos adoptados.
- 5.- Informar al Centro de Salud más próximo de la incorporación y presencia en el centro educativo de alumnado con diagnóstico previo, para que se produzca la mejor coordinación del personal sanitario con el centro educativo.
- 6.- En el caso de que el centro educativo tenga asignado personal sanitario, informar a éste para las posteriores actuaciones que deban realizar.
- 7.- Informar al profesorado del claustro relacionado con este alumnado con diagnóstico previo. Dicha información la trasladará, en coordinación con el especialista de orientación, a los tutores y equipos docentes correspondientes del alumnado afectado.
- 8.- Informar en privado al personal del centro docente y a los responsables del servicio de comedor y transporte escolar, en caso de existir, de las situaciones particulares de este alumnado y de los datos aportados por los padres, tutores y representantes legales sobre esta problemática.
- 9.- Guardar el principio de protección de datos respecto a toda la información del alumnado con diagnóstico previo.

ITINERARIO DE ACTUACIÓN ANTE CADA UNA DE LAS CASUÍSTICAS DESCRIPTAS ANTERIORMENTE



3.- Actuación del centro educativo cuando el menor no es recogido al finalizar el horario escolar

3.1.- Introducción: Consideraciones Generales

La diversidad de situaciones familiares y otras circunstancias complejas de la vida actual hace que en ocasiones los padres, tutores o representantes legales no vayan a tiempo a entregar o a recoger a los alumnos en los horarios establecidos por el centro. Esto ocasiona numerosos problemas de organización, especialmente graves en la salida, pues esos retrasos chocan por una parte con el derecho legítimo del profesorado a su cumplimiento de horario y por otra con el deber del docente de custodia del menor.

Estas circunstancias han hecho que los centros educativos incorporen en sus Normas de Convivencia, Organización y Funcionamiento procedimientos para la recogida y custodia de aquellos alumnos cuyos padres, tutores o representantes legales no llegan a tiempo.

3.2.- Protocolo de Intervención

Se recomienda el siguiente protocolo de actuación:

Primero:- En caso de un retraso injustificado y siempre que se haya producido aisladamente, desde el centro educativo se llamará inmediatamente a los padres, tutores o representantes legales y se custodiará al alumno durante el tiempo establecido previamente y recogido en la Normas de Convivencia, Organización y Funcionamiento (NCOF) del centro educativo.

En el caso de sobrepasar dicho tiempo y no aparecer las familias responsables de la recogida del menor, se pondrá en conocimiento de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad competentes en materia de protección de menores.

Segundo.- En supuestos de varios retrasos injustificados de los padres, tutores o representantes legales en las recogidas de sus hijos o tutorados, el centro suscribirá un acuerdo o compromiso con los primeros, instando a los mismos a no ser negligentes y a cumplir el horario establecido por el centro. Estos acuerdos o compromisos deben estar convenientemente regulados en las Normas de Convivencia, Organización y Funcionamiento del centro. El centro debe ser flexible y mostrar sensibilidad en materia de los retrasos en la recogida de los menores con aquellos familiares que presenten algún tipo de discapacidad conocida previamente por el centro, siempre que el retraso sea atribuido a esta circunstancia.

Tercero.- En los casos de retrasos habituales de los responsables del menor en la recogida del mismo, el centro custodiará al alumnado el tiempo acordado con la comunidad educativa en sus Normas de Convivencia, Organización y Funcionamiento y, tras avisar previamente a los adultos responsables de la recogida, el centro educativo, al entender motivadamente que los padres, tutores o representantes legales están incumpliendo reiteradamente los compromisos adquiridos, tomará las medidas correctoras oportunas.

Este hecho se pondrá en conocimiento de los Servicios Sociales de Atención Primaria, junto con el acuerdo de compromiso recogido en el segundo apartado, así como con la documentación que recoja fehacientemente que los responsables del menor incumplen lo acordado (fechas de ausencias o retrasos del padre/madre/tutor legal, con sello del centro y observaciones realizadas, en su caso, por miembros del equipo directivo). En este último caso, los Servicios Sociales de Atención Primaria actuarán sobre los responsables del menor debiendo comunicar al centro las medidas tomadas por tal institución (Anexo III).

Independientemente de este protocolo de actuación, el centro educativo puede acordar, a través de la AMPA del mismo, otras fórmulas viables y jurídicamente seguras, para atender casos de especial dificultad en la recogida de menores.

3.3.- Puntualizaciones

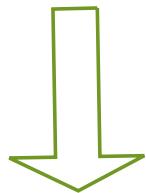
Es necesario discernir entre:

- Hecho puntual o eventual.
- Hecho reiterado o sistemático, es decir, un caso grave. Se acuerda considerar grave, el retraso reiterado a partir de la negativa a la recogida del menor o por imposibilidad de contacto con los teléfonos facilitados por la familia u otros al centro escolar. En este caso se comunica la incidencia a la Guardia Civil o Policía Nacional o Local, que actuarán según lo estipulado en la guía de guardias elaborada por el Servicio de Familia, Infancia y Menores de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, quienes realizarán las tareas de localización de los padres, tutores o representantes legales y, en última instancia y de ser necesario, los mismos lo pondrán en conocimiento de la Fiscalía de Menores, la cual decidirá si lo pone a disposición de los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos Sociales correspondiente.

También es necesario tener en consideración que el retraso en la recogida de menores incide negativamente en la organización del centro educativo y en la conciliación de la vida laboral y familiar del propio profesorado.

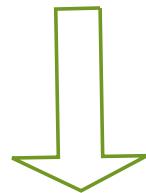
ITINERARIO DE ACTUACIÓN ANTE CADA UNA DE LAS CASUÍSTICAS DESCritAS ANTERIORMENTE

HECHO PUNTUAL O EVENTUAL

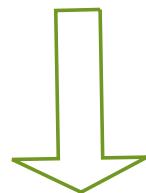


Localización de la familia e información de las posibles consecuencias en reiteradas ocasiones. Sobrepasado el tiempo acordado en las Normas de Convivencia. Organización y Funcionamiento (NCOF), solicitar custodia del menor a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad competentes.

SITUACIONES REITERADAS Y GRAVES



- A) No localización
- B) Negativa de recogida del menor



Informar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad competentes.

4.- ACTUACIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO ANTE AGRESIONES SEXUALES Y ABUSOS SEXUALES

4.1.- Introducción: Consideraciones Generales

Niños y niñas, sin importar su edad, son afectados diariamente por este grave problema, ya sea dentro de su familia o fuera de ella.

La prevención y acción frente al abuso sexual y agresión sexual infantil es una tarea ineludible del sistema escolar y de la comunidad educativa en su conjunto, ya que es en este ámbito donde se espera contribuir a que los estudiantes alcancen un desarrollo afectivo y social pleno y saludable.

4.2.- Definiciones

Abuso sexual

Díaz Huertas (2000) define el abuso sexual como la implicación de los niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto y destaca que las modalidades de abuso sexual pueden ser con o sin contacto físico.

Agresión Sexual

Se diferencia del abuso básicamente en que en la agresión sí existe violencia o intimidación, el Código Penal lo define como *“El que atentare contra la libertad sexual de otra persona con violencia o intimidación, será castigado, como responsable de agresión sexual”*, *“Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado como reo de violación”*.

4.3.- Indicadores que pueden ayudar a identificar un abuso sexual en menores

Las manifestaciones que pueden presentar un niño o una niña víctima de abuso sexual infantil son diversas. **Es importante señalar que la ausencia o la presencia de algunas de estas manifestaciones o síntomas no comprueban por sí mismas la existencia o no de un abuso sexual hacia un menor.**

Conocer las consecuencias y sintomatología originada por el abuso sexual infantil, sin embargo, es muy importante para que los profesionales tengan elementos para su detección y para una intervención adecuada.

4.3.1. Consecuencias físicas

- A. Hematomas.
- B. Infecciones de transmisión sexual.

- C. Desgarramientos o sangrados vaginales o anales.
- D. Enuresis, encopresis.
- E. Dificultad para sentarse o para caminar.
- F. Embarazo temprano.

4.3.2. Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil

4.3.2.1. Problemas emocionales:

- A. Miedos.
- B. Fobias.
- C. Síntomas depresivos.
- D. Ansiedad.
- E. Baja autoestima.
- F. Sentimiento de culpa.
- G. Estigmatización.
- H. Trastorno por estrés postraumático.
- I. Ideación y conducta suicida.
- J. Autolesiones.

4.3.2.2. Problemas cognitivos:

- A. Conductas hiperactivas.
- B. Problemas de atención y concentración.
- C. Bajo rendimiento académico.
- D. Peor funcionamiento cognitivo general.
- E. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

4.3.2.3. Problemas de relación:

- A. Problemas de relación social.
- B. Menor cantidad de amigos.
- C. Menor tiempo de juego con iguales.
- D. Elevado aislamiento social.

4.3.2.4. Problemas funcionales:

- A. Problemas de sueño (pesadillas, cansancio).
- B. Pérdida del control de esfínteres (enuresis y encopresis).
- C. Trastornos de la conducta alimentaria.
- D. Quejas somáticas.

4.3.2.5. Problemas de conducta:

- A.** Conducta sexualizada: imitación de actos sexuales, uso de vocabulario sexual inapropiado, curiosidad sexual excesiva, conductas exhibicionistas...
- B.** Conducta disruptiva y disocial: hostilidad, agresividad, ira y rabia, trastorno oposicionista desafiante...

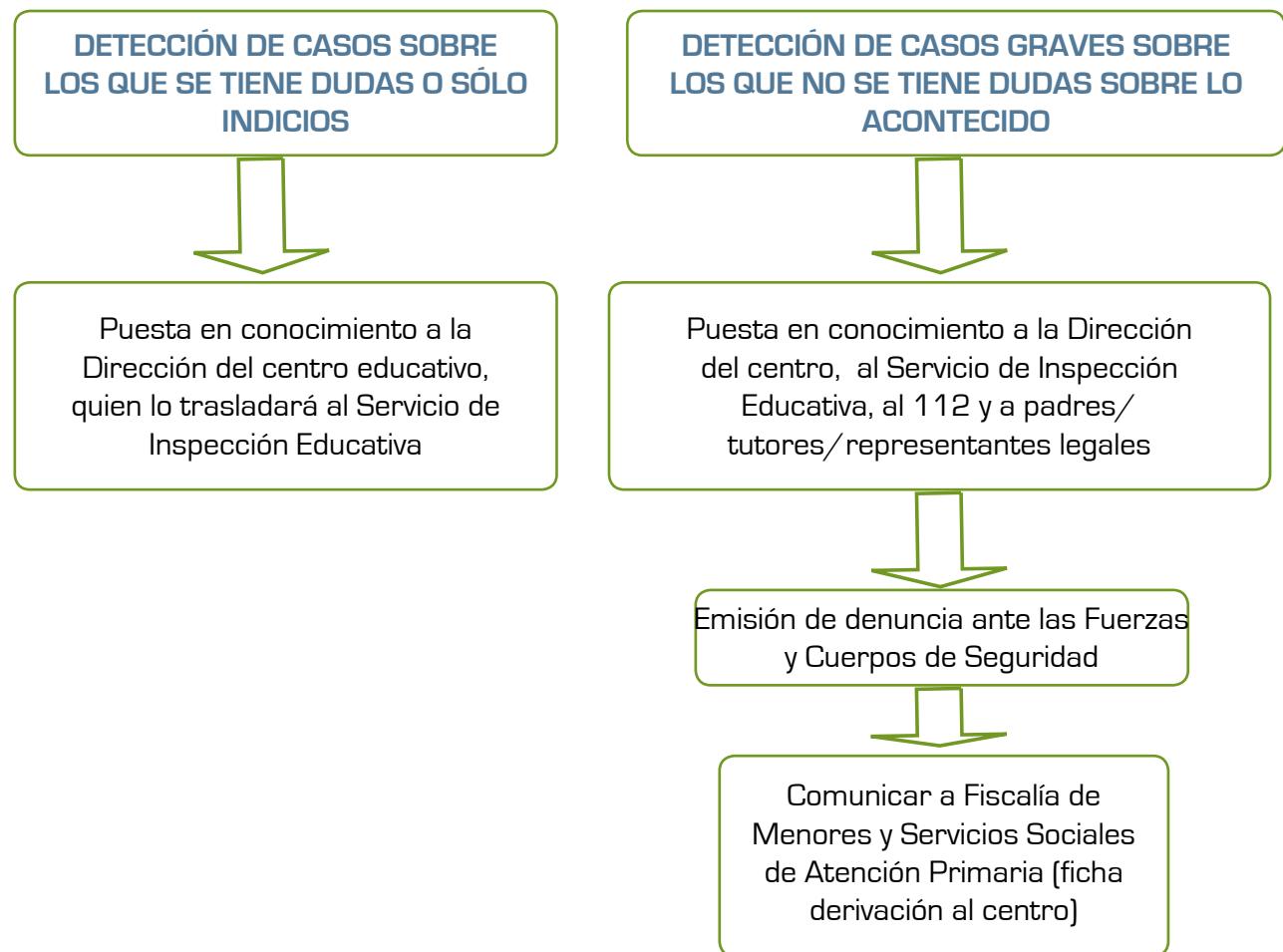
4.4.- Actuaciones

Es necesario discernir entre:

Detección de elementos indicarios o no concluyentes. En estos casos es necesario poner en conocimiento de lo acontecido a la dirección del centro educativo, quien lo trasladará al Servicio de Inspección Educativa (Inspector del centro e Inspector Jefe), con la cautela debida y privacidad ante estos supuestos indicarios o no concluyentes.

Detección de signos físicos graves y evidentes. En estos casos se actuará inicialmente poniendo en conocimiento de lo acontecido a la dirección del centro. Posteriormente el Director del centro educativo lo comunicará al Servicio de Inspección Educativa, al 112 y a los padres, tutores o representantes legales. Además, según el caso, lo denunciará ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, quienes lo pondrán en conocimiento de la Fiscalía de Menores y Servicios Sociales de Atención Primaria, debiendo éstos comunicar al centro las medidas tomadas por tal situación (ANEXO III).

ITINERARIO DE ACTUACIÓN ANTE CADA UNA DE LAS CASUÍSTICAS DESCRIPTAS ANTERIORMENTE



5.- ACTUACIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO CUANDO EL MENOR NO ACATA LAS NORMAS DE CONVIVENCIA

5.1.- Introducción: Consideraciones Generales

A diario dentro del centro escolar los alumnos, docentes y equipos directivos tienen obligaciones que cumplir y derechos que ejercer y hacer respetar. Cada uno tiene que obedecer a quien tiene autoridad sobre él y también tiene que convivir con sus compañeros y con todas las personas que forman parte de la comunidad educativa. Todas estas situaciones originan problemas y conflictos.

Existe un protocolo operativo entre la Dirección General de Protección Ciudadana, de la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas, y la Dirección General de Organización, Calidad

Educativa y Formación Profesional, de la Consejería de Educación, Cultura, y Deportes para la atención de urgencias a través del Centro 112, en el marco de actuaciones para la defensa del profesorado en Castilla-La Mancha.

Normativa de aplicación:

- Ley 3/2012, de 10 de mayo, de autoridad del profesorado (D.O.C.M. 99 de 21 de mayo de 2012).
- Decreto 13/2013, de 21 de marzo, de autoridad del profesorado en Castilla-La Mancha (D.O.C.M. 60 de 26 de marzo de 2013).
- Decreto 3/2008, de 8 de enero, de la convivencia escolar en Castilla-La Mancha (D.O.C.M. 9 de 11 de enero de 2008).
- Orden de 20/06/2013, de la Dirección General de Organización, Calidad Educativa y Formación Profesional, por la que pone en funcionamiento la Unidad de Atención al Profesorado (D.O.C.M. 121 de 25 de junio de 2013).

5.2.- Actuaciones

En general, en estos casos se actuaría siguiendo los siguientes pasos:

- **Aplicación de la normativa en vigor.**
- **Poner en conocimiento de los padres, tutores o representantes legales:** comunicar la situación y/o la incidencia a los padres, tutores o representantes legales del menor o joven, tratando de buscar este apoyo como forma más normalizada de reconducción de la conducta del mismo.
- **Poner denuncia desde la dirección del centro escolar:** ante desacatos graves y disruptivos que impiden el funcionamiento normal del centro educativo, se denunciará el suceso ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad por medio de la dirección del centro educativo. De este modo es utilizado el recurso del Juzgado de Menores con carácter educativo.

6.- ACTUACIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO ANTE SUPUESTOS DE VIOLENCIA, MALTRATO Y ABUSO

6.1.- Introducción: Consideraciones Generales

Se entiende por violencia escolar la acción u omisión intencionadamente dañina ejercida entre miembros de la comunidad educativa (alumnos, profesores, padres, personal no docente) y que se produce dentro de los espacios físicos que le son propios a ésta (instalaciones escolares), bien en otros espacios directamente relacionados con lo escolar (alrededores de la escuela o lugares donde se desarrollan actividades extraescolares).

6.2.- Tipologías de violencia

Existen diferentes tipos de violencia: psicológica, física, sexual y económica. Es importante aclarar que estas diferentes manifestaciones de la violencia se pueden ejercer al mismo tiempo en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

Violencia Psicológica: aquellos actos intencionados dirigidos contra los menores que impliquen humillaciones y desvalorizaciones, chantaje y coacción, que ocasionen en la víctima sentimientos de culpabilidad y/o miedo con un afán de control sobre ella.

Violencia Física: cualquier acción no accidental que provoque daño físico a los menores como son golpes, empujones, zarandeados, bofetadas, intentos de estrangulamiento, tirar del pelo, quemar, asesinar.

Violencia Sexual: coacción para mantener relaciones sexuales no consentidas, puede implicar violencia física o no (se incluyen las situaciones de este tipo tanto dentro como fuera de las relaciones de pareja).

Violencia Económica: es una de las prácticas más sutiles de la violencia, que consiste en el control o restricción del dinero o de los bienes materiales como forma de dominación o castigo.

6.3.- Indicadores⁸

- Viene con golpes o heridas del recreo.
- Se pone nervioso al participar en clase.
- Muestra apatía, abatimiento o tristeza.
- Es un alumno que excluyen de los trabajos en equipo.
- Provoca murmullos y risas mustias en los alumnos cuando entra a clase.
- Inventa enfermedades o dolores para evitar asistir a la escuela (que en algunos casos somatiza por el estrés del acoso).
- Tiene problemas para poder concentrarse tanto en la escuela como en la casa.
- Padece de insomnio o pesadillas recurrentes; puede llegar a orinarse en la cama.
- Tiene ideas destructivas o pensamientos catastróficos.
- Sufre irritabilidad y fatiga crónica.
- Frecuentemente, pierde pertenencias o dinero (en algunos casos el agresor exige cosas materiales a su víctima).
- Empieza a tartamudear; llora hasta quedarse dormido.
- Se niega a decir qué le está pasando.
- Tiene ideas que expresan sentimientos o pensamientos con enojo y no quiere salir a jugar.
- Sus calificaciones bajan sin ninguna razón aparente.

⁸ <http://www.monografias.com/trabajos91/violencia-ambito-escolar/violencia-ambito-escolar.shtml#ixzz2jgTiXrp8>

6.4.- Actuaciones

Es necesario discernir entre:

Detección de casos sobre los que se tiene duda o solo indicios.

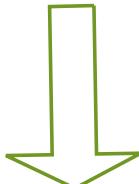
En estos casos es necesario poner en conocimiento de lo acontecido a la dirección del centro educativo, quien lo trasladará al Servicio de Inspección Educativa (Inspector del centro e Inspector Jefe), con la cautela debida y privacidad ante estos supuestos indiciarios o no concluyentes.

Detección de casos graves sobre los que no se tiene duda de lo acontecido.

En estos casos se actuará inicialmente poniendo en conocimiento de lo acontecido a la dirección del centro. Posteriormente el Director del centro educativo lo comunicará al Servicio de Inspección Educativa, al 112 y a los padres, tutores o representantes legales. Además, según el caso, lo denunciará ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, quienes lo pondrán en conocimiento de la Fiscalía de Menores y Servicios Sociales de Atención Primaria, debiendo éstos comunicar al centro las medidas tomadas por tal situación (ANEXO III).

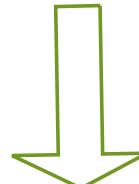
ITINERARIO DE ACTUACIÓN ANTE CADA UNA DE LAS CASUÍSTICAS DESCRITAS ANTERIORMENTE

DETECCIÓN DE CASOS SOBRE LOS QUE SE TIENEN DUDAS O SÓLO INDICIOS

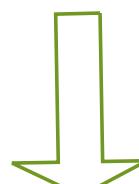


Puesta en conocimiento de la Dirección del centro educativo quien lo trasladará al Servicio de Inspección Educativa

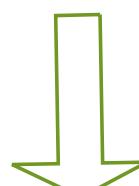
DETECCIÓN DE CASOS GRAVES SOBRE LOS QUE NO SE TIENEN DUDAS SOBRE LO ACONTECIDO



Puesta en conocimiento a la Dirección del centro, al Servicio de Inspección Educativa, al 112 y a padres / tutores / representantes legales



Emisión de denuncia ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad



Puesta en conocimiento a Fiscalía de Menores y Servicios Sociales de Atención Primaria (ficha derivación al centro educativo)

7.- ACTUACIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO ANTE PADRES SEPARADOS / DIVORCIADOS

7.1.- Consideraciones de carácter general

La actuación del personal del ámbito educativo debe ser de igualdad para ambas partes, tengan o no la custodia compartida, a excepción de los siguientes supuestos:

- Casos en los que no exista patria potestad por haber sido suspendida (habrá de comunicarse esta circunstancia al centro educativo).
- Casos con orden de alejamiento respecto al menor.
- Otras restricciones establecidas judicialmente.

La resolución judicial que establezca estas condiciones ha de ser comunicada al centro educativo.

Atendiendo a las citadas consideraciones, se establece el siguiente **protocolo de actuación**:

1.- Discrepancia en decisiones sobre la escolarización de los hijos

- a) Si existe, por haber intervenido ya, auto o sentencia del Juzgado o Tribunal correspondiente, se estará a lo que allí se disponga.
- b) En caso de ausencia de documento judicial, se mantendrá la situación preexistente al conflicto hasta que la cuestión sea resuelta por la autoridad judicial.

Nota importante: no tienen carácter vinculante para las actuaciones del centro aquellos documentos que sólo supongan solicitud de las partes o de sus abogados, dirigidas a los Juzgados o de gabinetes de psicólogos, etc.

El centro docente atenderá la solicitud presentada en tiempo y forma por el progenitor que ejerza la guarda y custodia y con el que conviva el menor habitualmente. El menor será escolarizado en dicho centro docente. En caso de no ser admitido, en el que tenga plaza como resultado del correspondiente procedimiento de admisión.

2.- Información al progenitor que no ejerce la guarda y custodia

1. Qualquier petición de información sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje del menor requerirá que se haga por escrito, acompañando, en todo caso, de una copia fehaciente de la última sentencia o auto con las medidas, provisionales o definitivas, que regulen las relaciones familiares con posterioridad al divorcio, separación, nulidad o ruptura del vínculo afectivo.
2. Si el documento judicial contuviera pronunciamiento concreto al respecto, se estará al contenido exacto de lo dispuesto por el juez o tribunal que lo dicta.
3. Si en el fallo de la sentencia o en la resolución judicial que exista no hubiera declaración sobre el particular, el centro deberá remitir información al progenitor que no tiene encomendada la guarda y custodia, siempre que no haya sido privado de la patria potestad, en cuyo caso no le entregarán documento alguno ni le darán información, salvo por orden judicial.

3.- Procedimiento a seguir para informar al progenitor que no ejerce la guarda y custodia:

- 1.** Recibida la petición de información en los términos indicados anteriormente, se comunicará al padre o madre que ejerza la custodia de la petición recibida, concediéndole un plazo de diez días hábiles para que pueda formular las alegaciones que considere pertinentes. Se le indicará que puede solicitar el trámite de vista y audiencia en relación con la sentencia o documento judicial aportado por el otro progenitor para contrastar que es el último emitido y por ello el vigente.
- 2.** El centro siempre deberá respetar lo que establezca la sentencia judicial. En caso de transcurrido dicho plazo sin que se hayan formulado alegaciones, o cuando las mismas no aporten nuevos contenidos que aconsejen variar el procedimiento que se establece en el presente protocolo, el centro procederá a partir de entonces a remitir simultáneamente a ambos progenitores la información que soliciten sobre la evolución escolar del alumnado.
- 3.** En el caso de que con posterioridad se aporten nuevos documentos judiciales que modifiquen las decisiones anteriores en lo referente a la guarda y custodia o la patria potestad, se procederá tal y como ha quedado expuesto en los dos apartados anteriores.

4.- Comunicación con las familias dentro del horario escolar

El artículo 160 del Código Civil menciona que “*los progenitores, aunque no ejerzan la patria potestad, tienen el derecho de relacionarse con sus hijos menores, excepto con los adoptados por otro o conforme a lo dispuesto en la resolución judicial*”.

“*No podrán impedirse sin justa causa las relaciones personales del/la menor con sus abuelos y otros parientes y allegados*”.

Por lo tanto, salvo resolución judicial que prohíba aproximarse o comunicarse con el/la menor adoptada en procedimiento penal, o mediando una resolución judicial por la que se prive de la patria potestad y siempre que le conste al centro, el régimen de comunicaciones entre los padres y el/la menor en horario escolar se producirá en la forma que ordinariamente se produzca en el centro, de acuerdo con sus Normas de Convivencia, Organización y Funcionamiento.

5.- Toma de decisiones de especial relevancia ante discrepancias de los progenitores

En casos de decisiones en las que no exista sentencia judicial que se pronuncie en temas como la opcionalidad de asignaturas que afecten a la formación religiosa o moral, autorizaciones para campamentos o viajes de larga duración fuera de la jornada lectiva, escolarización (nuevo ingreso o traslados de matrícula), actividades extracurriculares de larga duración fuera de la jornada lectiva y en general cualquier decisión que se salga naturalmente de las decisiones ordinarias, habrán de ser estudiadas detenidamente las circunstancias y alegaciones; y se deberá exigir a los progenitores la prueba documental del estado civil que aleguen, de la patria potestad y de la guarda y custodia.

Si no hay constancia de que la cuestión haya sido sometida por cualquiera de los progenitores a decisión judicial, se podrán poner los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal quien, como garante de los derechos del menor (artículos 158 del C.Civil y 749.2 LECivil), está legitimado para plantear el incidente ante el juez ordinario, único competente para resolver el conflicto, según el artículo 156 del C. Civil.

Como regla general, la Administración educativa tendrá que esperar a que la cuestión se resuelva por la autoridad judicial competente. No obstante, puede darse el caso de que la decisión no pueda ser postergada hasta entonces porque la Administración viene legalmente obligada a decidir (por ejemplo cuando la escolarización es obligatoria, artículo 14.2 de la Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha). La enseñanza básica (Primaria y ESO) es obligatoria, según la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (artículo 4). Sólo en tal caso se debe resolver, según impone el artículo 14 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor: *"Las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor, o cuando sea necesario, del Ministerio Fiscal."*

Así cautelarmente y mientras decide la autoridad judicial, la Administración Autonómica tendrá que escolarizar al menor en el centro docente que en tiempo y forma haya solicitado el padre o la madre que tenga atribuida su guarda y custodia y con quien conviva el menor habitualmente.

En cualquier otro caso en que no se deba adoptar una decisión inmediata por imperativo legal y en interés del menor, la Administración educativa se abstendrá hasta que se pronuncie la autoridad judicial.

6.-Solicitud y facilitación de información de los resultados de la evaluación a padres separados

a) Procedimiento normal (tengan o no la custodia compartida):

1. El padre o madre realizará su solicitud por escrito al centro, acompañando copia fehaciente de la sentencia.
2. De la solicitud y de la copia aportada se da comunicación al progenitor que tiene bajo su custodia al niño, al único fin de que en su caso pueda aportar una resolución judicial posterior, en un plazo de diez días hábiles. Se le informará de su derecho a aportar todos los documentos que estime conveniente y las alegaciones que, a su juicio, implican la falta del derecho a ser informado del cónyuge o progenitor solicitante.
3. Si la última resolución aportada no establece privación de la patria potestad o algún tipo de medida penal de prohibición de comunicación con el/la menor, a partir de ese momento el centro duplicará los documentos relativos a las evoluciones académicas del menor afectado.
4. En todo caso, en la primera comunicación de información se emitirá por parte del centro un documento en que se haga constar que este régimen se mantendrá en tanto ninguno de los dos progenitores aporte datos relevantes que consten en sentencias o acuerdos fehacientes posteriores.
5. El derecho a recibir información escrita incluirá el derecho a hablar y reunirse con los tutores y a recibir información verbal.
6. En ningún caso se consideran documentos relevantes para denegar la información al progenitor no custodio denuncias, querellas, demandas, poderes para pleitos futuros, reclamaciones extrajudiciales de cualquier índole, o ningún otro documento que no consista

en una resolución judicial (auto, sentencia, providencia) o un acuerdo entre los padres que conste en documento público.

7. La información de cualquier índole sólo se facilitará a los padres o a los jueces y tribunales, salvo orden judicial en contrario, pues se entiende que las notas incluyen datos referentes a la intimidad de sus hijos a los que sólo tienen acceso los interesados, es decir, los padres.

b) Casos especiales:

1. En casos de separación de hecho, el mismo trato que recibe la sentencia lo tendrá el acuerdo al que lleguen los cónyuges sobre estos extremos que conste en documento público.
2. En casos de separaciones de hecho sin resolución judicial o acuerdo que conste fehacientemente se seguirá el mismo procedimiento, y no se denegará la información salvo que un progenitor aporte una resolución judicial o un acuerdo fehaciente en distinto sentido.
3. No se emitirán informes por escrito distintos de los documentos oficiales, salvo por orden judicial, en cuyo caso se emitirán con plena veracidad e independencia.
4. Si la última resolución judicial o acuerdo fehaciente que conste contiene disposiciones al efecto, la actuación del centro se atendrá al tenor literal de aquellas.

ANEXO I

Las siguientes recomendaciones, sobre los casos más frecuentes que se presentan en el ámbito escolar, se realizan al amparo del deber de socorro y auxilio, que obliga a todo ciudadano.

CASUÍSTICAS CONCRETAS

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INTERVENCIÓN DE ACCIONES SANITARIAS EN EL CENTRO DOCENTE

Los alumnos que permanecen durante la jornada habitual, o parte de ella, en este centro docente, en cualquiera de sus áreas educativas, pueden ser motivo de diversas casuísticas o incidencias, en relación a cuestiones sanitarias, que aconsejan la intervención de personal del centro docente, para ayudar a resolver las situaciones planteadas, en beneficio del alumno.

Con este propósito, se constituye este consentimiento informado, por el que los padres/tutores del alumno, de acuerdo con el concepto de "guarda del alumno", **transfieren su autoridad, al centro docente, para que durante la jornada escolar, el personal especializado (112 y Centro de Salud) actúe.**

PROCEDIMIENTO

Enfermedades más frecuentes ya diagnosticadas

(Diabetes, Asma y Crisis convulsivas)

Existe ya un diagnóstico emitido por personal sanitario del centro de salud, y conocido previamente por el centro docente.

Las actuaciones que podrán realizarse en el centro docente son:

- 1.- Las relacionadas con Educación para la Salud, propias de la enfermedad diagnosticada (tareas de higiene general y específica, lavado de manos, prevención de problemas respiratorios, consejos sobre ejercicio físico, alimentación, etc.).
- 2.- Algunos tratamientos especiales y que son realizadas por la familia del alumno/a (personal no sanitario), en relación a una enfermedad específica previamente diagnosticada.
- 3.- Las actuaciones necesarias habituales dadas en el centro docente (heridas y caídas no graves, etc.).

ACTUACIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO CON ALUMNADO CON DIABETES

Sus padres, tutores o representantes legales deben informar a la persona responsable de la dirección del centro de este extremo, y proporcionar una fotocopia del informe médico, su tratamiento, normas básicas de actuación y medicación, así como su autorización por escrito para que se le asista o administre la medicación, en caso de necesidad urgente, por personal sanitario especializado (112 y Centro de Salud).

Actuación básica: primeros auxilios, aplicados por personal sanitario

En caso de **HIPOGLUCEMIA** se deberán seguir las indicaciones:

Si el/la alumno/a está inconsciente:

- 1.- Llamar a **URGENCIAS 112**
- 2.- No dar alimentos sólidos ni líquidos por boca.
- 3.- Administrar inmediatamente Glucagón (intramuscular o subcutáneo) por el personal del 112 o del Centro de Salud o si el docente o el personal del centro está instruido y dispuesto a realizarlo voluntariamente.

En caso de **HIPERGLUCEMIA**: tanto si existe pérdida de conocimiento, como si no hay pérdida de conocimiento, se llamará a URGENCIAS 112 y al Centro Sanitario más próximo.

Otras recomendaciones

- Llamar a **URGENCIAS 112**, si existe pérdida de conocimiento.
- Informar a los padres, tutores o representantes legales del alumnado afectado lo antes posible.

Con respecto al ejercicio físico, **el alumnado diabético** debe tener en cuenta lo siguiente:

- 1.- Controlar los síntomas de la enfermedad, si va a realizar actividad física.
- 2.- Inyectar la insulina en zonas alejadas de los grupos musculares que van a trabajar, para evitar su rápida movilización.
- 3.- La actividad física regular de carácter aeróbico, junto con la correcta alimentación y la medicación, es conveniente para el control de la diabetes.
- 4.- Evitar la actividad física si no existe control de la diabetes, por los riesgos que suele implicar.

El alumno diabético debe tener permiso para comer en clase en caso de necesidad.

ALUMNADO CON CRISIS ASMÁTICAS

Actuación básica: primeros auxilios

Ante un alumno diagnosticado de asma, sus padres, tutores o representantes legales deben informar a la persona responsable de la dirección del centro de este extremo, y proporcionar una fotocopia del informe médico, su tratamiento, normas básicas de actuación y medicación, así como su autorización por escrito para que se le asista o administre la medicación, en caso de necesidad urgente, hasta que pueda ser atendido por personal sanitario. Esta actuación será más necesaria cuando se trate del alumnado de Educación Infantil o de Primaria.

Si la crisis es grave, los broncodilatadores pueden ser ineficaces, porque el alumno es incapaz de inhalar con la fuerza necesaria. Si no mejora con el tratamiento o tiene antecedentes con crisis de ingreso sanitario, llamar a URGENCIAS 112.

En todas las circunstancias, informar a los padres, tutores o representantes legales lo antes posible.

Ante las crisis asmáticas, **mientras no acude al centro educativo el personal sanitario (112 o Centro de Salud)** las recomendaciones más habituales son:

- 1.- Tranquilizar a la persona afectada. Mantenerla en reposo (sentada), puesto que la relajación ayuda a no empeorar la situación.**
- 2.- Evitar, si es posible, el factor desencadenante y otros irritantes (como olores fuertes y otros).**
- 3.- En el tratamiento de la crisis asmática se usan broncodilatadores inhalados y distintos dispositivos. El alumno mayor está entrenado para su manejo y bastará con tranquilizarlo y acompañarlo mientras se aplica el tratamiento.**

ALUMNADO CON CRISIS CONVULSIVAS

Orientaciones

Los padres, tutores o representantes legales deben informar a la persona responsable de la dirección del centro sobre el tipo de crisis convulsiva que padece el alumnado, y proporcionar una fotocopia del informe médico, su tratamiento, normas básicas de actuación y medicación.

Los padres, tutores o representantes legales deberán firmar un documento de consentimiento y autorización, para que en el centro educativo se le asista o administre la medicación, en caso de necesidad urgente, por personal sanitario (ANEXO II).

Toda vez que los padres, tutores o representantes legales han firmado el documento de consentimiento escrito (ANEXO II), desde el centro educativo se llamará al 112 y al Centro de Salud.

No obstante, si el docente o el personal del centro están instruidos y dispuestos a realizarlo voluntariamente, actuarán en consecuencia con la instrucción recibida, como medida de urgencia, a la espera del personal sanitario. Estas actuaciones voluntarias serán de carácter puntual y motivado por la urgencia, con el objeto de no interferir en el trabajo y responsabilidad del personal sanitario.

ANEXO II

DOCUMENTO DEL CONSENTIMIENTO: Despues de leer esta hoja informativa y de realizar las preguntas que deseé, debe firmar una hoja de consentimiento informado, autorizando las actuaciones referidas en dicha hoja informativa.

**SI TIENE CUALQUIER DUDA PREGUNTE, NOSOTROS LE INFORMAREMOS PERSONALMENTE
ACEPTACIÓN/DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO, FIRMAS Y POSIBILIDAD DE REVOCACIÓN
PARA INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS DE SALUD TRANSFIRIENDO PARA REALIZAR ESTAS
ACCIONES MI AUTORIDAD AL CENTRO DOCENTE**

FECHA...../...../.....

D/Dña.....

(Nombre y Apellidos de padre / madre / tutor / representante legal)

D.N.I.:

NOMBRE DEL ALUMNO/A:

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE INFORMA:.....

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza de los procedimientos generales mencionados, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y, me han sido aclaradas todas mis dudas.
- Además en el caso de mi hijo/a/representado se le prestan en el domicilio las siguientes acciones específicas:

(determinar por la familia con la aceptación del centro docente, en cada caso, ej.: Inyectables en diabetes, aerosoles en asmáticos...)

- Doy mi consentimiento, transfiriendo mi autoridad al centro docente para su realización por personal sanitario, sabiendo que puedo revocarlo en cualquier momento, firmando la denegación/revocación si así lo deseo.

Firma del padre/madre/tutor/representante legal

Firma del representante del centro docente

Denegación o Revocación de consentimiento

Después de ser informado de la naturaleza de los procedimientos propuestos, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN / REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO** para su realización, **haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.**

Firma del padre/madre/tutor/representante legal

Firma del representante del centro docente

ANEXO III

FICHA DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA AL CENTRO EDUCATIVO

FECHA:

1. DATOS DEL MENOR:

NOMBRE:

EDAD:

CENTRO ESCOLAR:

2. NOMBRE Y APELLIDOS DE LOS PADRES/TUTORES/REPRESENTANTES LEGALES:

DOMICILIO DEL MENOR:

OBSERVACIONES:

3. DERIVADO POR SERVICIOS SOCIALES AL CENTRO EDUCATIVO POR:

NOMBRE Y APELLIDOS:

CARGO:

TLF:

4. INDICADORES DETECTADOS EN EL MENOR:

FÍSICOS:

COMPORTAMENTALES:

OTROS:

5. DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (INFORME MÉDICO, DENUNCIA,...)

6. AMPLIACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

FIRMA:[Cargo/ responsable de los Servicios Sociales de Atención Primaria.



ÁREA DE CONFLICTO

1.- INTRODUCCIÓN

En el ámbito jurídico y administrativo el término menores de reforma se refiere al colectivo de menores y adolescentes a los que se les aplica una legislación especializada en materia de responsabilidad penal, por haber cometido un hecho tipificado como delito o falta en las leyes cuando todavía no han cumplido los 18 años de edad.

Asimismo es frecuente la utilización de otras expresiones para designar al mismo colectivo, como menores de reducción o menores infractores.

En cualquier caso, todos estos términos se refieren a supuestos en los que no se aplica el Derecho penal de adultos, sino unas normas jurídicas con unas características propias y diferenciadas que integran el Derecho penal de los menores de edad o Derecho penal juvenil.

La Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores (en adelante LORPM), es la norma que regula conjuntamente aspectos sustantivos y procesales en el enjuiciamiento de menores. El Código Penal, las leyes penales especiales y la Ley de Enjuiciamiento Criminal, tienen el carácter de normas supletorias conforme a lo dispuesto en la Disposición Final Primera de dicha Ley Orgánica.

Los Jueces de Menores son competentes para conocer de los hechos cometidos por las personas a las que se les aplica la LORPM, así como para hacer ejecutar sus sentencias, sin perjuicio de las facultades de ejecución atribuidas por dicha Ley a las Comunidades Autónomas.

Los Jueces de Menores son asimismo competentes para resolver sobre las responsabilidades civiles derivadas de los hechos cometidos por los menores a los que resulta aplicable la LORPM.

La competencia territorial corresponde al Juez de Menores del lugar donde se haya cometido el hecho delictivo, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 20.3 de la propia Ley (cuando los delitos atribuidos al menor expedientado se hubieran cometido en diferentes territorios, el enjuiciamiento se realizará teniendo en cuenta el lugar del domicilio del menor).

Corresponde al Ministerio Fiscal la defensa de los derechos que a los menores reconocen las leyes, así como la vigilancia de las actuaciones que deban efectuarse en su interés y la observancia de las garantías del procedimiento, para lo cual dirigirá personalmente la investigación de los hechos y ordenará que la policía judicial practique las actuaciones necesarias para la comprobación de aquéllos y de la participación del menor en los mismos, impulsando el procedimiento.

El artículo 23 de la LORPM expresa que la actuación instructora del Ministerio Fiscal tendrá como objeto, tanto valorar la participación del menor en los hechos para expresarle el reproche que merece su conducta, como proponer las concretas medidas de contenido educativo y sancionador adecuadas a las circunstancias del hecho y de su autor y, sobre todo, al interés del propio menor valorado en la causa.

La ejecución de las medidas adoptadas por los Jueces de Menores en sus sentencias firmes es competencia de las Comunidades Autónomas y de las Ciudades de Ceuta y Melilla (en Castilla-La Mancha concretamente a través de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales). Dichas entidades públicas llevarán a cabo, de acuerdo con sus respectivas normas de organización, la creación,

dirección, organización y gestión de los servicios, instituciones y programas adecuados para garantizar la correcta ejecución de las medidas previstas en la LORPM.

La ejecución de las medidas corresponderá a la Comunidad Autónoma donde esté ubicado el Juzgado de Menores que haya dictado la sentencia, sin perjuicio de las excepciones que prevé la propia Ley.

Con arreglo a los principios que presiden la legislación penal de menores, la Ley Orgánica 5/2000 establece un amplio catálogo de medidas aplicables desde la referida perspectiva sancionadora-educativa, primando el interés del menor en la flexible adopción judicial de la medida más idónea, dadas las características del caso concreto y de la evolución personal del sancionado durante la ejecución de la medida.

Las medidas que se imponen a los menores al amparo de la citada Ley y que corresponde ejecutar a las Comunidades Autónomas, pueden agruparse a efectos de su estudio en dos grupos, medidas de internamiento y medidas de medio abierto.

Las medidas de internamiento responden a una mayor peligrosidad, manifestada en la naturaleza peculiarmente grave de los hechos cometidos, caracterizados en los casos más destacados por la violencia, la intimidación o el peligro para las personas.

Las medidas judiciales de internamiento tienen un carácter primordial de intervención educativa, orientadas a la reinserción efectiva del menor, teniendo en cuenta el interés superior del mismo, atendidas por personal cualificado en las áreas de la educación, la formación, la salud, etc. El objetivo de la medida de internamiento es disponer de un ambiente con las condiciones educativas adecuadas para que los menores puedan reorientar su comportamiento infractor, asegurando su estancia temporal en un centro socioeducativo propio o colaborador de la Dirección General de la Familia, Menores y Promoción Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, en un régimen físicamente restrictivo de su libertad. Es decir, los centros de internamiento para menores infractores, permiten el cumplimiento de medidas judiciales privativas de libertad a la vez que proyectan al joven hacia un nuevo futuro a través de su reeducación. El programa básico de intervención para medidas privativas de libertad responde tanto a la exigencia sancionadora de la ley del menor como a su vertiente educativa de inserción e integración en la sociedad.

El internamiento ha de proporcionar un clima de seguridad personal a todos los implicados, profesionales y menores, lo cual hará imprescindible que las condiciones de estancia sean las correctas para el normal desarrollo integral de los menores sujetos a dicha medida. Además, tiene que conseguir la superación de las dificultades personales de los menores para poder recuperar los recursos de relación tanto consigo mismos como con la familia y con la comunidad, y facilitar de esta manera la incorporación social.

2.-CENTROS PARA LA EJECUCIÓN DE MEDIDAS JUDICIALES DE INTERNAMIENTO

2.1.- Introducción: Consideraciones Generales

Se hace necesario un procedimiento protocolizado que permita establecer, de forma clara y precisa, las pautas de actuación a seguir por las partes implicadas en el proceso de ingreso de menores infractores en los centros de ejecución de medidas judiciales de internamiento:

- Órganos judiciales.
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Equipos de Medio Abierto de los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos Sociales.
- Personal Directivo, Técnico y de Seguridad de los centros.
- El [artículo 31 del Reglamento de la LORPM](#), establece que:

1.- El ingreso de un menor en un centro sólo se podrá realizar en cumplimiento de un mandamiento de internamiento cautelar o de una sentencia firme adoptada por la autoridad judicial competente.

2.- También podrá ingresar por presentación voluntaria el menor sobre el que se haya dictado un mandamiento de internamiento cautelar o una sentencia firme de internamiento pendiente de ejecutar, el menor evadido de un centro y el no retornado a éste después de una salida autorizada.

2.2.- Definiciones

Los centros socioeducativos para la ejecución de medidas privativas de libertad, son aquellos centros de la Comunidad Autónoma de Castilla La- Mancha que tienen un carácter primordialmente educativo, orientado a la reinserción efectiva del menor, teniendo en cuenta el interés superior del mismo, atendidos por personal cualificado en las áreas de la educación, formación, salud, etc. Su objetivo es disponer de un ambiente con las condiciones educativas adecuadas para que los menores puedan reorientar su comportamiento infractor, en un régimen físicamente restrictivo de su libertad.

- 1) Internamiento en régimen cerrado.**- Los menores sometidos a esta medida residirán en el centro y desarrollarán en este las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio, planificadas en el programa individualizado de ejecución de la medida (artículo 7 LORPM, artículo 24 Reglamento de la LORPM).
- 2) Internamiento en régimen semiabierto.**- Los menores en régimen semiabierto residirán en el centro, pero realizarán fuera de este alguna o algunas de las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio, establecidas en el programa individualizado de ejecución de la medida (artículo 7 LORPM, artículo 25 Reglamento de la LORPM).
- 3) Internamiento en régimen abierto.**- Los menores sujetos a esta medida llevarán a cabo en los servicios normalizados del entorno todas las actividades de carácter escolar, formativo, laboral y de ocio, establecidas en el programa individualizado de

ejecución de la medida, residiendo en el centro como domicilio habitual (artículo 7 LORPM, artículo 26 Reglamento de la LORPM).

4) Internamiento terapéutico.- Los menores sometidos a esta medida residirán en el centro designado para recibir la atención educativa especializada o el tratamiento específico de la anomalía o alteración psíquica, dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que determinen una alteración grave de la conciencia de la realidad, que padeczan, de acuerdo con el programa de ejecución de la medida elaborado por la entidad pública. (Artículo 7 LORPM, artículo 27 Reglamento de la LORPM).

5) Permanencia de fin de semana.- Una vez recibido en la entidad pública el testimonio de la resolución firme con el número de fines de semana impuestos y las horas de permanencia de cada fin de semana, el profesional designado se entrevistará con el menor al efecto de elaborar el programa individualizado de ejecución de la medida, en el que deberán constar las fechas establecidas para el cumplimiento de las permanencias, los días concretos de cada fin de semana en los que se ejecutará la medida y la distribución de las horas entre los días de permanencia, así como el lugar donde se cumplirá la medida. (Artículo 7 LORPM, artículo 28 Reglamento de la LORPM).

6) Internamiento cautelar.- Los menores a los que se aplique la medida de internamiento cautelar en aplicación de lo dispuesto en el artículo 28 de la LORPM reguladora de la responsabilidad penal de los menores, ingresarán en el centro designado por la entidad pública, en el régimen de internamiento que el Juez haya establecido. (Artículo 28 Reglamento de la LORPM).

7) Internamiento de madres con hijos menores de tres años.- (Artículo 34 Reglamento de la LORPM). La Dirección General de la Familia, Menores y Promoción Social solicitará la autorización al Juzgado de Menores correspondiente para que las menores internadas puedan tener en su compañía a sus hijos menores de tres años cuando se cumplan todos los requisitos siguientes:

- Que en el momento del ingreso o una vez ingresada, la madre lo solicite expresamente a la Dirección General de la Familia, Menores y Promoción Social, a los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos Sociales o a la Dirección del Centro.
- Que se acredite fehacientemente la filiación.
- Que los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos Sociales donde se encuentra el centro, a través de los técnicos de protección de menores emita un informe donde considere que dicha situación no entraña riesgo para los hijos.

2.3.- Objetivos

Entre otros los objetivos del centro son:

- Fomentar el desarrollo del juicio moral y la capacidad crítica de valores y normas sociales, autocontrol de su conducta y comportamientos pro-sociales a través

de escuchar y responder de forma contingente, las relaciones y los vínculos, transmitir actitudes, valores y normas, y tolerancia con discrepancias y diferencias de raza, sexo, clase social, minusvalías, nacionalidad o cualquier otra circunstancia, evitando problemas por falta de diálogo y comunicación, transmisión de creencias fundamentalistas y pesimismo.

- Potenciar una mayor cercanía y seguridad emocional en el adolescente-joven por parte de su familia, capacidad de control, capacidad de protección, resolver los conflictos y evitar problemas de marginación, rechazo, aislamiento, inseguridad, miedo, ansiedad o cualquier otro sentimiento negativo que pueda afectar al desarrollo y evolución del menor.
- Fomentar la autonomía y participación de los adolescentes-jóvenes en decisiones que les afecten y establecimiento de límites al comportamiento, evitando problemas de límites inconsistentes, no contingentes y falta de claridad y consistencia en los límites.
- Ayudar a los adolescentes-jóvenes en su desarrollo afectivo-sexual.
- Incrementar en los menores sus niveles de autovaloración, poniéndoles en situación de alcanzar éxito y reconocimiento social por sus realizaciones.
- Propiciar la adquisición de hábitos de vida saludable y habilidades de relación social.
- Incrementar los niveles de salud física, psíquica y social.
- Mantener o incrementar los vínculos familiares mediante permisos, visitas, salidas...
- Posibilitar la reflexión sobre su realidad personal, familiar y social.
- Favorecer la formación y/o inserción laboral de cada menor.
- Garantizar la escolaridad obligatoria de los menores.
- Posibilitar la asistencia a recursos formativos, culturales, recreativos externos al centro.
- Fomentar la práctica deportiva y el desarrollo de aficiones de ocio no alienante.
- Promover la adaptación del menor a las normas de convivencia del centro.
- Proporcionar un ambiente protector en el que se garantice la seguridad y el bienestar tanto de los menores residentes como de los distintos profesionales que conviven en el centro.
- Promover objetivos y aspiraciones compartidas entre los profesionales del centro y los menores.
- Fomentar y reconocer el comportamiento responsable.
- Recompensar los logros y propiciar consecuencias no deseables para los comportamientos inapropiados. En el desarrollo del modelo de convivencia ha de quedar claro que las conductas que se adecuan al marco establecido serán resaltadas y reforzadas, haciendo que cada menor se sienta protagonista por el hecho mismo de cumplir las normas y no tan sólo por el incumplimiento de las mismas.
- Maximizar las intervenciones en las que se reconocen y abordan las necesidades individuales de los menores, especialmente las necesidades de las personas pertenecientes a minorías étnicas.

- Motivar a los jóvenes a participar y progresar en las actividades propuestas en su proyecto individual de ejecución de la medida o modelo de intervención individual.
- Reconocer las necesidades particulares de aquellos menores que son vulnerables o que han experimentado discriminación o desigualdad.

2.4.- Normativa Reguladora

La normativa internacional, estatal y autonómica relacionada con menores infractores es la siguiente:

INTERNACIONAL

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada y proclamada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Declaración de los Derechos del Niño, aprobada y proclamada el 20 de noviembre de 1959 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada mediante resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989 por la Asamblea General de Naciones Unidas.
- Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de Justicia de Menores (Reglas de Beijing), adoptadas por la Asamblea General en su resolución 40/33, de 28 de noviembre de 1985.
- Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil (Directrices de Riad), adoptadas por la Asamblea General en su resolución 45/112, de 14 de diciembre de 1990.
- Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de Menores Privados de Libertad (Reglas de la Habana), adoptadas por la Asamblea General en su resolución 45/113, de 14 de diciembre de 1990.
- Observación General Nº 10 (2007). Los Derechos del niño en la Justicia de Menores, del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas.
- Recomendación Nº 11 del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre Reglas Europeas para infractores juveniles sometidos a sanciones o medidas, adoptada en fecha 5 de noviembre de 2008.

ESTATAL

- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Modificada por las Leyes Orgánicas 7/2000 y 9/2000, ambas de 22 de diciembre y la Ley Orgánica 15/2003 de 25 de noviembre. (B.O.E. 11 de 13/01/2000).
- Ley Orgánica 8/2006, de 4 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. (B.O.E. 290 de 05/12/2006).
- Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (B.O.E. 283 de 26/11/2003).

- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (B.O.E. 15 de 17/01/1996).
- Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. (B.O.E. 209 de 30/08/2004).
- Real Decreto 232/2002, de 1 de marzo, por el que se regula el Registro de Sentencias sobre Responsabilidad Penal de los Menores. (B.O.E. 65 de 16/03/2002).

AUTONÓMICA

- Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha (D.O.C.M. 201 de 17 de octubre de 2014).
- Decreto 4/2010, de 26 de diciembre, de protección social y jurídica de los menores de Castilla-La Mancha (D.O.C.M. 19 de 29 de enero de 2010).
- Instrucciones de funcionamiento interno de los centros socioeducativos de Castilla-La Mancha para la ejecución de las medidas privativas de libertad (2005).

2.5.- Principios

Son principios rectores de la actividad de los centros de ejecución de medidas judiciales de internamiento los siguientes:

- El superior interés del menor de edad sobre cualquier otro interés concurrente.
- El respeto al libre desarrollo de la personalidad del menor.
- El carácter educativo y responsabilizador de la intervención, la cual se adaptará a las circunstancias personales, formativas, familiares, sociales y a las características individuales de cada menor internado a través de un programa específico de intervención educativa individualizado plasmado en el programa individualizado de ejecución de medida o modelo individualizado de intervención correspondiente.
- La información a los menores de los derechos que les corresponden en cada momento y la asistencia necesaria para poder ejercerlos.
- La vida en el centro deberá tomar como referencia la vida cotidiana de cualquier persona menor de edad, reduciendo los efectos negativos que la privación de libertad pueda representar para ella y su familia, favoreciendo los vínculos sociales y la colaboración y la participación de las entidades públicas y privadas en el proceso de integración social.
- La confidencialidad, la reserva oportuna y la ausencia de injerencias innecesarias en la vida privada de los menores o de las respectivas familias, en las actuaciones profesionales que se lleven a cabo.
- La coordinación de actuaciones y la colaboración con los organismos, entidades públicas y privadas que intervengan con menores para permitir actuaciones eficaces en el proceso de integración social de los menores internados.

2.6.- Cobertura de necesidades

El centro deberá atender las siguientes necesidades de los menores que se encuentren cumpliendo una medida judicial:

- a) **Necesidades básicas:** cobertura de las necesidades de alimentación, sueño, higiene, aspecto personal, autonomía y preparación para la vida adulta.
- b) **Necesidades psicológicas y psiquiátricas:** apoyo y contención emocional, seguimiento psicoterapéutico, acompañamiento educativo orientado a promover la toma de conciencia de su situación y de la importancia de responsabilizarse de sus actos y de su proyecto de vida.
- c) **Necesidades socio-familiares:** inclusión de la familia del menor en su proceso educativo-terapéutico y en la elaboración de las propuestas de actuación, incluyendo en la intervención aspectos relacionados con la adquisición o mejora de habilidades parentales, mejora de competencias personales y sociales y mejora de las relaciones familiares y promoviendo el desarrollo de habilidades y capacidades para posibilitar la participación en recursos comunitarios de ocio y tiempo libre, y su socialización en ambientes normalizados.
- d) **Necesidades sanitarias y de salud:** cobertura médica-sanitaria completa que se realizará preferentemente mediante los recursos de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
Cuando los menores precisen ser sometidos a intervenciones quirúrgicas o tratamientos propios de la red sanitaria, serán trasladados a los centros hospitalarios correspondientes con cargo al régimen de cobertura sanitaria de cada menor afectado.
- e) **Necesidades escolares, formativas, ocupacionales, pre-laborales y laborales:** identificación del nivel académico y de sus dificultades de inserción escolar y/o laboral, localización de intereses, aptitudes y motivaciones para su posterior orientación formativa o laboral, garantizando su escolarización y la prestación de cuantos apoyos específicos precise para la consecución de los aprendizajes.
- f) **Desplazamientos habituales:** el profesional competente (educador, psicólogo, trabajador social...) acompañará a los menores del centro en sus desplazamientos fuera del mismo (acudir a citas médicas, analíticas, etc., o actividades habituales de periodicidad fija), garantizándose que en todo momento permanezcan atendidos los menores que se queden en el centro.

3.- DESIGNACIÓN DEL CENTRO PARA LA EJECUCIÓN DE MEDIDAS JUDICIALES DE INTERNAMIENTO

3.1.- Procedimiento

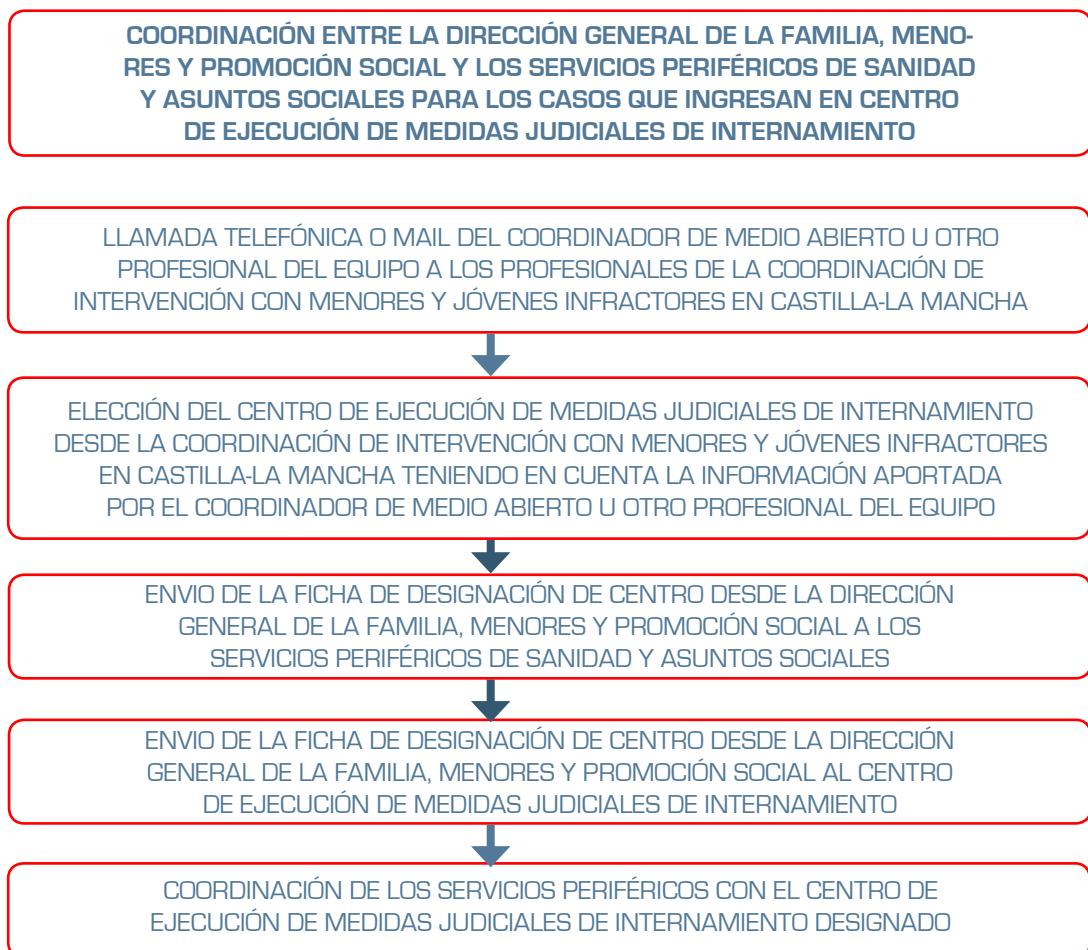
Las intrucciones de funcionamiento interno de los centros socioeducativos de Castilla-La Mancha para la ejecución de medidas privativas de libertad establece:

Corresponde a la Dirección General de la Familia, Menores y Promoción Social designar el centro donde se tienen que ejecutar los internamientos, sean cautelares o definitivos. La designación se hará al centro más adecuado de entre los más cercanos al domicilio del menor, que tenga plaza disponible del tipo de medida o del régimen de internamiento acordado.

Se requerirá la previa aprobación judicial del centro propuesto en los casos siguientes indicados en el Reglamento de la LORPM:

- a) Cuando de conformidad con el artículo 46.3 de la LORPM se proponga, en interés del menor, el ingreso en un centro de la Comunidad Autónoma que se encuentre alejado de su domicilio y de su entorno social y familiar, aun existiendo plaza en un centro más cercano adecuada al régimen o al tipo de internamiento impuesto.
- b) Cuando se proponga para la ejecución de la medida el ingreso del menor en un centro socio sanitario, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 54.2 de la LORPM.
- c) Cuando se proponga el ingreso del menor en un centro de otra Comunidad Autónoma, por los motivos descritos en el artículo 35.1 del Reglamento de la LORPM.

3.2.- Itinerario



4.- PROCEDIMIENTO ANTES DEL INGRESO DEL MENOR EN EL CENTRO PARA LA EJECUCIÓN DE MEDIDAS JUDICIALES DE INTERNAMIENTO

4.1.- Procedimiento

El ingreso de un menor en centro sólo podrá realizarse mediante Resolución Judicial (auto adoptando medida cautelar o sentencia firme).

En ningún caso, el centro de internamiento tendrá la consideración de lugar de detención o custodia del menor, no aceptando ni ingresando a menor alguno sin la existencia de dicha resolución-mandamiento judicial decretando el internamiento.

Se procederá de la siguiente manera:

- Si hay dudas sobre la veracidad de las manifestaciones del menor o documentación que aporta, la Dirección del centro se pondrá en contacto con el Juzgado de Menores correspondiente o Juzgado de Guardia a los efectos de verificar la información y recabar el mandamiento o sentencia judicial.
- Mientras se realizan estas actuaciones, el menor no ingresará en el centro permaneciendo en la sala de visitas o en una dependencia análoga a ésta.
- Si el Juez de Menores o el Juez de Instrucción competente determinan que es procedente el ingreso, se llevarán a cabo los trámites de ingreso pertinentes.
- Si la Autoridad Judicial no acuerda el ingreso, se le comunicará al menor y a sus padres o representantes legales para que abandone el centro.

En caso de **presentación voluntaria** de un menor evadido de otro centro o no retornado a éste después de una salida autorizada, y que existan dudas sobre la veracidad de las manifestaciones del menor, se procederá de forma inmediata a las comprobaciones correspondientes con la Dirección del centro de donde manifieste haberse fugado.

Se procederá de la siguiente manera:

- Mientras se hacen estas actuaciones el menor no ingresará en el centro permaneciendo en la sala de visitas o en una dependencia análoga a ésta.
- Si el Director del centro verifica que son ciertas las manifestaciones, se llevará a cabo el ingreso, solicitando al centro su expediente personal y sin perjuicio de lo que se determine en relación con el traslado del menor.
- Si el Director del centro no verifica las manifestaciones del menor, se comunicará al menor y a sus padres o representantes legales para que abandone el centro.

De igual forma se procederá en aquellos supuestos en los que sean las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad los que pongan en conocimiento del centro la detención de un menor fugado/evadido del mismo. Por lo que realizadas las averiguaciones y comprobaciones pertinentes y efectuado el traslado del menor por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, se procederá a su reingreso.

5.- PROCEDIMIENTO DE INGRESO DEL MENOR EN EL CENTRO PARA LA EJECUCIÓN DE MEDIDAS JUDICIALES DE INTERNAMIENTO

5.1.- Modo de actuación una vez realizado el ingreso del menor en el centro

- 1.- Se procederá a su inscripción en el libro de registro de internos haciendo constar el nombre, autoridad que ordena el internamiento, fecha y hora del ingreso.
- 2.- Producido el ingreso se comunicará por escrito el primer día hábil desde la Dirección del centro a:
 - Juzgado de Menores que acordó el mismo.
 - Fiscalía de Menores correspondiente.
 - Dirección General de la Familia, Menores y Promoción Social.
 - Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos Sociales de origen.
 - Representantes legales del menor (en el momento del ingreso).
 - Si el menor o joven es extranjero, el ingreso se pondrá en conocimiento de las Autoridades Diplomáticas o Consulares del país correspondiente.
- 3.- Todos los menores y jóvenes internados serán examinados por un médico en el plazo más breve posible y máximo de veinticuatro horas. Del resultado del examen médico se dejará constancia en el libro de registro y en la historia clínica individual que deberá serle abierta en el momento del ingreso. A estos datos sólo tendrá acceso dentro del centro el Director.
- 4.- El menor y sus enseres personales serán registrados por el personal de seguridad del centro o en su defecto por los técnicos del mismo.
- 5.- Se retirarán al menor o joven el dinero y los objetos de valor, así como cualquier otro objeto no permitido o susceptible de causar riesgo para su integridad física o la de cualquier otra persona.
- 6.- Las pertenencias retiradas figurarán en una ficha que se rellenará por duplicado en el momento del ingreso. Esta ficha de pertenencias deberá ser firmada por el menor o joven y el educador responsable del ingreso; una copia permanecerá junto con el expediente del interno, y otra la conservará éste en su poder. Estos objetos quedarán custodiados por el centro y serán reintegrados al menor o joven a su salida del mismo.
- 7.- Los menores podrán autorizar que todo lo que se les ha retenido sea entregado a sus representantes legales o la persona que el joven autorice, con la firma previa a la entrega.
- 8.- El menor o joven se duchará y se le retirará la ropa para el registro y entrega a lavandería, en caso de ser necesario, aprovisionándole de ropa necesaria y enseres de aseo personal.
- 9.- El menor recibirá a su ingreso información oral y escrita sobre las siguientes cuestiones:
 - Situación personal y judicial.
 - Normativa de funcionamiento interno del centro, así como sobre cuáles son sus derechos y deberes.

- Formas de comunicación con el exterior y especialmente con su letrado.
- Persona responsable de su caso y encargada de facilitarle toda la información necesaria, de atender sus peticiones, de orientarle, de gestionar los recursos necesarios que se deriven de su programa de intervención y de coordinar todas las actuaciones que se programen.
- Pertenencias que puede tener y aquellas otras que se encuentran prohibidas por la normativa de funcionamiento interno.
- Funcionamiento general del centro.
- Régimen disciplinario.
- Procedimiento para formular peticiones y quejas, así como para presentar todos los recursos legales previstos en la normativa vigente en materia de responsabilidad penal de los menores.

10.- Los padres o representantes legales del menor recibirán una información similar a la proporcionada al menor, siempre que sea posible de forma presencial, salvo prohibición expresa del Juez de Menores.

11.- Durante la entrevista se recabarán los datos establecidos en la ficha individual sobre su situación familiar, situación escolar/laboral, datos sanitarios de interés, observaciones,...

12.- El menor aportará los datos de las personas con las que desea mantener contacto telefónico hasta un número limitado de referencias que se determinará reglamentariamente, entre sus familiares directos, que incluyen:

- a. Padres o tutores.
- b. Parejas de hecho de los padres o tutores.
- c. Tíos carnales.
- d. Abuelos.
- e. Hermanos y parejas de éstos.
- f. Hijos.
- g. Novios o parejas de hecho.
- h. Cuando ya disponga de asistencia jurídica, incluirá además los datos de su letrado.

13.- Con el asesoramiento del Equipo Técnico Educativo, la Dirección del centro decidirá la asignación de los menores al hogar de convivencia o habitación en el caso de los centros de internamiento en régimen abierto y de fines de semana, que más se adecue a sus necesidades y características personales. Los menores que por cualquier circunstancia personal requieran una protección especial serán separados de aquellos que puedan ponerlos en situación de riesgo o peligro.

14.- Las menores internadas podrán tener en su compañía, dentro del centro, a sus hijos menores de tres años con los requisitos previstos en el artículo 34 del Reglamento de desarrollo de la LORPM. La petición de la madre al Director del centro la habrá de presentar por escrito adjuntando copia autentificada del libro de familia o del certificado del nacimiento. La Dirección del centro pondrá inmediatamente o en el plazo más breve posible a disposición del Juez de Menores la petición y la documentación correspondiente para que éste resuelva lo que proceda.

- 15.**- Si en el mandamiento de ingreso se dispusiera la incomunicación del menor, se le ubicará en la habitación que disponga el Director, no pudiendo contactar con ningún otro menor y solo será visitado por las personas del exterior que tengan expresa autorización del Juzgado de Menores.
- 16.**- Si el menor ingresa en el centro acompañado por familiares y/o un Técnico de Medio Abierto, serán entrevistados por el profesional del Equipo Educativo que realice la recepción, una vez que hayan sido acreditados según el protocolo de acceso al centro.
- 17.**- Podrán entrar al centro todos los profesionales técnicos que lo acompañen (protección, medio abierto, educadores de otros centros, etc.) y en el caso de los familiares, un número máximo de dos familiares, preferentemente padre y madre o representantes legales.
- 18.**- En esta entrevista se informará a los familiares del régimen de internamiento de su hijo en un lenguaje comprensible, horarios y normas de visitas, de llamadas telefónicas, personas de referencia en el centro para informarse sobre su hijo (Director, Subdirector, Coordinador, Tutor).
- 19.**- Asimismo, durante esta entrevista se recabará toda la información disponible sobre los antecedentes y situación familiar y social del menor, tanto de los técnicos como de los familiares, iniciándose si es preciso la cumplimentación de la ficha de ingreso.
- 20.**- A ésta entrevista puede asistir el menor objeto del ingreso, una vez efectuado el registro personal por el Servicio de Seguridad o en su defecto por los profesionales del centro.

6.- NORMAS INTERNAS EN RELACIÓN AL FUNCIONAMIENTO DE LA VIDA COTIDIANA DEL CENTRO

Las normas internas en relación al funcionamiento de la vida cotidiana del centro vienen recogidas ampliamente en las intrucciones de funcionamiento interno de los centros socioeducativos de Castilla-La Mancha para la ejecución de medidas privativas de libertad, que establece:

6.1.- Normas sobre los horarios del centro

Todas las actividades del centro se regirán por un horario que regulará las diferentes actividades del centro, así como el tiempo libre del cual dispondrán los menores.

6.2.- Normas de orden y limpieza de las instalaciones

Los menores son los responsables de las prestaciones necesarias para el correcto orden, limpieza e higiene del centro. El Personal Educativo es el encargado de cuidar que los menores cumplan las normas de convivencia y limpieza.

6.3.- Normas sanitarias, de higiene personal y alimentación

El menor ha de presentar siempre un aspecto personal limpio y arreglado y para ello llevará a cabo todas las tareas higiénicas necesarias diariamente. Igualmente en el centro los menores se alimentarán de forma correcta.

6.4.- Normas de vestuario

El menor irá correctamente vestido en todo momento, en función de la actividad a realizar.

6.5.- Normas sobre utilización de dinero y objetos de valor

En el momento del ingreso en el centro, se retirarán al menor el dinero y los objetos de valor, así como cualquier otro objeto no permitido o susceptible de causar riesgo para su integridad física o su salud o la de cualquier otra persona.

Mientras el menor se encuentre en el centro podrá recibir una asignación económica, ya sea como salario o como beca, de acuerdo a las posibilidades del centro.

6.6.- Normas sobre objetos y sustancias prohibidas en el centro

Los menores no podrán tener objetos o sustancias consideradas como peligrosas para ellos o para la convivencia y la seguridad del centro o que, por su naturaleza o cantidad, sean contrarios a los fines perseguidos por el centro.

6.7.- Normas sobre la asistencia a recursos socioeducativos externos del centro

La asistencia al recurso socioeducativo externo es obligatoria cuando así esté programado en su programa individualizado de ejecución de medida o en su modelo individualizado de intervención.

6.8.- Normas generales sobre la utilización de las dependencias

Cuando un menor utilice cualquiera de las instalaciones y materiales del centro, lo hará procurando hacer un buen uso para evitar el deterioro de los mismos.

6.9.- Normas sobre asistencia sanitaria

Los menores recibirán la asistencia sanitaria conforme a lo dispuesto en el artículo 56.2 a) y f) de la LORPM y el artículo 38 de su Reglamento de desarrollo.

Con independencia del reconocimiento médico de ingreso, los menores, periódicamente y como mínimo una vez al año, serán objeto de una revisión médica. Durante la medida de internamiento

se dejará constancia en la historia clínica individual de toda la información sanitaria del menor. Esta información tendrá carácter reservado.

Los menores que tengan una edad superior a catorce años no precisarán de autorización familiar para la realización de pruebas médicas.

Durante su estancia en el centro los menores recibirán asistencia sanitaria siempre que lo soliciten o se perciba su necesidad bajo criterio facultativo mediante consultas ordinarias, programadas o urgentes. Después de cada intervención médica el facultativo ha de dejar por escrito las pautas médicas correspondientes a la historia clínica del menor.

Si por razones de urgencia, el menor debe ser trasladado a un centro hospitalario, de este traslado se dará cuenta a la Dirección General de la Familia, Menores y Promoción Social, a los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos Sociales, al Juez de Menores y al Fiscal de Menores.

En caso de enfermedad mental sobrevenida que requiera el traslado a un centro terapéutico, el centro lo pondrá en conocimiento de la Dirección General de la Familia, Menores y Promoción Social, a efectos de solicitar la preceptiva autorización judicial previa al Juzgado de Menores.

Los medicamentos no estarán al alcance de los menores internados. Para consumir cualquier tipo de medicamento se requiere la prescripción médica previa y la administración del mismo se efectuará con el control pertinente del personal del centro designado.

Se garantizará que todos los menores internos en el centro dispongan en el plazo más breve posible de la tarjeta o cartilla individual sanitaria.

El centro otorgará al menor la documentación física que posea sobre su historia clínica una vez que el mismo haya finalizado la medida judicial de internamiento.

6.10.- Normas sobre asistencia escolar y formativa

Los menores recibirán la asistencia escolar y formativa conforme a lo dispuesto en el artículo 56.2 a) y f) de la LORPM y en el artículo 37 de su Reglamento de desarrollo, para garantizar que los menores internados reciban la enseñanza básica obligatoria que legalmente les corresponda. Asimismo se facilitará el acceso a los menores a otros estudios no obligatorios y/o formativos laborales que contribuyan a su desarrollo personal y a la efectiva integración social.

Se ofrecerá a los menores internados los apoyos escolares y extraescolares que precisen. El centro ha de disponer de libros y publicaciones adecuados, cuya utilización se fomentará entre los menores internados.

Los menores en edad escolar obligatoria que estén internados tienen que estar matriculados en un centro docente normalizado. Si el régimen de internamiento o las circunstancias personales impiden que los menores asistan a los centros escolares donde están matriculados, la actividad escolar se tiene que desarrollar en el centro y se tiene que adaptar a las necesidades y características de los menores, en coordinación con el centro escolar de referencia.

Los mayores de 16 años que no tengan los conocimientos propios de la enseñanza básica tendrán que estar inscritos obligatoriamente en los programas educativos determinados que tenga el centro, adaptados a las necesidades concretas de cada caso.

En los centros de régimen cerrado y semiabierto habrá profesores de secundaria de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes como responsables de las actividades escolares.

El centro deberá elaborar al menos los siguientes **programas**:

- Un programa de formación reglada conforme con el proyecto educativo del centro docente público al que estén adscritos.
- Un programa de formación profesional ocupacional e inserción laboral conforme al órgano competente.
- Un programa de competencia social.
- Un programa de hábitos básicos y habilidades domésticas.
- Un programa de educación de hábitos saludables.
- Un programa de prevención y abordaje de los problemas asociados al consumo de drogas.
- Un programa de educación afectivo sexual.
- Un programa de tutoría.
- Un programa de refuerzo en el entorno familiar.
- Un programa de cultura, tiempo libre y ocio.
- Un programa de educación física y deporte.
- Un programa de mediación cultural y por la diversidad.
- Un programa motivacional.
- Un programa de tratamiento de delitos sexuales.
- Un programa de tratamiento de delitos violentos.
- Un programa de agresores en el entorno familiar.
- Un programa de abordaje de medidas de larga duración.

En los proyectos educativos para la ejecución de la medida de internamiento terapéutico, además de los anteriores, se desarrollará:

- Un programa de intervención psicoterapéutica individual.
- Un programa de actividades clínicas grupales.
- Un programa de abordaje de drogodependencias y otras adicciones.
- Un protocolo de administración y seguimiento de medicamentos.

6.11.- Normas sobre trabajo y formación profesional ocupacional

Los menores que tengan edad laboral y reúnan los requisitos legales establecidos tienen derecho a un trabajo remunerado, dentro de la disponibilidad de la entidad pública, y a las prestaciones sociales que puedan corresponderles en las condiciones previstas en el artículo 53 del reglamento aprobado por el Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio.

El trabajo se complementará con los cursos de formación profesional y ocupacional y otros programas que mejoren la competencia y capacidad laboral para facilitar la inserción laboral del menor.

6.12.- Normas sobre relaciones con el exterior

Los menores internados tienen derecho a comunicarse libremente con sus padres, representantes legales, familiares y otras personas conforme a lo dispuesto en la LORPM y su reglamento de desarrollo.

Todas las visitas y comunicaciones serán registradas en el libro de visitas del centro donde se indicará la fecha de la visita o comunicación, su modalidad, especificando si se trata de comunicación, visita, visita de convivencia familiar, comunicación íntima o visita profesional, el nombre y apellidos del menor internado, el nombre y apellidos del visitante o visitantes, su dirección, el DNI o pasaporte y el tipo de parentesco o relación que mantiene con el menor internado.

En el centro existirá un libro de registro de correspondencia escrita y paquetes en el que quedará constancia de la correspondencia escrita o paquetes que reciben los internos, la fecha de recepción, el nombre y apellidos del menor destinatario, y el nombre y apellidos y la dirección que conste en el remite. También se indicará el nombre y apellidos, la dirección y el DNI o pasaporte de la persona que deposite el paquete o envíe las cartas. Se dejará constancia de la correspondencia escrita o paquetes que envíen los menores internados, la fecha de envío, el nombre y apellidos del menor remitente y el nombre y apellidos y dirección del destinatario.

6.13.- Normas sobre comunicaciones de familiares y otras personas

Las comunicaciones a las que se refiere el artículo 40 del Reglamento de desarrollo de la LORPM se efectuarán generalmente en el horario que no perjudique las actividades educativas, formativas y laborales de los menores internados.

No se permitirá el acceso a la comunicación a aquellas personas que no figuren en la relación de visitantes solicitada en el momento de concertar la vista o comunicación. Salvo por motivo justificado y previa autorización de la Dirección del centro no se celebrará la comunicación en otro horario que el solicitado en el momento de concertar la visita.

De los días de visita y de los horarios de visita se deberá informar a los menores internados y a las personas que tienen derecho a comunicarse con ellos.

Los menores internados tienen derecho a comunicarse libremente de forma oral y escrita, en su propia lengua, con sus padres, representantes legales, familiares u otras personas, y a recibir sus visitas dentro del horario establecido por el centro. Como mínimo, se autorizarán dos visitas por semana, que podrán ser acumuladas en una sola.

El horario de visitas será suficiente para permitir una comunicación de 40 minutos de duración como mínimo. No podrán visitar al menor más de cuatro personas simultáneamente, salvo que el Director del centro, por motivos justificados, autorice la presencia de más personas. Al menos una vez al mes podrá tener lugar una visita de convivencia familiar por un tiempo no inferior a tres horas.

6.14.- Normas sobre asistencia religiosa

La actividad del centro ha de respetar la libertad religiosa de los menores internados conforme a lo establecido en el artículo 56.1 y 2 d) de la LORPM y en el artículo 39 de su Reglamento de desarrollo. Con esta finalidad, todos los menores tienen derecho a dirigirse a una confesión religiosa registrada para solicitar su asistencia, siempre que sea prestada con respeto de los derechos de las otras personas.

En todo lo relativo a la asistencia religiosa de los menores internos se estará a lo establecido en los acuerdos firmados por el Estado español con las diferentes confesiones religiosas.

6.15.- Normas sobre comunicaciones telefónicas y escritas, envío y recepción de paquetes

Las comunicaciones telefónicas y escritas, el envío y recepción de paquetes se regirán por lo dispuesto en los artículos 42, 43 y 44 del Real Decreto 1774/2004 por el que se aprueba el reglamento de la LORPM.

6.16.- Normas sobre información, peticiones, quejas y recursos

Los menores internados, sus padres o representantes legales o sus letrados, pueden presentar a las Autoridades Judiciales, al Ministerio Fiscal, al Defensor del Pueblo, al Director del centro o la Dirección General de la Familia, Menores y Promoción Social en cualquier momento, verbalmente o por escrito, las peticiones, demandas, sugerencias o quejas que consideren oportunas, sobre cuestiones referentes a su situación de internamiento.

6.17.- Normas sobre traslados y desplazamientos

A) Salidas de los menores para practicar diligencias o salidas de tipo médico

En régimen cerrado, los traslados de un centro a otro y las salidas para la práctica de diligencias procesales acordadas por la autoridad competente o para asistir a dependencias sanitarias de los menores, se realizarán siempre con acompañamiento policial, salvo en los casos que la Autoridad Judicial o Fiscal haya ordenado lo contrario; siendo en todo caso, la autoridad competente quien expedirá los correspondientes mandamientos para que por parte de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad se proceda al traslado del menor. En este tipo de salidas, cuando la edad o las circunstancias lo aconsejen, el Director del centro podrá ordenar que el menor sea acompañado por el personal del centro que se designe o por personas que colaboran con el centro.

En régimen semiabierto, los traslados de un centro a otro y las salidas para la práctica de diligencias procesales acordadas por la autoridad competente o para asistir a dependencias sanitarias se realizarán con acompañamiento policial cuando el Director del centro considere que hay riesgo de fuga o peligro para la integridad física del propio menor o de otras personas. En este tipo de salidas, cuando la edad o las circunstancias lo aconsejen, el Director del centro podrá ordenar que

el menor sea acompañado por el personal del centro que se designe o por personas que colaboran con el centro.

En régimen abierto, el Director del centro podrá ordenar que el menor sea acompañado por el personal del centro que se designe o por personas que colaboran con el centro para los traslados de un centro a otro y las salidas para la práctica de diligencias procesales acordadas por la autoridad competente o para asistir a dependencias sanitarias cuando la edad o las circunstancias lo aconsejen.

En los casos que sea necesario el acompañamiento policial, si el Director del centro así lo propone, y los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos Sociales competente lo estiman oportuno, se solicitará que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad acompañen a los menores internados.

La salida de menores para consultas médicas o para ingresar en un hospital, en ambos casos por razones de urgencia, será ordenada por la Dirección del centro, comunicándose inmediatamente a los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos Sociales competentes en la ejecución de la medida, al Juez y al Fiscal de Guardia.

B) Traslados de centro

Los traslados de centro se realizarán por decisión de la Dirección General de la Familia, Menores y Promoción Social, con la autorización previa del Juzgado de Menores correspondiente.

7.- ANEXOS

ANEXO I: DERECHOS Y DEBERES DE LOS MENORES DENTRO DEL CENTRO DE EJECUCIÓN DE MEDIDAS JUDICIALES DE INTERNAMIENTO

Derecho a una atención integral y la garantía de su cumplimiento a través de:

- Una atención permanente por profesionales directivos, técnicos y educadores cualificados y con la formación apropiada, así como por parte de profesionales y servicios de la red social cuya intervención sea necesaria.
- Unas actuaciones que se realizarán con los estándares establecidos por la legislación en materia de seguridad e higiene.
- Unos programas de intervención, tanto individuales como grupales, basados en la evidencia científica y evaluados de forma continua.
- Una coordinación adecuada entre los distintos miembros del equipo de profesionales que participan en su atención, y entre aquéllos y las diferentes instituciones y recursos de la red social que participen en la ejecución de la medida.
- Una intervención interdisciplinar adecuada y con unificación de criterios.
- La continuidad de la intervención que se obtiene mediante la utilización de registros acumulativos, la aplicación de programas unificados, así como la referencia permanente que recae en la figura del Técnico de Atención al Menor del equipo de medio abierto de los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos sociales.

Derecho a la confidencialidad. El ejercicio efectivo del derecho a la confidencialidad exigirá el respeto de las siguientes condiciones:

- Todos los profesionales que trabajen en el centro, cualquiera que sea su vinculación profesional y aquellos que colaboren con el mismo, tendrán el deber de mantener la reserva oportuna de la información que se ha obtenido con los menores en el ejercicio de sus funciones sin que pueda ser utilizada bajo ningún concepto, al margen de la intervención socioeducativa y del ámbito estricto de las funciones del centro y de su relación con las entidades administrativas y judiciales que, en su caso, intervengan en el caso del que se trate.
- La ausencia de injerencias innecesarias en la vida privada de los menores o de las respectivas familias en las actuaciones profesionales que se lleven a cabo.
- Conocimiento y cumplimiento, por el personal técnico y profesional que interviene con cada menor, de los correspondientes códigos deontológicos, así como de la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal y respetando, en todo caso, su derecho a la intimidad.
- Conservar los expedientes individuales en condiciones de seguridad. La información sobre los menores facilitada a otras instituciones o servicios que proporcionen apoyo social, personal, educativa o formativa estará limitada al objeto de las actividades concretas en materia de ejecución de medidas que se vayan a considerar.
- Aplicar procedimientos de acceso restringido a la información, adoptando las medidas que resulten necesarias para garantizar la posibilidad de acceder a los expedientes en el marco de estudios evaluativos o estadísticos en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Derecho a una atención individualizada y personalizada, cuya garantía vendrá dada por:

- Una metodología de trabajo personalizada que tiene su reflejo en las diversas herramientas de trabajo individual, como las tutorías o el apoyo psicológico, y en la adecuación de las respuestas a la individualidad de cada menor.
- En la asignación de un Educador-Tutor y en los espacios dentro de la dinámica del centro donde tiene lugar la atención específica de cada menor.
- En las reuniones de seguimiento de planes de intervención concretos, entre los distintos miembros de los equipos.
- La complementariedad y apoyo en la intervención de los equipos de medio abierto de los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos sociales, en especial, el Técnico de Atención a Menores de referencia del caso.
- La implementación de programas de desarrollo específicos e individualizados en función de las necesidades que pudiera presentar cada menor atendiendo a las particularidades que pudieran presentar.

Derecho a la intimidad: Las garantías y el respeto a estos derechos habrán de manifestarse, en particular mediante las siguientes actuaciones:

- Los menores dispondrán de algún dispositivo en el centro que les permita guardar sus pertenencias de forma segura.

- Los menores podrán tener enseres propios en la habitación, exceptuando aquellos que pudieran suponer un riesgo para su seguridad personal o la de otras personas.
- Los menores deberán ver respetada la inviolabilidad de su correspondencia y el derecho a recibir y hacer llamadas telefónicas en los horarios establecidos en las normas de funcionamiento, y a hacerlo en privado, salvo que ello ponga en riesgo su seguridad.
- Proceder a los registros tanto personales como de ropa y enseres con las máximas garantías y controles conforme.

Derecho a las relaciones personales, que implica:

- Mantener y desarrollar las relaciones familiares de forma tan normalizada como sea posible.
- Máximo respeto posible con las relaciones sociales constructivas preexistentes.
- Proporcionar los medios y los canales para un contacto apropiado con el mundo exterior, en especial, con su entorno de referencia.
- Recibir visitas en el centro, siempre que su interés superior no aconseje lo contrario y que no exista resolución judicial que lo prohíba.

Derecho a la información y a la participación: El ejercicio efectivo de este derecho implicará para los menores:

- En una metodología participativa de trabajo, en función del perfil y del tipo de programa o programas que desarrolla el centro, mediante actuaciones tales como la toma de decisiones del grupo, la colocación de buzones de sugerencias, o de carteles de libre expresión, etc.
- En un trabajo continuo sobre los procedimientos de quejas, de derechos y deberes, y los mecanismos de participación procurando incrementar la conciencia y capacidad en los menores para utilizar dichos procedimientos.
- Recibir respuesta a sus quejas en un plazo de tiempo razonable que como máximo podrá ser de 30 días hábiles desde la interposición de la queja.
- Tener garantizado que la presentación de quejas no originará ningún tipo de represalias por parte del personal del centro.

Deberes: Para el cumplimiento de la medida impuesta y la consecución de una adecuada convivencia en el centro que posibilite la intervención educativa, los internos tendrán los siguientes deberes:

- a) Permanecer en el centro a disposición de la Autoridad judicial competente hasta el momento que los pongan en libertad, sin perjuicio de las salidas y las actividades autorizadas que puedan realizar en el exterior.
- b) Recibir la enseñanza escolar obligatoria que legalmente les corresponda.
- c) Respetar y cumplir las normas de funcionamiento interno del centro y las directrices o instrucciones que reciban del personal en el ejercicio legítimo de sus funciones.
- d) Colaborar en la consecución de una actividad ordenada en el interior del centro y mantener una actitud de respeto y consideración hacia todos, dentro y fuera del centro y en especial hacia las autoridades, el personal del centro y los otros menores internados.

- e) Utilizar adecuadamente las instalaciones del centro y los medios materiales que se pongan a su disposición.
- f) Observar las normas higiénicas y sanitarias, sobre vestuario y aseo personal establecidas en el centro, manteniendo siempre un aspecto correcto.
- g) Realizar las prestaciones personales obligatorias para mantener el centro en orden y limpio.
- h) Participar en las actividades formativas, educativas y laborales establecidas según su situación personal con el fin de preparar su vida en libertad.
- i) Cumplir el horario de actividades del centro, que será público y expuesto en un lugar preferente.
- j) Permanecer en el espacio físico que se asigne para cada momento y actividad, sin poder ausentarse del mismo sin permiso del personal del centro.



ÁREA DE SALUD

1.- INTRODUCCIÓN

En el campo de la atención sanitaria a menores surgen situaciones específicas que pueden producir dudas en relación a cómo realizar determinadas acciones sanitarias, que en la práctica diaria deben resolver los profesionales de la salud. Las más frecuentes están relacionadas con los siguientes aspectos:

- 1.- Prestaciones sanitarias orientadas al menor.**
- 2.- Consentimiento informado y toma de decisiones relacionadas con la salud del menor.**
- 3.- Derecho a la información sanitaria del menor.**
- 4.- Confidencialidad de datos clínicos. Acceso a la historia clínica.**
- 5.- Ingresos del menor en instituciones hospitalarias.**
- 6.- Custodia del menor en centros hospitalarios.**
- 7.- Medidas de contención al menor.**
- 8.- Notificación de situaciones de maltrato infantil.**

Seguidamente abordamos a través de preguntas-respuestas los principales conceptos a manejar en la casuística de la relación sanitaria con el menor.

2.- PRESTACIONES SANITARIAS ORIENTADAS AL MENOR

2.1.- En la relación de un menor con el Servicio de Salud, ¿qué tipo de acciones puede demandar?

La relación del menor con los centros sanitarios del SESCAM se concreta principalmente en las siguientes actuaciones:

- Accesibilidad: Cita previa a través de Web, sin necesidad de desplazamiento al centro de salud.
- Atención clínica al menor:
 - Consulta niños para cualquier patología.
 - Atención urgente y Atención continuada.
 - Consulta bucodental.
- Programas de Prevención de enfermedades infantiles Vacunaciones:
 - Revisión del niño sano 0-23 m.
 - Revisión del niño sano 2-5 años.
 - Revisión del niño sano 6-14 años.
- Programas de Promoción de salud:
 - Lactancia materna.
 - Educación para la salud en centros educativos.

3.- CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TOMA DE DECISIONES RELACIONADAS CON LA SALUD DEL MENOR

3.1.- ¿Cuándo considerar un “menor maduro”?

Como norma general, si se encuentra en el tramo de edad comprendido entre 12 y 16 años; apoyada en el principio de que la mejor forma de proteger al menor es promover su autonomía como sujetos, debiendo adaptarse a cada situación.

(Artículo 162 Código Civil y Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha).

3.2.- ¿Cómo llevar a cabo el consentimiento informado?

El consentimiento informado es “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud”

La exigencia del consentimiento informado es general y debe hacerse por escrito, para los tratamientos o pruebas diagnósticas de cierta entidad.

Si la actuación sanitaria no reviste riesgo previsible, se hará de forma verbal, informando del proceso y garantizando la comprensión del paciente.

(Artículo 8 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

3.3.- Los menores con 16 años cumplidos, ¿pueden dar el consentimiento informado?

La persona con 16 años cumplidos, o emancipada debe ser informada y puede tomar decisiones sobre su propia salud sin precisar el consentimiento de los padres o tutores, excepto en:

- Ensayos clínicos.
- Reproducción humana asistida.
- Extracción y trasplante de órganos.
- En caso de actuación de grave riesgo y en memoria no emancipados, los padres serán informados y su opinión tenida en cuenta para la toma de decisiones.

(Artículo 9.3.c Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

3.4.- Interrupción voluntaria del embarazo

A.- Las jóvenes de 16 años, pueden dar por sí solas el consentimiento informado. Al menos 1 de los padres o representantes legales debe ser informado de la decisión de la joven (se prescindirá si la menor alega probable conflicto derivado de esta información).

Las menores de 16 años necesitan ir acompañadas de sus padres o representantes legales.

En todo caso se les informará sobre las prestaciones, etc.

(Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo).

(Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente).

B.- ¿Los menores con menos de 16 años cumplidos, pueden dar el consentimiento informado?

En los menores de 16 años, se utiliza el criterio de madurez. El médico, es quien debe valorar esta capacidad natural, es decir si el menor tiene capacidad para comprender el alcance de la intervención.

En caso de duda objetiva sobre el grado de madurez, deberá ponerlo en conocimiento de la Fiscalía, si el caso admite demora. Si no es así, el facultativo tomará la decisión más beneficiosa para la salud del paciente.

(Artículo 3 Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente)

Con 12 años cumplidos, el menor no decide por sí mismo, pero deberá ser escuchado antes de que los padres o tutores presten el consentimiento.

4.- DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA AL MENOR

4.1.- ¿Tienen los menores derecho a la información sanitaria?

Todos los menores tienen derecho a recibir información suficiente sobre las actuaciones médicas que se planteen.

La información debe adaptarse a cada caso, para asegurar su comprensión.

En general la información debe incluir los beneficios y riesgos de realización de pruebas diagnósticas y tratamiento.

4.2.- ¿Tienen los padres, tutores o representantes legales derecho a recibir la información sanitaria de sus hijos?

Sin perjuicio del derecho del menor a recibir información sobre su salud en un lenguaje adecuado a su edad, madurez y estado psicológico, en el caso de menores de dieciséis años no emancipados

se informará también a los padres o tutores; asimismo se informará a éstos cuando se trate de mayores de dieciséis años o menores emancipados en el supuesto de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo.

(Artículo 10.2 de la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha)

5.- ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS CLÍNICOS

5.1.- ¿Tiene el menor derecho al deber de secreto de sus datos clínicos?

Partiendo de que cada persona tiene derecho a que se garantice el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, este criterio es aplicable también a los menores maduros. Es decir, informar los datos clínicos de los menores maduros a sus padres o tutores sólo será posible si existen dudas acerca del grado de madurez del menor.

(Artículo 7 Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente).

5.2.- ¿Pueden los padres, tutores o representantes legales acceder a la historia clínica del menor?

En el supuesto de menores de dieciséis años no emancipados el derecho de acceso se ejercerá en su nombre por sus padres, tutores o personas que legalmente les representen. En el caso de menores emancipados o con dieciséis años cumplidos, sus padres, tutores o representantes legales no podrán acceder a la historia clínica salvo autorización expresa de aquéllos, sin perjuicio de que éstos deban ser informados del contenido de la historia clínica, tanto cuando exista grave riesgo, según criterio facultativo, como para el adecuado cumplimiento de las obligaciones que les correspondan.

(Artículo 29.3 de la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha).

(Decreto 24/2011, de 12 de abril, de la documentación sanitaria en Castilla-La Mancha).

6.- INGRESOS EN CENTROS HOSPITALARIOS

6.1.- Ingresos de carácter voluntario

A.- ¿Cuándo se considera un ingreso voluntario?

Cuando existe consentimiento del menor maduro o de los padres o tutores si aquel no tiene suficiente capacidad.

B.- ¿Quién puede solicitar un alta voluntaria de un menor?

Se aplican las normas de capacidad de madurez ya descritas. Es decir, los menores maduros, a juicio del médico responsable, puede solicitar el alta voluntaria, y tiene derecho a que se le tramite dicha alta. Si no tiene la capacidad suficiente, deberá ser solicitada por los padres, tutores o representantes legales.

C.- ¿Qué trámites deben seguirse si no se acepta el tratamiento prescrito?

Se pondrá a la firma del paciente, tutores o representantes legales el alta voluntaria.

Si no firmaran el alta, la dirección del centro, previo informe del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa. Si ésta no se acepta, el centro debe ponerlo en conocimiento del Juez.

D.- ¿Qué trámites deben seguirse si tras el alta a un menor, no acuden a recogerle sus padres o tutores?

Quedaría el menor en situación de desamparo, que daría lugar a la constitución de la tutela automática.

El centro debe ponerlo en conocimiento de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma para que adopte las medidas de protección para su guarda.

6.2.- Internamiento no voluntario

A.- ¿Qué trámites deben seguirse para llevar a cabo un internamiento no voluntario?

Internamiento no voluntario es el que se caracteriza por la falta de consentimiento del paciente. Generalmente los casos más frecuentes tienen que ver con trastornos psíquicos.

El internamiento por razón de trastorno psíquico, aunque esté sometida a patria potestad o tutela, requiere autorización judicial previa. Se debe de poner en conocimiento del Ministerio Fiscal la constancia de una persona susceptible de internamiento. Se pedirá la solicitud de internamiento al tribunal donde resida la persona afectada.

La decisión del Tribunal en estos es susceptible de recurso de apelación.

El Juez, autoriza el internamiento, pero quien lo ordena es el médico, que toma la decisión del internamiento.

El centro informará periódicamente al tribunal. También cuando se proceda al alta.

La finalización del tratamiento se realiza bajo criterios médicos, que deciden poner fin al tratamiento seguido. Esta circunstancia debe ser puesta en conocimiento del Juez.

Si los padres, tutores o representantes legales quieren poner fin al tratamiento, y los facultativos no lo consideran oportuno, deberán ponerlo en conocimiento del Juez.

(Artículo 203 Código Civil).

Si existe una situación de urgencia, que precise el internamiento inmediato, el centro deberá dar cuenta al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de 24 horas. El tribunal deberá ratificar o no la medida en el plazo de 72 h.

(Artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil).

La autorización de internamiento conlleva autorización para el diagnóstico, tratamiento médico y farmacológico necesario para prestar la atención médica al paciente.

7.- CUSTODIA DEL MENOR EN CENTROS SANITARIOS

7.1.- ¿Qué gestión hay que hacer tras un ingreso hospitalario voluntario o un internamiento no voluntario para garantizar la custodia de un menor?

El ingreso con carácter voluntario, puede darse por terminado a través de un alta voluntaria.

En internamientos no voluntarios, los centros se convierten en guardadores de hecho, asumiendo las obligaciones inherentes a tal condición.

(Artículo 303 Código Civil).

Si se acuerda salida terapéutica del menor, se deberá disponer del consentimiento prestado por el menor o su representante legal.

En caso de fuga del menor debe comunicarse inmediatamente al Juzgado, al Fiscal y a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Si se produce su regreso, debe asimismo comunicarse a las mismas instituciones.

8.- MEDIDAS DE CONTENCIÓN DE MENORES

8.1.- ¿Se requiere el consentimiento informado para llevar a cabo medidas de contención de menores?

Las medidas de contención (aislamiento, física...) requieren el consentimiento informado, excepto en los casos de internamiento no voluntario, en el que entendemos que la autorización judicial de internamiento, incluye el tratamiento y en su caso las medidas de contención si son necesarias para llevárselo a cabo.

9.- MALTRATO INFANTIL: DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN A LAS INSTITUCIONES SANITARIAS Y JUDICIALES

9.1.- ¿Qué obligación y pautas de intervención ante los casos de maltrato infantil tiene el personal sanitario y a quién y cómo debe notificarse?

El personal sanitario debe detectar, es decir, “*reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato infantil*”.

Según lo establecido en el artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1996 “*Toda persona o autoridad, y especialmente aquéllos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o a sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise*”.

Asimismo, el artículo 263 de la LECrim establece que “*los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal Competente, al Juez de Instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante*”.

Hay que remitir esta información a los organismos oportunos (Servicios Sociales, Servicio de Familia y Menores de los Servicios Periféricos, Fiscalía o Fuerzas y Cuerpos de Seguridad).

En el caso de que la urgencia y gravedad del caso lo requieran, también pueden presentar directamente el parte de denuncia por escrito y por fax de forma inmediata, además del aviso telefónico, en un plazo máximo de 24 horas, al Juzgado de Guardia, Fiscalía o servicios especializados de atención a la mujer y a los menores que existen dentro de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, que a su vez enviarán copia a la Dirección General de la Familia, Menores y Promoción Social de la Comunidad Autónoma.

En definitiva se trata de comunicar la asistencia realizada a un paciente a consecuencia de una lesión (menoscabo de la integridad corporal o de la salud física o psíquica) que puede ser constitutiva de una infracción penal (delito, artículos 147 a 156 del Código Penal, o falta, artículos 617 a 621) tales como las agresiones, accidentes de tráfico, laborales, deportivos, atropellos, mordeduras de perro, intoxicaciones involuntarias no accidentales, abortos clandestinos, atentados sexuales y otros.

9.2.- Evaluación, intervención y seguimiento del ámbito sanitario en el maltrato infantil

A.- En caso de constatar un maltrato leve o moderado en la evaluación:

- Si el maltrato es extrafamiliar, los padres y/o tutores legales informarán de lo sucedido al médico o pediatra de atención primaria si lo consideran oportuno para el apoyo y seguimiento del niño o niña.
- Si el maltrato es intrafamiliar, los servicios sociales podrán contactar con el médico o pediatra de atención primaria que lleva al niño a quien se proporcionará toda la

información pertinente. El profesional sanitario realizará un informe de seguimiento de la situación del niño a los servicios sociales.

B.- En caso de constatar un maltrato infantil grave durante el periodo de evaluación:

- En caso necesario, el médico o pediatra se ratificará ante el juez de instrucción del contenido del parte de denuncia y/o hoja de notificación.
- El examen médico pericial al niño o niña se realizará por el médico forense o por un médico nombrado por el juez para ello.

(Decreto 4/2010 de Protección Social y Jurídica de los Menores en CLM)



ÁREA DE FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD

1.- ÁMBITO SOCIAL

1.1.- ¿Cómo se actuaría con un menor de edad escolar que se encuentra en la vía pública en horario escolar?

Según la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, cuando se tenga conocimiento de que un menor no asiste al centro educativo de forma habitual y sin justificación deberá ponerlo en conocimiento de sus padres, del centro escolar y, si el absentismo es continuado, a los Servicios Sociales y cuando sea necesario de la Fiscalía de Menores.

1.2.- ¿Cómo se actuaría con un menor de edad escolar que no se encuentre escolarizado?

Igualmente, según la Ley Orgánica 1/1996, cuando se tenga conocimiento de que un menor no se encuentra escolarizado se deberá poner en conocimiento de los Servicios Sociales y cuando sea necesario al Ministerio Fiscal.

1.3.- ¿Cómo se actuaría con un menor en situación de riesgo?

Valorada su minoría de edad, estado y las circunstancias del entorno, como casos de absentismo escolar, posible fuga domiciliaria, consumo de alcohol o estupefacientes, mendicidad voluntaria u obligada, vagabundeo u otras situaciones de desvalimiento:

- Se le prestará asistencia inmediata y se averiguarán las causas.
- Se dará cuenta inmediata al Fiscal y al servicio competente en materia de protección de menores, haciéndoles entrega del menor en los casos en que así lo disponga el Fiscal.
- Se localizará a los padres, tutores o guardadores, haciéndoles entrega documentada del menor.

1.4.- ¿Cómo se actuaría con un menor en situación de desamparo?

Se entiende que un menor está en aparente situación de desamparo o desprotección cuando al ser detectado o entrar en contacto con los agentes de policía, carezca de la presencia inmediata o de la posterior referencia de un adulto responsable en calidad de ejerciente de la patria potestad, tutela, custodia, guarda legal o de hecho; por lo que la actuación deberá dirigirse a poner fin a dicha situación, para lo cual:

- Se tratará de localizar a familiares u otras personas que puedan hacerse cargo, transitoria o definitivamente, del menor no acompañado, atendidas las circunstancias del caso.

- Se dará cuenta al servicio competente en materia de protección de menores, haciéndoles entrega del menor en los casos en que proceda.

De ser necesario, y en colaboración con el servicio competente, se realizarán gestiones para la localización de los padres, familiares o personas relacionadas con el menor.

2.- ÁMBITO PENAL

2.1.- ¿Se puede detener a un menor de edad?

Según la Ley Orgánica 5/2000 de Responsabilidad Penal de Menor, **SI**, siempre y cuando la edad esté comprendida entre los **14 y 18 años de edad**. Incluso de oficio en los mismos casos y circunstancias que los previstos para los mayores de edad, siempre que no resulten eficaces otras posibles soluciones y sea necesario para la protección del propio menor, la averiguación de los hechos, el aseguramiento de las pruebas o la protección de las víctimas.

Para practicar la detención de oficio deberá valorarse:

- Gravedad del delito cometido. La detención por faltas sólo cabe en supuestos excepcionales.
- Flagrancia del hecho.
- Alarma social provocada.
- Riesgo de eludir la acción de la justicia o peligro cierto de fuga.
- Habitualidad o reincidencia.
- Edad y circunstancias del menor, especialmente en el tramo de 16 a 18 años.

En los demás casos deberán ser entregados a la custodia de los padres, tutores o guardadores, dando cuenta al Ministerio Fiscal. Se evitará, en la medida de lo posible, la espectacularidad, el empleo de lenguaje duro (vociferante, malsonante, etc.), la violencia física y la exhibición de armas.

En los casos de **menores de 14 años**, **NO cabe la detención**, de acuerdo con la Ley Orgánica 5/2000, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores, “*no se les exigirá responsabilidad con arreglo a la presente Ley, sino que se le aplicará lo dispuesto en las normas sobre protección de menores previstas en el Código Civil*”.

2.2.- ¿Se puede cachear a un menor detenido?

Sí, pero se realizará con respeto absoluto a sus derechos fundamentales y siempre como medida de seguridad para el propio menor y los agentes actuantes.

2.3.- ¿Se pueden poner los grilletes a los menores detenidos?

Sí, pero se llevará a cabo **en los casos que sea estrictamente necesario**, como respuesta proporcional a la naturaleza del hecho cometido y a la actitud del menor en el momento de su detención.

2.4.- ¿Puede ingresar un menor en los calabozos?

Los menores detenidos deberán hallarse custodiados en dependencias policiales adecuadas que cumplan con las medidas básicas de seguridad y separadas, en todo caso, de las que se utilicen para los detenidos mayores de edad, **evitando, si las circunstancias de su peligrosidad lo permiten, el ingreso en calabozos**. El personal de custodia o trato con el menor detenido, en la medida que lo permitan las circunstancias, no estará vestido de uniforme.

2.5.- ¿Cuánto tiempo puede estar un menor detenido?

La detención de un menor no podrá durar más tiempo del estrictamente necesario para la realización de las averiguaciones tendentes al esclarecimiento de los hechos, y en todo caso, en el plazo máximo de 24 horas el menor detenido deberá ser puesto:

- En libertad, con entrega a aquellos que ejerzan la patria potestad, tutela o guarda del menor.
- En libertad, sin entrega a los anteriores, cuando se trate de menores emancipados.
- A disposición de la Fiscalía de Menores.

2.6.- ¿Cómo se actuaría ante un menor que no tiene definida la edad y ha cometido una infracción penal?

- Si la duda es en torno a si es mayor o menor de 14 años, se remitirán las actuaciones policiales al Ministerio Fiscal competente, y se entregará a sus padres, tutores o guardadores.
- Si la duda es sobre la minoría o mayoría de edad, se actuará como si fuese menor, por lo que en el caso de menores infractores se remitirá lo actuado a la Fiscalía competente.

2.7.- ¿Quién puede pedir un **habéas corpus** en el caso de un menor detenido?

- El propio menor detenido.
- Sus padres, tutores o guardadores.
- La Autoridad Judicial o Fiscal.
- El Defensor del Pueblo.
- El Abogado del detenido.

2.8.- Actuación de la asistencia de los letrados ante un menor detenido

Según el artículo 17.2 de la LORPM el menor detenido tendrá derecho a entrevistarse de forma reservada con su abogado **con anterioridad y al término de la diligencia de toma de declaración**, tanto si el menor hubiese prestado declaración como si se hubiese negado a declarar.

3.- ÁMBITO DE SEGURIDAD CIUDADANA

3.1.- ¿Se puede identificar a un menor en la vía pública?

Sí se puede. Pero con especial precaución, ya que los datos personales del menor no deben trascender, salvo su edad.

3.2.- ¿Se puede denunciar a un menor de edad?

Sí, tenga la edad que tenga. Si es menor de 14 años, se participará a sus padres, tutores o guardadores a la mayor brevedad, los hechos y circunstancias conocidas.

3.3.- ¿Se puede cachear a un menor de edad en la vía pública?

La Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, no distingue entre menor y mayor de edad, aun así, **se realizará un palpado superficial**, con respeto absoluto a sus derechos fundamentales y siempre como medida de seguridad para el propio menor y los agentes actuantes.

3.4.- ¿Cómo se procedería con los menores extranjeros no acompañados (MENAs) no infractores?

Según Instrucción 11/2007, de 12 de septiembre, del Secretario de Estado de Seguridad, por la que se aprueba el "Protocolo de Actuación Policial con Menores". Se debe dar cuenta de forma inmediata al Ministerio Fiscal y a la Brigada de Extranjería del lugar donde se encuentre. Se trasladará al menor a la citada Comisaría, con su correspondiente atestado.

3.5.- ¿Cómo se procedería con los menores extranjeros no acompañados que han cometido un hecho delictivo?

Actuarán conforme a lo establecido en el Protocolo de Actuación Policial con Menores, aprobado mediante Instrucción 11/2007 de la Secretaría de Estado. En el caso de **MENAs, implicados en hechos delictivos, bien sean víctimas o autores** la unidad de investigación, con el personal especialista en tratamiento de menores (EMUMEs), se hará cargo de las siguientes funciones:

- Reseña.
- Cuenta de la detección del MENA al Cuerpo Nacional de Policía (a efectos exclusivos de identificación y registro en ADEXTRA) y al Ministerio Fiscal.

Identificación, mediante envío de la reseña y solicitud al Cuerpo Nacional de Policía de cotejo de la misma con el subfichero MENAs de la aplicación ADEXTRA (Registro Extranjeros). El Cuerpo Nacional de Policía deberá responder a la citada solicitud.



NIÑOS Y ADOLESCENTES Y VIOLENCIA DE GÉNERO

(Protocolo de actuación ante la detección de una situación de violencia de género de una mujer menor por parte de su pareja o expareja. Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha)

1.- INTRODUCCIÓN

La violencia de género es la manifestación más clara de la discriminación y de las relaciones de poder que establecen los hombres frente a las mujeres. Durante años, la violencia contra las mujeres ha sido una de las formas de discriminación más acallada y menos regulada normativamente pero, en la actualidad, existe un amplio reconocimiento político, social y jurídico de que la violencia contra las mujeres constituye uno de los grandes obstáculos de nuestras sociedades para la igualdad y la libertad de las mujeres y por tanto para el ejercicio de su ciudadanía.

Esta preocupación dio lugar a la aprobación de la Ley 5/2001, de 17 de mayo, de Prevención de Malos Tratos y de Atención a Mujeres Maltratadas de Castilla-La Mancha que marcó un camino a seguir en el ámbito específico de violencia de género y a la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género de carácter nacional, que prevé como línea prioritaria de actuación la dirigida a prevenir, erradicar y sancionar la violencia de género, así como, proteger a sus víctimas. Entre éstas, la Ley Orgánica 1/2004 sitúa a las hijas e hijos de las mujeres que la sufren, al reconocer en su Exposición de Motivos que “*las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia*”.

El Gobierno de Castilla-La Mancha, a través del **Plan Estratégico para la Igualdad entre mujeres y hombres**, propone entre sus objetivos impulsar la visibilización, el reconocimiento y atención específica de los menores expuestos a violencia de género.

Asimismo la “**Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer**”, considera por un lado, a los “*menores verdaderas víctimas de la violencia de género. Vivir situaciones de violencia de este tipo durante la infancia genera en los niños y niñas problemas similares a los que se producen por el hecho de ser maltratados directamente. Estos menores expuestos a violencia de género no sólo se enfrentan a la violencia que sufren sus madres, sino que tienen muchas más posibilidades de sufrir maltrato directo.*” Y por otro, considera a “*la población juvenil y adolescente un colectivo especialmente vulnerable a la violencia de género, pues aparecen nuevas formas de ejercer violencia como consecuencia del uso de las nuevas tecnologías, que tienen una especial incidencia en la juventud, entre ellas el ciberacoso o el sexting*”.

En consecuencia, tanto la exposición a esta violencia, como el padecimiento directo del maltrato por la pareja o expareja, en el caso de ser mujer menor de edad, pueden considerarse equivalentes.

Existe la opinión generalizada de que la violencia de género en las relaciones de pareja, es sólo cosa de adultos, sin embargo los datos muestran una realidad diferente.

Según el Instituto de la Mujer (2005), las denuncias de mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito de la pareja presentadas por mujeres menores de 16 años en el año 2005, asciende a 261 y las realizadas por mujeres de 16 a 20 años alcanzaron las 2.781 denuncias (Adolescentes y jóvenes en Castilla-La Mancha ante la violencia de género en las relaciones de pareja, V. Rodríguez Martín, 2010).

Así pues, la violencia en la adolescencia y la juventud es tan severa o más que la que se presenta en la vida adulta, y con frecuencia es en el noviazgo cuando va forjándose una relación que se transformará en dramática años más tarde, ya que gran parte de los casos de malos tratos comienzan en los primeros años del matrimonio e incluso durante el noviazgo (Echeburúa et al., 1996). El hecho

de que se de algún episodio de agresión psicológica en los primeros meses de relación, es un claro predictor de futuros episodios de maltrato (Murphy y O' Leary, 1989; Malone y Tyree, 1994).

Por ello, se considera conveniente dar a conocer a los profesionales de los organismos públicos y privados que trabajen con menores y puedan detectar este tipo de situaciones de violencia de género, este procedimiento de actuación.

2.- DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Se considera violencia de género en mujeres menores de edad, la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.

La violencia de género comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

3.- LEGISLACIÓN

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de Igualdad entre mujeres y de Castilla-La Mancha.
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica.
- Ley 5/2001, de 17 de mayo, de Prevención de Malos Tratos y Protección a las Mujeres Maltratadas.
- Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres en España (2013 - 2016).
- Plan Estratégico para la Igualdad de oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla-La Mancha 2011- 2016.
- Decreto 38/2002, de 12 de marzo, de las Consejerías de Bienestar Social e Industria y Trabajo, para la aplicación de la Ley 5/2001. (D.O.C.M. 15-3-2002).
- Acuerdo de coordinación institucional y aplicación de los protocolos para la prevención de la violencia de género y atención a mujeres de Castilla-La Mancha.

4.- INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN UNA PAREJA

Aquellas situaciones en las que se:

- Ridiculiza, insulta o desprecia a la mujer.
- Humilla, grita o insulta en privado o en público a la mujer.
- Amenaza con hacerle daño a ella o a su familia.
- Agrede alguna vez físicamente.
- La aisla de familiares y/o amistades.
- Se la ha forzado a mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad.
- Invasión de forma repetida, disruptiva y sin consentimiento el mundo de la víctima a través de Internet.

5.- CÓMO SE DEBE ACTUAR

El Plan Estratégico para la Igualdad de Oportunidades de Castilla-La Mancha, promueve medidas dirigidas a la prevención, concienciación, prestación de servicios y coordinación de los mismos, como son la asistencia integral, la protección frente a situaciones de maltrato y la puesta en marcha de protocolos coordinados de intervención.

En este sentido, el primer paso es tomar conciencia de la situación por la que está atravesando la menor, para ello deberemos:

- Informar al padre, a la madre o tutores de la menor de la situación de violencia. [En caso de que la menor esté tutelada por la Administración, ponerse en contacto con los Servicios Periféricos de Sanidad y Asuntos Sociales].
- Derivar al Centro de la Mujer correspondiente. Si no se conoce cuál es el centro de la mujer más cercano, se puede llamar al 900 100 114 [Línea de atención permanente que ofrece información y asesoramiento sobre violencia de género] o bien al 112, para obtener esta información.

6.- RECURSOS DE ATENCIÓN

Entre los recursos de atención a las mujeres menores víctimas de violencia de género, podemos encontrar los siguientes:

- **Centros de la Mujer:** ofrecen información, orientación y asesoramiento a las mujeres de Castilla-La Mancha, en materia laboral y empresarial, derechos fundamentales, salud y servicios sociales. Hay una red de centros que da cobertura a toda la región.
- **Línea de atención permanente [900 100 114]:** es un servicio que presta información y asesoramiento atendido por profesionales especializados en violencia de género. Este servicio facilita a las mujeres víctimas de malos tratos el acceso rápido, fácil y gratuito de las medidas que pueden adoptar, así como la derivación al recurso más adecuado ante

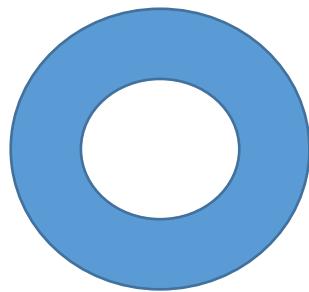
situaciones de emergencia. Pone en conocimiento de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad las situaciones de inminente peligro para la integridad de la mujer.

- **Dispositivos de localización inmediata:** son aparatos de telefonía móvil de uso restringido (permiten únicamente las llamadas al Servicio de Atención de Emergencias 112), que se facilitan con carácter gratuito a aquellas mujeres que se encuentran en situación de riesgo por ser víctimas de violencia de género. Se gestiona a través del Centro de la Mujer. De forma excepcional y una vez valorado el caso, existe la posibilidad de conceder este dispositivo en casos de violencia doméstica.
- **Servicio Telefónico de Atención y Protección para víctimas de violencia de género (ATENPRO):** programa de ámbito estatal y carácter gratuito que da cobertura a mujeres víctimas de la violencia de género que cuenten con orden de protección o medida de alejamiento y se encuentren en una situación de riesgo. Ofrece una atención inmediata y a distancia, asegurando una respuesta rápida a las eventualidades que les pueden sobrevenir, las 24 horas del día. Se basa en la utilización de tecnologías de comunicación telefónica móvil y de telelocalización (GPS). Asimismo, podrán incorporarse al servicio los hijos e hijas de las usuarias cuando se considere necesario por los centros de servicios sociales / servicios de igualdad y estén participando en el proceso de recuperación integral. El número de dispositivos es limitado y su asignación se solicita en los Centros de la Mujer y en los Servicios Sociales Municipales que correspondan por razón de domicilio.
- **Programa de Asistencia Psicológica a Menores Víctimas de Violencia de Género:** atiende a los menores víctimas de violencia de género, de 4 a 17 años, expuestos a la violencia de género, así como a mujeres menores de edad (de 14 a 17 años) que sean o hayan sido víctimas de violencia de género. El servicio de asistencia psicológica a menores víctimas de violencia de género, se desarrollará en las cinco provincias de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Tendrán acceso a la intervención psicológica: las menores que sean derivadas por el Servicio Provincial del Instituto de la Mujer, de la provincia que corresponda, previo informe realizado por el psicólogo del Centro de la Mujer o de la Oficina de Asistencia a Víctimas de Delitos al que acuda, precisándose para la participación en el programa, que previamente la madre, el padre y/o tutor de la menor, suscriba un documento de consentimiento informado.

Nota: la edad mínima para ingresar en un recurso de acogida es de **18 años**.

Protocolo UNIFICADO DE INTERVENCIÓN **con NIÑOS** **y ADOLESCENTES** de Castilla-La Mancha

Gobierno de Castilla-La Mancha



PROTOCOLO DE DIABETES EN EL CENTRO ESCOLAR

María José Sánchez Fernández – Enfermera Educadora en diabetes Pediátrica

Macarena Bravo Morales – Inspectora Médica de la D.P Educación, Cultura y Deporte de C.Real

1. INTRODUCCIÓN.

A diario los profesionales de los centros escolares se encuentran ante alumnos que presentan patologías que requieren asistencia médica, ya sea de urgencia o programada a lo largo del horario escolar. En la mayoría de los casos no cuentan con los conocimientos ni medios necesarios, y sin embargo, deben actuar. Son situaciones que, han de ser abordadas por la comunidad educativa.

El centro educativo es uno de los espacios donde el alumno pasa la mayor parte del día, por ello resulta necesario que los profesionales que trabajan en el centro, cuenten con la formación y conocimientos suficientes

Es imprescindible conocer el modo de actuar en las distintas situaciones de urgencia que se puedan producir en los centros docentes, siendo conscientes de que no se deben realizar funciones sanitarias para las que no estén capacitados, pero sí aplicar los primeros auxilios necesarios.

El objetivo de este protocolo es conocer las pautas de actuación en situaciones especiales que pueden presentar los alumnos con Diabetes Mellitus tipo 1, escolarizados en estos centros educativos

2. DOCUMENTACIÓN.

Conocer las enfermedades que los alumnos/as puedan padecer o padeczan, (Resolución de 08/04/2011, de la Viceconsejería de Educación y Cultura y del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, por la que se regula la cooperación entre los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos y los centros de salud de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, y se establecen los procedimientos de vinculación entre ambos centros).

Se debe enviar el Anexo I de la Resolución junto con un informe oficial de salud a la Inspección Médica de la Dirección Provincial. (Anexo I)

En caso de que el alumno tenga diabetes tipo 1, el Centro debe de abrir una ficha con los datos:

1. Nombre y Apellidos del alumno/a.
2. Nombre y apellidos de los padres.
3. Informe médico de la alumno/a.
4. Dirección.
5. Teléfono.

6. Curso y tutor/a.
7. Centro de Urgencias y teléfono.
8. Documento firmado por los padres/tutores legales donde solicitan y autorizan al docente, tutor/a o docente responsable del alumno en ese momento a la administración de fármacos para mantener y mejorar la salud del alumno/a y eximir de toda responsabilidad que pudiera derivarse de dicha actuación. (Anexo II.)
9. Guía Práctica de la diabetes en el centro escolar.

Esta ficha es de carácter confidencial, se debe emitir por duplicado, uno para el equipo directivo y otra copia para el tutor/a responsable.

No existe obligación por parte del personal docente de administrar medicación salvo circunstancias de urgencias donde se aplican medidas de primeros auxilios.

Toda la documentación del alumno/a mencionada debe de actualizarse cada curso escolar.

Hay que mantener la máxima confidencialidad que deben tener dichos documentos, siendo custodiados y gestionados por el equipo directivo.

3. ACTUACIONES CON EL ALUMNADO DEL AULA.

En el aula, se procederá a la realización de una tutoría con el alumnado, en la que atendiendo a su nivel educativo, se explique en qué consiste la diabetes y conocer unas normas básicas

4. CARTELERÍA EN EL AULA.

En el aula quedarán expuestos carteles en relación a la diabetes atendiendo tanto a la explicación de la misma como a las posibles complicaciones que pudieran surgir dentro del aula y las actuaciones a llevar a cabo,

La cartelería se solicitará a Servicio de Educación en Diabetes Pediátrica del HGUCR o a la Inspección Médica de la Dirección Provincial.

5. COORDINACIÓN CON LA FAMILIA.

El Centro Educativo mantendrá, al menos, una reunión trimestral con la familia del alumno/a con el fin de realizar el seguimiento de la evolución médica y educativa de la diabetes. En estas entrevistas se levantará acta con el fin de dejar reflejados los posibles cambios en el tratamiento médico y de cuidados del alumno/a.

Del mismo modo, el Centro Educativo se compromete a facilitar el acceso de los padres al colegio para la realización de los análisis de glucemia del alumno/a tanta veces como sea necesario a lo largo de periodo lectivo.

6. COORDINACIÓN CON EL HGUCR.

Los responsables del Centro Educativo en el que está matriculado el alumno/a podrán mantener reuniones la Enfermera Educadora en Diabetes Pediátrica del HGUCR con la finalidad de intercambiar información tanto del ámbito clínico como del ámbito educativo.

Para ello la familia de la alumno/a confirma su consentimiento mediante la autorización. (Anexo III).

7. CONFORMIDAD.

Documento firmado por el director/a, tutor/a y los padres/tutores legales donde manifiestan su conformidad con la guía práctica de la diabetes. (Anexo IV).

8. NORMATIVA EN EDUCACIÓN.

Toda la coordinación, tanto interna entre los diferentes miembros del claustro del Centro Educativo, como la externa con la familia y el Centro de Salud, viene determinada en función de la normativa vigente en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

- Acuerdo Marco de colaboración entre la Consejería de Salud y Bienestar Social y la Consejería de Educación, Ciencia y Cultura de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para la determinación de actuaciones conjuntas en los ámbitos educativo, social y de salud. Toledo, 31 de Marzo de 2011.

- Resolución de 08/04/2011, de la Viceconsejería de Educación y Cultura y del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, por la que se regula la cooperación entre los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos y los centros de salud de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, y se establecen los procedimientos de vinculación entre ambos centros.
- Protocolo Diabetes en la Escuela. Consejería de Educación, Ciencia y Cultura; Consejería de Salud y Bienestar Social; Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

9. ANEXOS.

A. Anexo I.

ANEXO I

Notificación de enfermedad crónica

D. / D.ª. _____ con
DNI/NIE _____ y domicilio
en _____ y número de teléfono:
1 _____ 2 _____ 3 _____
como madre, padre o tutor/a legal del alumno/a _____
matriculado en el curso _____.

INFORMA

Que su hijo/a _____, nacido el ____ de ____ de ____ padece la
siguiente enfermedad crónica _____,

JUSTIFICA

Por medio del informe oficial de salud adjunto, la necesidad del cuidado o
atención a la enfermedad de su hijo o hija

Y AUTORIZA

A que el centro educativo que escolariza a su hijo/a se coordine con centro de
salud al que el centro educativo se encuentra vinculado.

En _____ a __ de _____ de _____.

LA MADRE, PADRE, O TUTOR/A LEGAL

Fdo.:

SRA. DIRECTORA O SR. DIRECTOR DEL _____.

B. Anexo II.

Autorización para la administración urgente de medicamentos

D. _____ con DNI _____ y
Dña _____ con DNI _____ y domicilio
en _____ de _____ de (Ciudad
Real).

Como padre y madre de la alumno/a _____
_____, matriculado/a en el __ curso de ____ del
CEIP/IES _____, de _____ de (Ciudad Real),
solicitamos y autorizamos a cualquier persona que se encuentre capacitada
para que en caso de urgencia pueda administrar el tratamiento necesario, de
acuerdo con lo establecido en la guía práctica de la diabetes, en el centro
escolar y eximimos a esta persona de cualquier responsabilidad que pudiera
derivarse de los efectos adversos y/o secundarios inherentes a esa
administración y/o realización, a la vez que certificamos que hemos sido
informados de los efectos secundarios y posibles consecuencias que pudieran
producirse por la citadas actuaciones.

En _____ a __ de _____ de _____.

Fdo. EL PADRE.

Fdo. LA MADRE.

C. Anexo III.

Autorización para consultar información sanitaria confidencial

Don _____ como padre y
Dña. _____ como madre del
alumno/a, por la presente autorizamos al personal del CEIP/IES
_____ a consultar los datos de mi
hijo/a _____ recogidos en esta guía práctica de la
diabetes , así como a intercambiar información sanitaria específica y
confidencial con los profesionales del HGUCR y con el personal de
Urgencias y Emergencias, con el fin de garantizar a mi hijo/a un control y
tratamiento adecuado de la diabetes en el Centro Educativo.

En _____ a __ de _____ de _____.

Fdo. EL PADRE.

Fdo. LA MADRE.

D. Anexo IV.

Conformidad Guía Práctica de la diabetes en el centro escolar

D/ Dña. _____ como
Director/a del CEIP/IES _____
y D/Dña. _____ como
tutor/a de la alumno/a.

D. _____ como padre y
Dña. _____ como madre del
alumno/a, manifiestan su conformidad con respecto a la Guía Práctica en
el centro escolar.

En _____ a __ de _____ de ____.

Fdo. DIRECTOR/A. Fdo. TUTOR/A. Fdo. PADRE. Fdo. MADRE.

GUIA PRÁCTICA DE LA DIABETES EN EL CENTRO ESCOLAR



¿QUÉ ES LA DIABETES MELLITUS TIPO 1? Es una enfermedad crónica que se caracteriza por la incapacidad del Páncreas para producir insulina, hormona indispensable para la vida. Es una enfermedad que provoca un aumento en los valores de azúcar/glucosa en sangre.

- ⇒ El aumento de las cifras de glucosa se denomina **HIPERGLUCEMIA (valores de glucemia por encima de 180 mg/dl)**
- ⇒ La disminución de las cifras de glucosa se denomina **HIPOGLUCEMIA (valores de glucemia por debajo de 70 mg/dl)**

El autocontrol de la diabetes en la infancia y la adolescencia requiere de la administración de insulina, alimentación por raciones y la práctica de ejercicio físico.

Los niños y adolescentes diagnosticados de diabetes, se administran insulina según pauta individual (informe médico)

Debemos considerar al alumno con diabetes como un alumno más en el aula. Su diabetes no le impide realizar las mismas actividades que sus compañeros, **sólo necesita planificarlas.**

La diabetes es una patología que debe integrarse como parte de la DIVERSIDAD EN EL AULA. El Hospital, Centro de Salud y Colegios estarán coordinados, establecerán canales de comunicación y trabajarán en EQUIPO para conseguir la DESDRAMATIZACIÓN Y NORMALIZACIÓN DE LA DIABETES.

En el Centro el Alumno con diabetes debe llevar siempre, su **KIT DE AUTOCONTROL**, que contiene:

- Glucómetro
- Tiras reactivas
- Lancetas
- Alimentos de hidratos de carbono de absorción rápida y absorción lenta
- Informe médico

El material del KIT DE AUTOCONTROL **SIEMPRE SERÁ PERSONAL Y NO COMPARTIDO.**

A) CENTRO ESCOLAR: MATERIAL EDUCATIVO SOBRE DIABETES.

El centro educativo dispondrá de Material para familiarizarse con la diabetes, y utilizarlo como material educativo de apoyo.

- ⇒ Protocolo sobre la actuación de la diabetes en el Centro Escolar.
- ⇒ Guía de SANIDAD: Lo que debes saber sobre la diabetes en la edad Pediátrica.
- ⇒ CD de Carol
- ⇒ Poster HIPERGLUCEMIA / Poster HIPOGLUCEMIA

El material educativo será facilitado por la enfermera educadora en diabetes infantil de H.G.U.C.R. que educa en diabetes al alumno de este centro.

B) CENTRO ESCOLAR: KIT DE AUTOCONTROL PARA SITUACIONES ESPECIALES

Será facilitado al Centro Escolar por los padres de Alumno. Siempre debe incluir:

1. Una unidad de glucagón localizable en el frigorífico del centro. **NUNCA EN EL CONGELADOR!!!!**
2. Alimentos que contienen Hidratos de carbono de absorción Rápida:
 - ⇒ Zumos de fruta (100 cc.) Que contengan 10 gr. De azúcar = 1 Ración
 - ⇒ Geles de glucosa
 - ⇒ Miel: 10 gr = 1 Ración
 - ⇒ 200 cc de leche desnatada = 1 Ración.

3. Alimentos que contienen hidratos de carbono de absorción Lenta:
 - ⇒ Galletas: 3 unidades = 1 Ración.
 - ⇒ Leche entera: 200 cc = 1 Ración
 - ⇒ Fruta: 1 Pieza = 1 Ración

El tutor del alumno/responsable del Centro, informará a los padres de la reposición necesaria de cualquiera de los componentes del KIT DE AUTOCONTROL para que siempre esté actualizado.

C) CÓMO ACTUAR ANTE LAS COMPLICACIONES AGUDAS:

HIPOGLUCEMIA (BAJADA) sucede cuando el nivel de glucosa en sangre **es inferior a 70 mg/dl**.

1

HIPOGLUCEMIA LEVE /MODERADA (el niño puede resolver esta situación, siempre acompañado de un adulto) **NO EXISTE ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA.**

SINTIMAS:

- ⇒ Sensación de hambre
- ⇒ Dolor de cabeza. Debilidad / cansancio
- ⇒ Sudoración fría y palidez
- ⇒ Cambio de carácter. Irritabilidad
- ⇒ Temblores y dolor abdominal

PLAN DE ACTUACIÓN:

1. Realizar glucemia capilar (La edad del alumno determinará su autonomía)
2. Tomar una ración de alimento con hidratos de carbono de absorción rápida:
 - 1 sobre de azúcar = 10 gramos = 1 Ración
 - 1 ración (100 cc) de zumo frutas **NO LIGHT!!!**
 - 1 ración (100 cc) de refresco o colas **NO LIGHT!!!**
 - 1 ración de gel o pastillas de glucosa.
 - 1 Vaso de leche desnatada
3. A los 15' realizar nuevo control de glucosa en sangre.
 - a) Si valores > 80 mg/dl → Tomar 1 ración de alimento de hidrato de carbono de absorción lenta para mantener glucemia.
 - b) Si valores < 80 mg/dl → Tomar 1/2 ó 1 ración de hidrato de carbono de absorción rápida y repetir control a los 15'. A continuación tomar 1 ración de hidrato de carbono de absorción lenta
 - 3 galletas María = 1 Ración
 - 1 pieza de fruta = 1 Ración
 - 20 gr de pan = 1 Ración
4. Informar a los padres del episodio de Hipoglucemia en el momento que el niño salga del colegio.

⇒ **Ante una hipoglucemia no dar alimentos que contengan grasas y proteína pues enlentecen su absorción y la hipoglucemia tarda más en solucionarse: Bollería, Chocolates, Pasteles.**

⇒ **Un niño con diabetes que tiene Hipoglucemia nunca debe dejarse solo, ya que puede perder la conciencia.**

⇒ **EL KIT DE AUTOCONTROL, debe tenerlo accesible, siempre a mano.**

2

HIPOGLUCEMICA GRAVE (Los síntomas inhiben la capacidad de reacción del niño y requiere la ayuda de un adulto)

SINTOMAS:

- ⇒ Dificultad para pensar o hablar. Ausencia de la capacidad para ingerir alimentos.
- ⇒ Irritabilidad.
- ⇒ Comportamientos extraños.
- ⇒ Visión borrosa.
- ⇒ Adormecimiento.
- ⇒ Mareo.
- ⇒ Alteración/pérdida de la conciencia.
- ⇒ Convulsiones.

PLAN DE ACTUACIÓN:

1. Administrar GLUCAGON, por vía intramuscular o subcutánea. Colocar al niño/adolescente sobre su lado izquierdo, para evitar que se ahogue si vomita. La dosis del glucagón, deben ser:
 - 1/4 de ampolla en menores de 2 años.
 - 1/2 de ampolla en edad de 2-7 años.
 - 1 Ampolla entera para mayores de 7 años.
2. Avisar a 112 y realizar glucemia capilar.
3. Avisar a los Padres del alumno.
4. NO DAR ALIMENTOS sólidos / Líquidos por boca para evitar atragantamiento o aspiración.
5. Cuando el niño recobre la conciencia dar hidratos de carbono de absorción lenta por boca para mantener.

- ⇒ Inyectar el GLUCAGON en MUSLO - NALGA O BRAZO.
- ⇒ Administrar el GLUCAGON es sencillo y no entraña ningún riesgo para el niño. Efectos secundarios: puede aparecer dolor de cabeza, náuseas y vómitos.
- ⇒ PREPARACIÓN DEL GLUCAGÓN: Antes de administrar el glucagón, mezclar el polvo y el líquido siguiendo las instrucciones del kit. Al reconstituirlo, la jeringa contiene glucagón en proporción (1mg en 1ml) REALIZAR LA TÉCNICA DEL GLUCAGÓN, SENTADO, PARA MAYOR SEGURIDAD



HIPERGLUCEMIA (SUBIDA) sucede cuando el nivel de glucosa en sangre **es superior a 180 mg/dl**.

1

HIPERGLUCEMIA CON VALORES > 180 mg/dl < 250 mg/dl

SÍNTOMAS:

- ⇒ Poliuria = Micciones frecuentes. Orinar más de lo habitual.
- ⇒ Polidipsia = Beber más de lo habitual
- ⇒ Polifagia = Hambre.
- ⇒ Cansancio.

PLAN DE ACTUACIÓN:

- ⇒ Hidratación con agua.
- ⇒ Realizar ejercicio suave.
- ⇒ Control de glucemia una hora después del último control.
- ⇒ Avisar a los padres si no desciende el nivel de glucemia.

2

HIPERGLUCEMIA CON VALORES > 250 mg/dl y TODOS los síntomas siguientes.

SÍNTOMAS:

- ⇒ Náuseas / vómitos
- ⇒ Dolor Abdominal
- ⇒ Aumento de la cantidad de orina
- ⇒ Sensación de sed por los líquidos que se pierden
- ⇒ Pérdida de apetito
- ⇒ Aliento característico con olor a manzana

PLAN DE ACTUACIÓN:

- ⇒ Avisar al 112 / El niño siempre estará acompañado de un adulto.
- ⇒ Avisar a los Padres que realizarán prueba de cuerpos cetónicos en sangre.
- ⇒ Hidratación con Agua si tolera
- ⇒ Reposo
- ⇒ NO REALIZAR EJERCICIO FÍSICO!!!!
- ⇒ Administrar insulina según informe médico (actuación por parte de los Padres / 112)

3

Hiperglucemia con valores > 250 mg/dl acompañada de alguno de los síntomas anteriores.

PLAN DE ACTUACIÓN: Avisar a los padres y en casa actuar según protocolo de hiperglucemia.

III.- OTRAS DISPOSICIONES Y ACTOS

Consejería de Educación, Cultura y Deportes

Resolución de 18/01/2017, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, por la que se acuerda dar publicidad al protocolo de actuación ante situaciones de acoso escolar en los centros docentes públicos no universitarios de Castilla-La Mancha. [2017/632]

La Resolución de 20/01/2006, de la Consejería de Educación y Ciencia, por la que se acuerda dar publicidad al protocolo de actuación ante situaciones de maltrato entre iguales en los centros docentes públicos no universitarios de Castilla-La Mancha, estableció por primera vez en nuestra Comunidad Autónoma una serie de actuaciones impulsadas desde el propio centro con el común objetivo de la promoción de la convivencia escolar.

El Decreto 3/2008, de 8 de enero, de la Convivencia escolar en Castilla-La Mancha, amparado en lo establecido en La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, modificada por la ley orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, establece el marco general por el que los centros docentes públicos y privados concertados no universitarios, en el ejercicio de su autonomía pedagógica y organizativa han de regular la convivencia escolar, y definir un conjunto de actuaciones y medidas para su promoción y mejora.

En estos últimos diez años, este protocolo ha servido para dar respuesta a determinadas situaciones que alteraban la convivencia en los centros; pero actualmente han surgido nuevas formas de acoso derivadas del uso de las redes sociales y una sensibilidad por parte de la sociedad hacia las distintas formas de discriminación, maltrato y acoso, que hacen necesaria la revisión del protocolo para actualizarlo y mejorarlo.

El acoso escolar requiere de una actuación inmediata y decidida por parte de la Comunidad Educativa en su conjunto. Una actuación que no ha de afectar solo al alumnado acosado, sino también al acosador, sin olvidarse de las personas que observan el hecho. Es por ello que la aplicación de este protocolo permitirá a los centros establecer actuaciones de sensibilización, prevención, detección, intervención y, si fuera necesario, derivación a otras instancias. Así pues, cada centro educativo deberá adaptar este protocolo a las características singulares del mismo a través de las Normas de Convivencia, Organización y Funcionamiento (NCOF).

El éxito de la aplicación de este protocolo parte del establecimiento de medidas de sensibilización y prevención del acoso escolar, haciendo partícipe a toda la Comunidad educativa de la mejora de la convivencia en el centro. Este protocolo pretende que los centros educativos tengan orientaciones claras sobre los pasos a dar así como garantizar la eficacia y diligencia en la aplicación de las actuaciones a realizar.

En cuanto al proceso de actuación ante una posible situación de acoso, se establece que tras la aplicación de las medidas inmediatas necesarias se recogerán en un Plan de actuación la planificación de las medidas a realizar a lo largo del proceso, incluido el seguimiento y la evaluación de las actuaciones realizadas. Para garantizar el adecuado desarrollo de estas medidas y la unificación de criterios y procedimientos, se facilitan a los centros modelos de documentos de trabajo sencillos y concretos.

Respecto a las medidas para prevenir la aparición de posibles situaciones de acoso escolar, se describen medidas preventivas tanto desde el ámbito institucional como desde los propios centros, incluyendo en estas últimas a todos los sectores de la comunidad educativa.

Por último, queda recogido en un documento de apoyo información dirigida a facilitar el proceso de identificación de posibles situaciones de acoso escolar así como también la legislación relacionada, enlaces a recursos y materiales de carácter institucional y posibles direcciones de interés para el conjunto de la comunidad educativa.

En el proceso de elaboración del presente protocolo se ha contado con el asesoramiento y colaboración tanto del Pleno como de la Comisión Permanente del Observatorio de la Convivencia Escolar de Castilla-La Mancha.

Por todo ello, y en virtud de las competencias atribuidas en el Decreto 85/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica y la distribución de competencias de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, resuelvo:

Primero. Objeto, ámbito de aplicación.

1. Ordenar la publicación del Protocolo de actuación ante situaciones de acoso escolar en los centros.
2. Los centros privado-concertados no universitarios deberán adaptar este protocolo para incluirlo en sus Normas de convivencia, organización y funcionamiento.
3. En los centros privados no sostenidos con fondos públicos será de obligada aplicación únicamente la parte correspondiente a recoger las denuncias e informar de la situación de acoso escolar de manera inmediata a la Inspección de educación.

Segundo. Contenido.

Esta resolución contiene los siguientes anexos:

1. Anexo I. Protocolo de Actuación ante situaciones de acoso escolar en los centros docentes públicos no universitarios de Castilla-La Mancha.
2. Anexo II. Medidas dirigidas a prevenir el acoso escolar.
3. Anexo III. Modelo de escrito de comunicación de hechos susceptibles de ser considerados acoso escolar.
4. Anexo IV. Modelo de acta de constitución de la Comisión de Acoso Escolar.
5. Anexo V. Modelo de ficha de Plan de Actuación.
6. Anexo VI. Documentos de apoyo al Protocolo de Actuación ante situaciones de acoso escolar en los centros docentes públicos no universitarios de Castilla-La Mancha.

Tercero. El protocolo de actuación será de aplicación en su integridad a partir del día siguiente al de la publicación de la presente resolución en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, en todos los centros docentes públicos no universitarios de la Comunidad de Castilla-La Mancha.

Toledo, 18 de enero de 2017

El Consejero de Educación, Cultura y Deportes
ÁNGEL FELPETO ENRÍQUEZ

Anexo I. Protocolo de acoso escolar para centros educativos sostenidos con fondos públicos no universitarios de Castilla-La Mancha.

Primero. Descripción

1. Se entiende por acoso escolar la situación en la que alumnos o alumnas, individualmente o en grupo, están expuestos, de forma repetida y prolongada en el tiempo, a través de diferentes formas de hostigamiento intencionado por parte de otros alumnos o alumnas; de manera que el alumnado acosado está en situación de inferioridad respecto al alumnado acosador. Dicho acoso escolar produce un desequilibrio en el alumnado acosado que le impide salir por sí mismo de la situación.

2. Existen diferentes formas de hostigamiento que pueden ser causa de acoso escolar:

2.1. Agresiones:

- Agresiones físicas directas que causen dolor en el alumnado acosado como pueden ser empujones, zancadillas, bofetones, puñetazos, patadas.

- Agresiones físicas indirectas como romper, esconder o sustraer objetos personales.

2.2. Verbal: Agresiones verbales y gestuales que buscan ofender al alumnado acosado, como pueden ser insultos, moteos, humillaciones, amenazas, burlas, obscenidades.

2.3. Social y psicológico: Sin agresión física o verbal, pueden existir conductas que busquen desequilibrar emocionalmente al alumno acosado, como pueden ser la exclusión, el aislamiento, la marginación social, la indiferencia, la superioridad, el chantaje, la calumnia, miradas de odio.

2.4. Sexual: Conductas de carácter sexual dirigidas al alumnado acosado sin su consentimiento.

e) Discriminatorias: Por condiciones de género, orientación o identidad sexual, origen étnico o cultural, religión, opinión.

2.5. "Ciberacoso": Cualquier forma de hostigamiento, humillación o violación de la intimidad a través del uso de tecnologías de la comunicación: internet, telefonía móvil, medios y redes sociales.

3. El acoso suele tener habitualmente un componente colectivo o grupal, en primer lugar, porque no se suele acosar individualmente, sino en grupo; y, en segundo lugar, porque el suceso suele ser conocido por otras personas, observadores, que no contribuyen con suficiente fuerza a que cese el acoso.

4. Así pues, existen diversos agentes implicados en el acoso escolar:

4.1. Alumnado acosado.

4.2. Alumnado acosador.

4.3. Personas observadoras.

4.4. Personas que ponen en conocimiento la situación.

Segundo. Identificación de la situación.

1. Cualquier miembro de la comunidad educativa (alumnado, profesorado, familias, personal no docente, instituciones o entidades colaboradoras, etc...) que tenga conocimiento de una situación que pudiera derivar en acoso escolar en los términos previstos en el apartado anterior, tiene el compromiso ciudadano de ponerla en conocimiento del equipo directivo. Cuando la persona que comunica la situación decide hacerlo por escrito, el responsable de la dirección del centro le facilitará y/o utilizará el Anexo correspondiente para la recogida inicial de información.

2. Para ello, el centro debe establecer dentro de sus NCOF, canales de comunicación directa con el equipo directivo, a través de la tutora o el tutor, de un buzón de sugerencias, de un correo electrónico específico sobre cuestiones relacionadas con la convivencia escolar o por cualquier otra vía.

3. El centro educativo deberá garantizar siempre y en todo lugar los siguientes principios:
- 3.1. Protección: el objetivo primero es asegurar la integridad física y seguridad personal de la posible víctima.
 - 3.2. Intervención eficaz: ante hechos violentos detectados se debe intervenir siempre, de forma eficaz y rápida, pero no precipitada. La respuesta educativa contemplará dos tipos de medidas educativas: las reparadoras y, si procede, las disciplinarias.
 - 3.3. Discreción y confidencialidad: la dirección del centro garantizará en todo momento que exclusivamente tengan conocimiento de los hechos, circunstancias, identidad de los implicados y actuaciones a realizar las personas y profesionales estrictamente necesarios para la correcta aplicación del presente protocolo.
 - 3.4. Intervención global: la intervención educativa se extenderá a todo el alumnado y agentes implicados.
 - 3.5. Prudencia, empatía y sensibilidad: las intervenciones tendrán en cuenta que este problema genera mucho sufrimiento, tanto en las familias como en el alumnado acosado.
 - 3.6. Responsabilidad compartida: entendida como el compromiso, la implicación y la participación activa de todos los miembros de la comunidad educativa en la creación de un clima de convivencia escolar adecuado.

Tercero. Constitución de la Comisión de acoso escolar:

1. Conocidos los hechos que indiquen un indicio razonable de acoso escolar, el responsable de la Dirección del centro educativo constituirá una Comisión de acoso escolar lo antes posible, nunca más tarde de 48 horas.
2. La Comisión de acoso escolar tendrá un funcionamiento independiente de la Comisión de Convivencia del Consejo escolar y estará integrada por:
 - 2.1. Un miembro del equipo directivo.
 - 2.2. La orientadora o el orientador educativo del centro.
 - 2.3. Un miembro del equipo docente del centro.

Cuarto. Medidas inmediatas a adoptar por el centro educativo

1. El responsable de la dirección del centro, a propuesta de la Comisión de acoso escolar, adoptará las medidas inmediatas necesarias para proteger al alumnado implicado, informando a las familias afectadas. Entre estas medidas se incluirán:
 - a) Medidas que garanticen la inmediata seguridad del alumnado acosado: incremento de las medidas de observación de las zonas de riesgo, acompañamiento y atención al alumnado.
 - b) Medidas cautelares dirigidas al alumnado acosador, previa entrevista u observación inicial: restricción del uso de determinados espacios y recursos del centro, incremento de las medidas de vigilancia; sin menoscabo de la aplicación de las correspondientes medidas recogidas en las normas de convivencia, organización y funcionamiento del centro.
 - c) Medidas dirigidas a esclarecer los hechos a trabajar con el resto de alumnado, que se realizarán desde un enfoque de no inculpación y entre las que se podrá contemplar la realización de entrevistas con carácter preventivo o terapéutico.
2. Inmediatamente, la directora o el director del centro educativo, informará vía telefónica y por escrito a la inspectora o el inspector de educación de referencia del centro, en adelante Inspección educativa, de los hechos acontecidos, de la constitución de la Comisión de acoso escolar y de las medidas inmediatas adoptadas por el centro. Para ello utilizará el modelo incluido en el anexo IV "Constitución de la Comisión de acoso escolar".
3. En un plazo máximo de 24 horas desde la constitución de la Comisión de acoso escolar, el responsable de la dirección del centro, informará a las familias o tutores legales del alumnado implicado, garantizando la confidencialidad y poniendo de manifiesto la provisionalidad de las conclusiones, así como de las medidas inmediatas adoptadas por el centro. Esta información se llevará a cabo a través de una entrevista de la cual se levantará acta.

Quinto. Elaboración del Plan de actuación

A propuesta de la Comisión de acoso escolar, la persona responsable de la dirección, elaborará y aplicará un Plan de actuación del que informará a la Comisión de Convivencia del Consejo escolar y a la Inspección educativa.

Este plan tendrá la siguiente estructura:

I.- Recogida y análisis de información

1. La Comisión de acoso escolar constituida para este caso concreto recabará información de:

- Alumnado acosado.
- Alumnado acosador.
- Alumnado observador.
- Persona, personas o entidades que ponen en conocimiento del centro la situación.
- Familias del alumnado implicado.
- Profesorado del alumnado implicado.
- Compañeras y compañeros del alumnado implicado.
- Otras u otros profesionales no docentes que tengan contacto con el alumnado implicado: cuidadores del comedor, acompañantes del transporte escolar, monitores de actividades extracurriculares, ordenanzas, etc.
- Otras u otros profesionales externos al centro que tengan relación con el alumnado implicado: Trabajadoras o trabajadores sociales, psicólogas o psicólogos, etc.

En las entrevistas a realizar en el proceso de recogida de información participarán los miembros de la Comisión de acoso escolar necesarios en función de la gravedad y circunstancias de los hechos a analizar, y se garantizará en todo momento el anonimato de los menores implicados.

De las entrevistas realizadas, los miembros de la Comisión de acoso escolar levantarán el acta correspondiente.

2. La comisión analizará y contrastará la información recibida teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- 2.1. La correcta aplicación de las normas de protección de datos y privacidad de la información en Internet por parte del alumnado.
 - 2.2. La obtención de los consentimientos informados para el acceso a dispositivos, información personal relevante, redes sociales o herramientas de comunicación del alumnado implicado en los casos que se considere necesario y la gravedad de la situación lo requiera.
 - 2.3. En las comunicaciones necesarias con el alumnado acosado, se contemplará la posibilidad de hacerlo en lugar y tiempo distintos al marco escolar. En todo caso se ha de garantizar la discreción y confidencialidad.
 - 2.4. La custodia y protección de la información documental obtenida.
 - 2.5. La petición de asesoramiento a Unidades de Investigación Tecnológica de la Policía o de la Fiscalía sobre la forma de proceder en los casos que pueda ser necesario, así como a otros servicios, entidades o instituciones.
 - 2.6. La no contaminación de los procedimientos administrativos y judiciales que pudieran iniciarse en un futuro teniendo en cuenta que, en el caso de abusos sexuales, una entrevista a las implicadas o los implicados podría ser un impedimento.
- 3.- Del análisis de la información recogida se establecerá la existencia o no de una situación acoso escolar, así como el tipo y gravedad de los hechos y sus posibles consecuencias, procediendo a la aplicación de cuantas medidas se considere necesarias.

II.- Medidas.

El Plan de actuación incluirá medidas que garanticen un tratamiento individualizado del alumnado implicado, sin perjuicio de las medidas de carácter disciplinario que, con el procedimiento legal establecido, se apliquen. Estas medidas deben ir dirigidas a los diferentes implicados:

1. Alumnado acosado:

- 1.1. Actuaciones de apoyo y protección expresa o indirecta.
- 1.2. Programa de atención y apoyo social.
- 1.3. Tutoría individualizada.
- 1.4. Derivación y seguimiento a servicios o unidades de intervención de las Consejerías competentes en materia de familia menores y/o sanidad cuando sea preciso.

2. Alumnado acosador:

- 2.1. Aplicación de las medidas correctoras establecidas en las NCOF.
- 2.2. Aplicación de medidas reeducadoras: Tutoría individualizada, pautas para la mejora de habilidades sociales, autorregulación de la conducta, el trabajo de las emociones y sentimientos, la autocritica y la mejora personal, etc.
- 2.3. Derivación y seguimiento a servicios o unidades de intervención de las Consejerías competentes en materia de familia y menores y/o sanidad cuando sea preciso.

3. Comunicante de la situación:

- 3.1. Garantizarle su anonimato en un futuro.
- 3.2. Reconocimiento de la importancia de su actuación para poder realizar la intervención.

4. Alumnado observador:

- 4.1. Sensibilización.
- 4.2. Programas de habilidades de comunicación y empatía.
- 4.3. Programas de apoyo entre compañeros.
- 4.4. Círculo de amigos u otros métodos análogos.
- 4.5. Aplicación de medidas correctoras con el alumnado observador que haya podido contribuir a la situación de acoso.
- 4.6. Derivación y seguimiento a servicios o unidades de intervención de las Consejerías competentes en materia de familia y menores y/o sanidad cuando sea preciso.

5. Familias:

- 5.1. Orientaciones sobre cómo ayudar a sus hijas e hijos, tanto si son acosados como acosadores.
- 5.2. Coordinación de forma más estrecha todo el proceso socioeducativo de sus hijas e hijos.
- 5.3. Establecimiento de compromisos con familias.
- 5.4. Información sobre posibles apoyos externos y seguimiento de los mismos: servicios de apoyo a familias, ayuda e intervención psicológica o ayuda médica.
- 5.5. Derivación y seguimiento a servicios o unidades de intervención de las Consejerías competentes en materia de familia y menores y/o sanidad cuando sea preciso.

6. Profesionales del centro educativo:

- 6.1. Orientaciones para manejar las clases durante todo el proceso y cómo hacer el seguimiento.
- 6.2. Orientación sobre indicadores de detección e intervención.
- 6.3. Orientaciones sobre el desarrollo de habilidades socio-emocionales.
- 6.4. Pautas sobre el manejo de situaciones que alteren la convivencia.
- 6.5. Pautas para mejorar la convivencia dentro del aula desde un enfoque positivo y proactivo.

6.6. Impulso de acciones formativas para el profesorado, relacionadas con la convivencia y el acoso escolar.

Cuando la excepcionalidad de las medidas a adoptar lo requiera la dirección del centro podrá solicitar asesoramiento a la Inspección de Educación.

III.- Conclusiones

El Plan de Actuación debe incluir un apartado de conclusiones que contemplará, al menos, las siguientes cuestiones:

1. Valoración del tipo y gravedad de los hechos analizados.

2. Medidas adoptadas:

2.1. Medidas de protección adoptadas para el alumnado acosado

2.2. Medidas sancionadoras, correctoras y reeducadoras adoptadas con el alumnado acosador.

2.3. Medidas adoptadas y/o actuaciones realizadas con el alumnado observador.

2.4. Medidas adoptadas y/o actuaciones realizadas con las familias y los profesionales implicados.

3. Servicios, entidades y/o instituciones a las que se deriva el caso, si procediera.

4. Procedimientos para realizar el seguimiento de las medidas adoptadas: La Comisión de Acoso Escolar incluirá en su Plan de Actuación la previsión de actuaciones a realizar con las diferentes personas o grupos implicados en el desarrollo del proceso para garantizar el adecuado seguimiento de las medidas adoptadas.

El Plan de Actuación será elaborado en base al modelo del anexo “Plan de actuación” y será remitido a la Inspección educativa en un plazo no superior a 30 días lectivos desde la constitución de la Comisión de acoso escolar.

Sexto. Información a las familias.

1. El profesorado responsable de la tutoría de los grupos del alumnado implicado, junto con el miembro del equipo directivo de la Comisión de acoso escolar, y con el asesoramiento de la orientadora o del orientador educativo del centro, informarán nuevamente a las familias de las actuaciones o medidas acordadas, tanto las de carácter individual llevadas a cabo con el alumnado afectado, como las de carácter general propuestas para los grupos afectados o el centro en su conjunto.

Cuando una de las medidas a adoptar sea la derivación a algún servicio o unidad de intervención de las Consejerías competentes en materia de protección de menores y/o sanidad se informará a la familia del procedimiento para iniciar la intervención.

2. A las familias del alumnado agresor se les informará expresamente, además, de las consecuencias que pueden derivarse, tanto para ellas como para sus hijas e hijos, en caso de reiteración de conductas constitutivas de acoso escolar. De esta información quedará constancia por escrito a través de un acta.

Séptimo. Derivación a otras instancias.

1. La Inspección de Educación, de acuerdo con la información facilitada por la Dirección del centro, evaluará el caso y propondrá a la Directora o al Director Provincial de Educación, Cultura y Deportes correspondiente el traslado de los hechos a la Fiscalía de Menores cuando la gravedad de los mismos así lo requiera.

2. No obstante, deberá tenerse en cuenta que cuando el alumnado acosador sea menor de catorce años, no les es exigible responsabilidad penal. Estos casos deberán ponerse en conocimiento de la Consejería competente en materia de protección de menores.

3. Se realizarán todas las actuaciones que pueda solicitar, en su caso, el Ministerio Fiscal o cualquier otra Institución legalmente competente. De estas actuaciones deberá quedar constancia documental en el centro.

Octavo. Evaluación y seguimiento.

1. La directora o el director del centro evaluará la eficacia de las medidas llevadas a cabo e informará oportunamente de los resultados de dicha evaluación a las familias implicadas y a la Comisión de Convivencia del Consejo escolar del centro.

2. La Dirección del centro es la competente para la adopción de las medidas, y se responsabilizará de informar periódicamente a la Inspección educativa y al Consejo escolar del grado de cumplimiento de las mismas y de la situación escolar del alumnado implicado.

Anexo II. Medidas dirigidas a prevenir el acoso escolar.

Los centros educativos deben ejercer la responsabilidad de prevenir y detectar las situaciones de acoso escolar, y para ello, la administración educativa tiene el compromiso de facilitar, promover y articular los recursos necesarios para que estas actuaciones se realicen de forma adecuada.

Primero. Medidas de carácter general para prevenir el acoso escolar

1. Campañas enfocadas al rechazo de conductas de acoso.
2. Guía de recursos educativos para sensibilizar y concienciar contra los malos tratos en la escuela para el profesorado y para las familias.
3. Decálogo del buen uso de las tecnologías de la comunicación y redes sociales para adolescentes.
4. Convocatoria de Premios a Proyectos de Innovación sobre prevención del acoso escolar, para su posterior difusión en el resto de centros.
5. Formación del profesorado y de todos los integrantes de la Comunidad Educativa.
6. Desarrollo de un manual de intervención en el acoso escolar con una definición clara de las funciones del docente y del Equipo directivo ante una situación de acoso escolar.
7. El impulso del aprendizaje cooperativo y de las buenas prácticas relacionadas con la mejora de la convivencia en los centros como son las Comunidades de aprendizaje y los centros sujetos al programa MUS-E.
8. Creación de una Unidad de convivencia a nivel regional junto a la de atención al profesorado.
9. Puesta en marcha de actuaciones en colaboración con la Consejería de Bienestar Social: Línea de atención a la infancia y adolescencia, programas de atención especializada a menores y familias y desarrollo de campañas regionales.

Segundo. Medidas preventivas a nivel de centro

1. Para concretar estas actuaciones de carácter general, cada centro educativo debe recoger en el Proyecto Educativo y en la Programación General Anual las actuaciones a realizar para prevenir y detectar las posibles situaciones de riesgo de aparición de acoso escolar. En este sentido, dentro de estas actuaciones podrán ser incluidas las siguientes:
 - 1.1. Desarrollo de medidas dirigidas a potenciar la puesta en marcha de programas de mediación, ayuda entre iguales y resolución positiva de conflictos.
 - 1.2. Planificación y coordinación de actuaciones para la prevención y detección de situaciones de riesgo del acoso escolar, desde la tutoría y áreas o materias del currículo.
 - 1.3. Diseño de un plan de actividades, para aplicar durante el tiempo del recreo, para favorecer la mejora de la convivencia.
 - 1.4. Organización de actividades colectivas de dinámicas de cohesión de grupo.
 - 1.5. Fomento la realización de actividades que potencien en el conjunto de la comunidad educativa el sentimiento de pertenencia al centro escolar: excursiones tutoriales, actividades culturales y deportivas, jornadas de convivencia, etc.
 - 1.6. Desarrollo de campañas de sensibilización, a través de la tutoría, incluyendo la participación de determinadas instituciones y entidades.
 - 1.7. Difusión de los derechos y deberes del alumnado, en los términos que recoge la legislación vigente en materia de menores.

2. Gestión y mejora de la convivencia y prevención del acoso escolar.

2.1. Los centros educativos, en el ejercicio de su autonomía, podrán asignar al profesorado del centro funciones de apoyo a la convivencia. Entre las funciones a desempeñar por este profesorado se podrán incluir:

- Canalizar y colaborar en la planificación y desarrollo de las actuaciones de sensibilización en materia de convivencia y prevención de acoso escolar.
- Participar en la realización de tareas de análisis y mejora del clima de convivencia.
- Intervenir y colaborar como miembros de la Comisión de acoso escolar en los casos que la dirección del centro determine.
- Realizar actuaciones de tutoría individualizada.
- Formular propuestas de formación en materia de convivencia para incluir en el plan de formación del centro.

Las actuaciones a desarrollar por el profesorado con estas funciones serán coordinadas por Jefatura de estudios, con el asesoramiento del responsable de orientación educativa del centro.

2.2. La Comisión de Convivencia del Consejo Escolar: tiene la responsabilidad de canalizar las iniciativas de todos los sectores de la comunidad educativa para fomentar la mejora de la convivencia. Al finalizar el curso escolar, esta comisión elaborará un informe, que será incluido en la Memoria anual del Centro, en el que se recoja el análisis y seguimiento de las actuaciones realizadas en materia de prevención, detección e intervención en situaciones de acoso escolar durante el curso escolar.

3. Apoyo y colaboración de otros profesionales, entidades o instituciones: los centros educativos podrán contar con la colaboración de otros agentes para el adecuado desarrollo del plan de convivencia.

4. Formación del profesorado relacionada con la convivencia y el acoso escolar: los centros educativos incluirán dentro de sus respectivos planes de formación actuaciones dirigidas a dotar al profesorado de recursos y herramientas para gestionar y promover de forma adecuada la convivencia en las aulas. Entre estas actuaciones se incluirán:

- Orientaciones para manejar las clases durante todo el proceso y cómo hacer el seguimiento de las actuaciones derivadas de la aplicación del protocolo de acoso escolar.
- Orientación sobre indicadores para la detección e intervención en situaciones de acoso escolar.
- Orientaciones sobre el desarrollo de habilidades socio-emocionales.
- Pautas sobre el manejo de situaciones que alteren la convivencia.
- Pautas para mejorar la convivencia dentro del aula desde un enfoque positivo y proactivo.
- Recursos para incorporar a su práctica docente la prevención del acoso escolar.

Anexo III. Comunicación de hechos susceptibles de ser considerados acoso escolar.

Centro:	
Localidad:	Teléfono:

Origen de la comunicación:		
	Familia	Alumna/o agredido
	Profesorado del centro	Compañeros
	Tutor/a	Personal no docente
	Equipo de Apoyo a la Convivencia	Otros:

Nombre del comunicante:

(Si fuese necesario preservar la identidad del comunicante esta anexo será cumplimentado por el director del centro)

Datos de la posible víctima			
Nombre:		Grupo:	Fecha Nacimiento

Descripción de los hechos:	

Datos del alumnado presuntamente implicado en la situación de acoso:

Nombre:		Grupo:	

Información complementaria relevante:	

El abajo firmante declara que los hechos descritos son absolutamente ciertos y que se han descrito de la forma más precisa posible, incluyendo toda la información relevante sobre los mismos.

En a de de

Fdo: Director/a del centro.

Fdo: Persona que comunica la situación

Anexo IV. Constitución de la Comisión de acoso escolar.

Centro:	Código de centro:
Localidad:	Teléfono:
Responsable de la dirección:	

Componentes de la Comisión de Acoso Escolar	
Miembro Directivo:	Equipo
Orientador/ Orientadora:	
Docente:	

Datos de la posible víctima				
Nombre:		Grupo:		F. de Nacimiento
Datos del alumnado presuntamente agresor:				
Nombre:		Grupo:		F. de Nacimiento
Nombre:		Grupo:		F. de Nacimiento
Nombre:		Grupo:		F. de Nacimiento
Nombre:		Grupo:		F. de Nacimiento

Información disponible:
Se adjunta Anexo I: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Medidas inmediatas adoptadas:	
Con el posible alumna/o acosado:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Incremento de las medidas de observación de las zonas de riesgo: <input type="radio"/> Acompañamiento: indicar responsables: <input type="radio"/> Otras:
Con el supuesto alumnado acosador:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Restricción de uso de determinados espacios y/o recursos del centro: <input type="radio"/> Incremento de las medidas de vigilancia. <input type="radio"/> Otras:
Otras medidas:	

En , a de de

Fdo: Director/a del centro.

Anexo V. Plan de actuación

A.- Proceso de recogida y análisis de información.

1.1.- Entrevistas realizadas:

Persona/s entrevistada	Fecha	Asuntos tratados	Asistentes
Familia del alumnado acosado			
Alumnado acosado			
Familias del alumnado acosador			
Alumnado acosador			
Profesorado del alumnado implicado			
Alumnado observador			
Compañeros del alumnado implicado			
Otros/as profesionales			
Otros agentes implicados			

1.2.- Presencia de indicadores de acoso escolar: A la vista de la información recabada por la Comisión de Acoso Escolar constituida para este fin, se identifican los siguientes indicadores de hostigamiento que pueden causar acoso escolar:

	Descripción	Frecuencia (Puntual/ Repetido)
Agresiones físicas -Directas -Indirectas		
Agresiones Verbales		
Maltrato psicológico		
Exclusión social		
Acoso o abuso sexual		
Discriminación		
“Ciberacoso”		

1.3.- Localización de las agresiones:

Localización de las agresiones	Fechas	Presencia de observadores
En la clase		
En los cambios de clase		
En el patio		
En los pasillos		
En los aseos		
En el comedor		
En el gimnasio/vestuarios		
En el autobús		
Entradas/salidas del centro		
Fuera del centro por alumnos del centro		
Fuera del centro por personas ajenas		
A través de medios tecnológicos.		
Otros		
Información adicional:		

1.4.- Valoración de los hechos analizados: una vez realizado el proceso de recogida de información, la comisión realiza la siguiente valoración de los hechos:

Hostigamiento repetido y prolongado en el tiempo.
Desequilibrio de poder de la víctima que le impide salir por sí misma de la situación.
Situación de inferioridad del alumnado acosado respecto al alumnado acosador.
Información adicional respecto a la gravedad de los hechos y sus posibles consecuencias:

B.- Medidas adoptadas. A la vista de la información recogida y la valoración realizada, la Comisión de Acoso Escolar propone a la dirección del centro la adopción de las siguientes medidas:

Alumnado acosado	<ul style="list-style-type: none"> -Actuaciones de apoyo y protección expresa o indirecta. -Programa de atención y apoyo social. -Tutoría individualizada -Derivación a otros servicios (especificar):
Alumnado agresor	<ul style="list-style-type: none"> -Medidas disciplinarias de aplicación en función de las NCOF. -Incremento de las medidas de vigilancia. -Medidas reeducadoras: Tutoría individualizada, pautas para la mejora de habilidades sociales,... -Derivación a otros servicios (especificar):
Observadores	<ul style="list-style-type: none"> -Pautas para la mejora de habilidades sociales. -Programas de apoyo entre compañeros. -Aplicación de medidas correctoras con el alumnado observador implicado: -Sensibilización. -Derivación a otros servicios (especificar):
Familia del alumna/o acosado	<ul style="list-style-type: none"> -Orientaciones sobre cómo ayudar a sus hijas e hijos. -Derivación a otros servicios (especificar): -Otras:
Familia del alumna/o acosador	<ul style="list-style-type: none"> -Establecimiento de compromisos con familias. -Información sobre posibles apoyos externos (especificar): -Derivación a otros servicios (especificar): -Otras:
Profesionales del centro educativo	<ul style="list-style-type: none"> -Orientaciones para la intervención con los grupos de alumnos durante el proceso. -Orientación sobre indicadores para la detección y seguimiento. -Otras:
Información complementaria:	

C.- Servicios, entidades y/o instituciones a las que se deriva el caso:

La frecuencia e intensidad de las conductas descritas hace que se considere necesario:

- Derivar a y/o a su familia a otras instituciones o asociaciones con objeto de recibir una atención especializada: AMFORMAD; USMIJ; servicios sociales u otros.
- Solicitar al Servicio de Inspección el cambio de centro para
- Solicitar a la Dirección Provincial la derivación del caso a la Fiscalía de Menores (para alumnado con más de 14 años)
- Solicitar a la Dirección Provincial la derivación del caso a la Consejería competente en materia de protección de menores (para alumnado menor de 14 años).
- No se considera necesario derivar a ningún servicio o entidad el caso.

D.- Procedimientos para realizar el seguimiento de las medidas adoptadas.

A continuación se indican las fechas previstas para realizar las correspondientes entrevistas y/o actuaciones de seguimiento.

	Fecha prevista
Familia del alumna/o acosado	
Alumno/a acosado	
Tutor/a y equipo docente	
Familia del alumno	
Alumnado acosador	
Otros agentes implicados	
Información a la Comisión de Convivencia del Consejo Escolar	

E.- Observaciones:

En , a de de

Fdo.: Miembro del equipo directivo de la Comisión

Anexo VI. Documentos de apoyo al protocolo de actuación ante situaciones de acoso escolar en centros educativos sostenidos con fondos públicos no universitarios de Castilla-La Mancha.

A. Comportamientos susceptibles de ser considerados acoso escolar:

1. Bloqueo Social o Exclusión Social.

Comportamientos relacionados con: prohibiciones de jugar con un grupo, de hablar o comunicar con otros, de que nadie hable o se relaciones con él o ella; meterse con la víctima para hacerle llorar para mostrarle como alguien débil, indefenso, estúpido, etc.; ningunearlo, tratarlo como si no existiera, aislarlo, impedir su participación en juegos o actividades.

Sentimiento por parte de la víctima de que nadie le habla o nadie quiere estar con él o ella, que los demás le excluyen sistemáticamente de los juegos o actividades

2. Hostigamiento y acoso psicológico.

Manifestaciones de desprecio, falta de respeto y de consideración con la dignidad del menor: desprecio, odio, ridiculización, burla, menoscenso, mote, crueldad, manifestación gestual de desprecio o imitación burlesca.

3. Manipulación por distorsión de la imagen social de la víctima.

Presentar una imagen negativa de la víctima poniendo en el punto de mira todo lo que hace o dice utilizándolo para inducir el rechazo de otros.

4. Coacciones.

Conductas que pretenden ejercer dominio y sometimiento de la voluntad de la víctima, provocando que realice acciones contra su voluntad

5. Intimidación, chantaje y amenazas.

Conductas que persiguen provocar miedo, obtener algún objeto o dinero u obligar a la víctima a hacer algo que no quiere hacer, amilanando, amedrentando mediante acciones de intimidación, amenaza, hostigamiento físico intimidatorio, acoso a la salida del centro escolar; etc.

6. Amenazas.

Conductas que buscan atemorizar mediante las amenazas contra la integridad física del menor o de su familia, o mediante la extorsión

7. Agresiones.

7.1. Agresiones físicas: directas (peleas, golpes, palizas, empujones...) o indirectas (pequeños hurtos, destrozo de pertenencias, provocaciones...).

7.2. Agresiones verbales: directas (insultos a la víctima y/o su familia, ofender poniendo en evidencia características distintivas de la víctima, menoscenso en público) o indirectas (hablar mal de alguien, sembrar rumores y mentiras). Últimamente se está utilizando el teléfono móvil y el correo electrónico como vía para este tipo de maltrato.

8. Discriminación por motivos de género, raza, identidad sexual, orientación sexual, capacidad u otras características diferenciales del ser humano: usar mote racistas, sexistas, homófobos, tránsfobos o frases estereotipadas despectivas.

9. Acoso sexual: alusiones o agresiones verbales obscenas, tocamientos o agresiones físicas.

B. Legislación relacionada

1. Normativa aplicable.

1.1. Constitución Española de 1978

1.2. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

1.3. Ley Orgánica 5/2000, 13 de noviembre, de Responsabilidad Penal del Menor

1.4. Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia en Castilla – La Mancha

2. Derechos y deberes de los y las menores.

En el tema que ocupa, es imprescindible hacer referencia a derechos fundamentales reconocidos en nuestra Constitución como son el derecho a la vida y a la integridad física y moral, el derecho al honor a la intimidad y a la propia imagen, así como a los derechos de libertad de pensamiento, conciencia y religión y de expresión. Derechos todos ellos en su conjunto, o considerados individualmente, que cuentan con una especial protección a través de un procedimiento regulado en el artículo 53.2 de la norma constitucional. La Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia en Castilla – La Mancha hace mención expresa de los mismos, estableciendo en el artículo 3 cómo criterio de actuación administrativa la inclusión en las políticas de atención y protección a la infancia y la adolescencia las actuaciones necesarias para hacer efectivos sus derechos.

El Capítulo II de la legislación autonómica, denominado Deberes y responsabilidades de los menores, aparte de las obligaciones que la legislación civil impone a los menores de edad, hace referencia a deberes de ciudadanía que los menores de edad deben observar y respetar en sus relaciones entre ellos, con otras personas, con la familia y con las instituciones.

3. Responsabilidad penal de los y las menores.

a) Hasta los 14 años, los menores son inimputables penalmente (La Ley Orgánica 5/2000, 13 de noviembre, de Responsabilidad Penal del Menor, en su artículo 3 establece que “no se le exigirá responsabilidad con arreglo a la presente Ley, sino que se le aplicará lo dispuesto en las normas sobre protección de menores previstas en el Código Civil y demás disposiciones vigentes”).

b) De 14 a 18 años les rige la Ley Orgánica 5/2000, 13 de noviembre, de Responsabilidad Penal del Menor, que, en su artículo 1 determina que: “Esta Ley se aplicará para exigir la responsabilidad de las personas mayores de catorce años y menores de dieciocho por la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o las leyes penales especiales”.

c) En el caso de menores infractores, la Consejería de Bienestar Social a través de la Dirección General de las Familias y Menores tiene atribuida la competencia en materia de ejecución de las medidas previstas en la legislación estatal vigente reguladora de la responsabilidad penal de los menores, supervisando el cumplimiento de las medidas impuestas por el órgano judicial, por sí misma o a través de Entidades públicas o privadas.

d) Los criterios específicos de actuación administrativa en materia de ejecución de medidas judiciales se regulan en el Título VI Capítulo I de la Ley 5/2014 y persiguen la reinserción social como objetivo fundamental en las intervenciones, además de las actuaciones preventivas como eje fundamental de actuación, y las intervenciones tendentes a lograr la conciliación y la reparación entre el menor y la víctima, en los términos que establece la legislación vigente, mediante la asistencia en las funciones de mediación y de supervisión de las tareas socioeducativas y de reparación a la víctima en su caso.

4. Deber de comunicar.

a) En principio, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en su artículo 13, establece la obligatoriedad de todos los ciudadanos de comunicar una situación posible de malos tratos a una persona menor de edad: “Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos....”; y el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal establece que “Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal Competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante” (con carácter general, el Artículo 259 de la misma Ley establece la obligación de denunciar al que presenciare la perpetración de cualquier delito público).

b) Por otra parte, en el caso de no denunciar un delito un menor que entrara en el ámbito de aplicación de la Ley Orgánica 5/2000 citada (es decir, entre los 14 y 18 años), tendría la obligación impuesta en el artículo 450 del vigente Código Penal: “El que, pudiendo hacerlo con su intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que

afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida, y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos, salvo que al delito no impedito le correspondiera igual o menor pena, en cuyo caso se impondrá la pena inferior en grado a la de aquél. 2. En las mismas penas incurrirá quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o a sus agentes para que impidan un delito de los previstos en el apartado anterior y de cuya próxima o actual comisión tenga noticia.”

C. Enlaces a materiales y recursos institucionales de apoyo a la prevención y actuación ante casos de acoso escolar.

1. Materiales y recursos del Portal de Educación de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha: <http://www.educa.jccm.es/es/sistema-educativo/orientacion-convivencia-atencion-diversidad/convivencia>

2. Materiales y recursos relacionados con el programa #TúCuentas (Programa de sensibilización, prevención, detección y atención ante situaciones de acoso y ciberacoso desarrollado por la Consejería de Bienestar Social en coordinación con la Consejería de Educación, Cultura y Deportes):

- Teléfono habilitado para la atención en situaciones de acoso y ciberacoso: 116 111 (línea de atención al menor).
- Página web: www.frentealbullyingtucuentas.es
- Correo electrónico: tucuentas@jccm.es

D. Direcciones de interés.

Consejería y Direcciones Provinciales de Educación, Cultura y Deportes.

- Consejería de Educación, Cultura y Deportes. Dirección General de Programas, Atención a la Diversidad y Formación Profesional.

Bulevar del Río Alberche s/n; 45071 Toledo.

Teléfono: 925 247 400

- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Albacete.

Av/ de la Estación, 2; C.P. 02001

Teléfono: 967 596 300

- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Ciudad Real.

Av/ de Alarcos, 21; C.P. 13071

Teléfonos: 926 279 124 / 926 279 071 / 926 279 072

- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Cuenca.

Av/ de la República Argentina, 16; C.P. 16002

Teléfono: 969 176 300

- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Guadalajara.

C/ Juan Bautista Topete 1y3; C.P. 19071

Teléfono: 949 887 900

- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Toledo.

Av/ de Europa 26; C.P. 45003

Teléfono: 925 259 600

Consejería y Direcciones Provinciales de Bienestar Social.

- Consejería de Bienestar Social. Dirección General de Familias y Menores Avda. / de Francia, 4; 45071 Toledo.

Teléfono: 925 287 096

- Dirección Provincial de Bienestar Social de Albacete.

Paseo Pedro Simón Abril, 10; 02071 Albacete

Teléfono: 967 558 000

- Dirección Provincial de Bienestar Social de Ciudad Real.

C/ Paloma, 21; 13071 Ciudad Real

Teléfono: 926 276 200

- Dirección Provincial de Bienestar Social de Cuenca.

C/ Lorenzo Hervás y Panduro, 1; 16071 Cuenca
Teléfono: 969 176 800
- Dirección Provincial de Bienestar Social de Guadalajara.
C/ Julián Besteiro, 2; 19071 Guadalajara
Teléfono: 949 885 800
- Dirección Provincial de Bienestar Social de Toledo.
C/ Río Guadalmena, 2; 45071 Toledo
Teléfono: 925 269 069

Direcciones Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha.
- Dirección Provincial del Instituto de la Mujer de Albacete
C/ Feria, 7-9, 02071, Albacete.
abmujer@jccm.es
- Dirección Provincial del Instituto de la Mujer de Ciudad Real
C/ Paloma, nº 9, 13071, Ciudad Real.
institutomujercr@jccm.es
- Dirección Provincial del Instituto de la Mujer de Cuenca
C/ Hervás y Panduro, nº 1, 16071, Cuenca.
instituto.mujer.cu@jccm.es
- Dirección Provincial del Instituto de la Mujer de Guadalajara
C/ Juan Bautista Topete, 1 y 3, 19071, Guadalajara.
institutomujerguadalajara@jccm.es
- Dirección Provincial del Instituto de la Mujer de Toledo
Pza. Santiago de los Caballeros, 5, 45071, Toledo.
institutomujertoledo@jccm.es

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
DIRIGIDO A MENORES
SOBRE IDENTIDAD
Y EXPRESIÓN
DE GÉNERO**



Castilla-La Mancha

1. INTRODUCCIÓN.

Marco jurídico

2. ACUERDO DE COORDINACIÓN ENTRE ADMINISTRACIONES

3. PRINCIPIOS GENERALES DE ACTUACIÓN

4. MEDIDAS DE ACTUACIÓN

- 4.1. Ámbito de igualdad de género
- 4.2 .Ámbito educativo
- 4.3. Ámbito bienestar social
- 4.4. Ámbito sanitario

5. ANEXOS

- 5.1. Anexo I. Glosario de términos
- 5.2. Anexo II. Circuitos de actuación
- 5.3. Anexo III. Modelo de consentimiento.

1. INTRODUCCIÓN.

Desde la antigüedad y en todas las culturas se han manifestado conflictos entre la identidad de género y el sexo asignado en el momento del nacimiento, por lo tanto las identidades trans no son un fenómeno actual ni novedoso, han existido desde siempre.

La identidad de género es una construcción social y la definición de sexo-género se conceptualiza desde un aspecto más psicosocial que biológico. Cuando se habla del proceso de diferenciación sexual se hace referencia al sexo morfológico, pero si nos referimos al ser humano como ser consciente y social, hemos de aludir también a otros tipos de sexo inherentes a este, como el sexo psicológico, con el cual se identifica el individuo, determinado por su identidad sexual; el sexo social, que se adquiere a través de comportamientos y roles atribuidos a las mujeres y a los hombres, y el sexo legal, designado jurídicamente en función del sexo morfológico.

El modo en que el denominado modelo patriarcal relaciona la sexualidad, el cuerpo y el género tiene un impacto negativo en la diversidad sexual y de género. Bajo este paradigma, las personas trans no son reconocidas como parte de la diversidad humana y esto conlleva que se las evalúe en función del grado de adecuación a dichas normas de género, esto es, los rasgos físicos y psicológicos que este modelo atribuye estereotípicamente a mujeres y hombres.

Las sociedades modernas se distinguen por la defensa y reconocimiento de los derechos humanos y en este proceso de reconocimiento se han conseguido algunas conquistas que visibilizan la realidad de las personas transexuales, al convertir el tratamiento de la identidad de género en cuestión de Derechos Humanos.

Especial protección merecen las personas menores de edad, cuya vulnerabilidad exige que el entorno sea protector, aspecto por el que velarán tanto sus progenitores como las Administraciones Públicas.

En esta línea y primando el interés superior de la persona menor, el Instituto de la Mujer de Castilla La Mancha, desde su papel de impulsar la aplicación transversal del principio de igualdad de trato y no discriminación, ha promovido la elaboración de este protocolo que pretende facilitar acciones coordinadas con la finalidad de evitar el

estigma, la patologización y la transfobia que frecuentemente experimentan las personas menores trans.

Marco Jurídico

Normativa Internacional:

- La Declaración de los derechos del niño de 1959, la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño de 1989, la Carta europea de los Derechos del niño de 1992 y la Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea. Reconocen el derecho a la propia identidad de género de los niños y las niñas.
- Los Principios de Yogyakarta (Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género), que fueron encargados por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y que establecen cómo debe aplicarse la legislación internacional en materia de derechos humanos a cuestiones relacionadas con la orientación sexual y la identidad de género.
- Resolución 2048 (2015) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, aprobada el 22 de abril de 2015(15^a sesión), sobre “La discriminación contra las personas transexuales en Europa”

Normativa Nacional:

- La Constitución Española de 1978, en su Título I hace alusión a la protección de los derechos y deberes fundamentales de la persona.
- La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, modificada por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia, que preserva y garantiza el interés superior del menor y de la menor.
- La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) modificada en parte de su articulado por la LOMCE, incorporó la necesidad del reconocimiento de la diversidad afectivo sexual.
- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 10 regula el deber de todas las administraciones públicas sanitarias, al respecto de la

- personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado/a por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.
- La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, constituye la estructura jurídica de la igualdad de género.

Normativa Regional:

- La Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la adolescencia de Castilla-La Mancha refiere el interés superior del menor como principio inspirador, de las actuaciones de las Administraciones públicas, y aboga por la no discriminación por razón de nacimiento, sexo, (...)
- Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto modificada por las Leyes Orgánicas 6/1991, 7/1994, 3/1997 y por la Ley 26/2002, establece como competencia de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, el desarrollo legislativo y la ejecución en materias Sanidad e Higiene, promoción, prevención y restauración de la salud.
- La Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de Igualdad de Mujeres y Hombres en Castilla-La Mancha. El objeto de la misma es promover el derecho a la igualdad entre mujeres y hombres y entre sus fines se encuentran la erradicación de cualquier forma de discriminación por razón de sexo.

Normativa específica en materia de Educación:

- La Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla-La Mancha, en su artículo 120, entiende a la diversidad como un valor y señala que la respuesta a la diversidad del alumnado se regirá por los principios de la igualdad de oportunidades y acceso universal, normalización, inclusión escolar e integración social, flexibilidad, interculturalidad y coordinación entre administraciones.
- El Decreto 66/2013, de 03/09/2013, por el que se regula la atención especializada y la orientación educativa y profesional del alumnado en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

- Decreto 3/2008, de 8 de enero de 2008, de la Convivencia Escolar en Castilla la Mancha.
- El Protocolo de maltrato entre iguales según Resolución 20-01-06, en D.O.C.M. 31-01-06.
- Protocolo de actuación contra el acoso escolar en centros educativos con fondos públicos de Castilla La Mancha. (se publicará próximamente).

2. ACUERDO DE COORDINACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES IMPLICADAS

La finalidad del presente documento es proporcionar en Castilla-La Mancha una atención de calidad a las personas menores trans, a través de la implantación de estrategias de coordinación entre la Consejería de Bienestar Social, la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, la Consejería de Sanidad y el propio Instituto de la Mujer como organismo encargado de velar por la aplicación en nuestra región del principio de transversalidad, para la determinación de actuaciones conjuntas en sus respectivos ámbitos de actuación.

El presente protocolo de actuación tiene como objeto establecer orientaciones y pautas de intervención para la adecuada atención a la persona menor de edad no conforme con la identidad de género asignada, reconociendo su derecho a la identidad sexual en el ámbito de las Instituciones implicadas y garantizando el libre desarrollo de su personalidad y la no discriminación por motivos de identidad de género, así como facilitar procesos de inclusión, protección, sensibilización, acompañamiento y asesoramiento a la persona menor, a sus familias y a todo el personal con el que trabajen las personas menores trans. Asimismo, el presente protocolo tiene como finalidad establecer actuaciones para prevenir, detectar y evitar situaciones de transfobia, exclusión, acoso escolar o violencia de género, ejercidas sobre las personas menores cuya identidad sexual y/o de género no coincide con el sexo asignado al nacer, incluyendo la coordinación institucional, que permita identificar sus necesidades y adoptar, en su caso, las medidas educativas, sanitarias y sociales adecuadas.

El contenido del presente protocolo es de pertinente aplicación en todos los supuestos de menores trans que residan en la Comunidad de Castilla-La Mancha, garantizando

con el mismo el derecho a recibir de la Administración Regional la protección y la atención integral necesarias para el desarrollo de su personalidad y para su bienestar en el ámbito familiar, escolar, sanitario y social, así como a percibir las prestaciones sociales que establezcan las leyes.

En reunión

Vicepresidencia

Instituto de la Mujer

Consejería Bienestar Social

Consejería Educación, Cultura y Deportes

Consejería Sanidad

Colectivos de familiares de menores trans y LGTBI de Castilla La Mancha

Las y los aquí reunidos expresan su voluntad y necesidad de coordinar sus competencias y esfuerzos y poner en común los medios personales y materiales para poder garantizar los derechos de las personas menores trans.

Comisiones de seguimiento

Para favorecer la efectiva aplicación de las medidas y pautas de actuación recogidas en el protocolo se creará una comisión regional y comisiones en cada provincia.

Las funciones de estas comisiones serán:

- Impulsar la puesta en marcha de las medidas contempladas en el protocolo.
- Proponer las medidas necesarias para su perfeccionamiento, adaptándolo a las nuevas necesidades que se pudieran presentar.
- Hacer seguimiento y evaluación del nivel de cumplimiento.

Será el Instituto de la Mujer el encargado de convocar y coordinar dichas comisiones.

3. PRINCIPIOS GENERALES DE ACTUACIÓN EN MATERIA DE IDENTIDAD DE GÉNERO Y DE TRANSEXUALIDAD

Los criterios generales de actuación que guiarán este protocolo serán:

1. Principio de autodeterminación de la identidad de género. La administración deberá respetar dicho principio en todos los procedimientos y actuaciones que lleve a cabo.
2. Principio de no discriminación por motivos de identidad y/o expresión de género. Todas las personas son libres e iguales en dignidad y derechos, con independencia de sus orientaciones sexuales e identidades y/o expresiones de género.
3. Principio de igualdad de género. Las administraciones firmantes adoptarán las medidas oportunas para garantizar la igualdad de oportunidades entre niñas y niños en todos los ámbitos.
4. Principio de participación a través de las distintas asociaciones, colectivos, y organizaciones que promuevan y protejan los derechos humanos de las personas trans.
5. Principio de integración social y administrativa. La administración promoverá entre otras medidas la acreditación documental de su identidad de género, facilitando y agilizando los procesos administrativos.

4. MEDIDAS DE ACTUACIÓN POR ÁMBITOS

4.1. Ámbito de Igualdad de Género. Instituto de la Mujer.

El Instituto de la Mujer de Castilla La Mancha llevará a cabo actuaciones de prevención y sensibilización sobre identidad o expresión de género que contribuyan a la normalización de la realidad transexual.

A través de la Red de Recursos, se recepcionará la demanda de personas menores trans, normalmente realizada por las madres de las mismas, al tratarse de recursos especializados que atienden a mujeres, informando y derivando, en su caso, a los

recursos existentes especializados en identidades trans en la infancia y la adolescencia.

El Instituto de la Mujer convocará y coordinará las comisiones de seguimiento a las que se refiere el segundo apartado.

4.2. Ámbito Educativo

Los principios educativos generales que regirán las actuaciones son la inclusión educativa y la atención a la diversidad, entre otros.

4.2.1. *Actuaciones de Prevención y Sensibilización.*

Los centros educativos deben incluir en su *Programación General Anual* actividades de sensibilización entre las que se incluirán charlas, talleres o jornadas, para visibilizar la realidad del alumnado trans y del resto de la diversidad sexual y de género, dejando clara la posición contraria del centro a la discriminación por LGTBIfobia y contra cualquier tipo de violencia por razón de identidad y/o expresión de género u orientación sexual.

- Se velará porque el sistema educativo sea un espacio de respeto y tolerancia libre de toda presión, agresión o discriminación por motivos de identidad o expresión de género.
- Se impulsarán medidas conducentes a lograr el efectivo respeto en el sistema educativo de la diversidad afectivo-sexual, así como la aceptación de las diferentes expresiones de identidad de género que permitan superar los estereotipos y comportamientos sexistas.
- Se incluirá dentro de los objetivos de los centros educativos el abordaje de la educación sobre la diversidad sexual y de género y la no discriminación.
- Se garantizará que se preste apoyo psicopedagógico con asesoramiento del personal especialista en orientación educativa y psicopedagógica en aquellas situaciones que lo requieran.
- La administración educativa, a través del Centro Regional de Formación del Profesorado, organizará acciones dirigidas a la formación y sensibilización del equipo docente y directivo, referente al desarrollo afectivo-sexual e identidad de género de niñas, niños y adolescentes, así como también establecerá los

mecanismos de coordinación, seguimiento y evaluación entre los diferentes servicios sociales, sanitarios y del Instituto de la Mujer.

- El equipo docente elaborará las actuaciones pertinentes para garantizar la inclusión socioeducativa del alumnado.

4.2.2. Comunicación e identificación

- Cuando cualquier miembro de la comunidad educativa del centro escolar detecte alumnado que pudiera presentar indicadores que manifiesten que su sexo de asignación difiere de su identidad de género:
 - Lo pondrá en conocimiento de la tutora o tutor del grupo-clase que, a su vez lo trasladará a la jefatura de estudios y conjuntamente se procederá a la derivación al o la responsable de orientación, conforme al procedimiento de derivación establecido en el centro.
 - Se informará a la familia de los aspectos observados/valorados en el contexto escolar.
 - La orientadora o el orientador, previo consentimiento de la familia, iniciará una valoración del impacto de la posible transfobia experimentada dentro del contexto educativo, para lo que se prestará especial atención a los aspectos psico-sociales, emocionales, de relación y familiares.
 - Se facilitará información a la familia sobre los recursos públicos existentes al respecto y se procederá a la derivación voluntaria del alumno o alumna a los servicios o instituciones que considere necesarias en función de las características de la persona menor y/o su familia.
 - En el caso de que los y las responsables legales de la persona menor o alguno de ellos, muestren señales de no respetar la identidad sexual de la misma, se pondrá en conocimiento del Servicio de Familia y Menores de la Consejería de Bienestar Social.
- Cuando la madre, el padre o las personas representantes legales de la alumna o el alumno comuniquen por escrito al centro que su hijo o hija tiene una identidad de género que no coincide con el sexo asignado Se trasladará esta información, de manera inmediata, al equipo docente .y posteriormente se

trasladará al Servicio de Inspección Educativa. Para ello, debe contarse con la autorización familiar de intercambio de información por escrito (según anexo I).

- Para evitar situaciones discriminatorias no será obligatorio tener que aportar informes públicos o privados que justifiquen que la alumna o el alumno tiene una identidad de género que no coincide con el sexo asignado al nacer y con independencia de que se haya producido la detección en el centro o en otro ámbito.

Cuando el centro tenga constancia de que se trata de una persona cuya identidad de género es diferente a su sexo de asignación se podrá poner en marcha *el Plan de Actuación Escolar* abajo descrito La directora o el director del centro informará de las medidas adoptadas en *el Plan de Actuación Escolar* a la familia, el claustro y el Consejo Escolar.

El alumnado cuya identidad sexual no se corresponda con el sexo asignado al nacer, tendrá pleno derecho a que se reconozca su identidad sexual en el ámbito educativo, siendo tratado conforme a ella a todos los efectos en dicho ámbito.

En el centro escolar, el equipo docente permitirá al o la menor la libre manifestación de su expresión de género, velando porque no se produzcan actitudes de burla o menoscabo por parte de sus iguales o de personas adultas.

Si desde el centro educativo se detectara que la persona menor trans pudiera sufrir alguna dificultad como consecuencia de una posible situación de transfobia o LGTBIofobia, se adoptarán las medidas oportunas poniendo en marcha el Protocolo de Acoso Escolar en aquello casos que se considere necesario.

4.2.3 Plan de Actuación Escolar

La aplicación de estas medidas se realizará de forma personalizada, según las necesidades que la persona menor presente. En todo el proceso se deberá garantizar la confidencialidad y adecuado tratamiento de la información a la persona menor y su familia.

La orientadora o el orientador, el equipo directivo y la tutora o tutor diseñarán un Plan de Actuación que incluirá:

- Medidas de información y sensibilización dirigidas al alumnado del centro para trabajar cuestiones sobre identidad de género a fin de conseguir un buen desarrollo y aceptación del proceso de tránsito social de su compañero o compañera.
- Actuaciones formativas dirigidas al equipo directivo, orientador u orientadora y equipo docente del centro llevadas a cabo por profesional cualificado en promoción de igualdad de género y coeducación.
- Actuaciones de sensibilización e información dirigidas a las familias y asociaciones de madres y padres del centro educativo relacionadas con la diversidad de género y sexual en la infancia y adolescencia. El centro podrá recurrir a las asociaciones, profesionales o entidades especializadas en trabajar con la diversidad sexual y/o de género que crea necesarias para llevarla a cabo.
- Derivación voluntaria del alumnado a los servicios o instituciones que considere necesarias en función de las características de la persona menor y/o su familia
- Medidas organizativas en el centro escolar:
 - El centro escolar velará por el respeto a las manifestaciones de identidad de género que se realicen en el ámbito educativo y el libre desarrollo de la personalidad del alumnado conforme a su identidad.
 - Se indicará al profesorado y personal de administración y servicios del centro que se dirija al alumnado trans por el nombre elegido por éste, sin perjuicio de que en las bases de datos de la administración educativa se mantengan los datos de identidad registrales. Con este fin se adecuará la documentación administrativa de exposición pública y la que pueda dirigirse al alumnado, haciendo figurar en dicha documentación el nombre elegido, evitando que dicho nombre aparezca de forma distinta a la del resto del alumnado.
 - Se permitirá a la alumna o al alumno usar la vestimenta que, por elección, considere que se ajuste a su identidad.
 - Independientemente de que en los documentos oficiales aparezca el nombre legal hasta que por resolución judicial se proceda al cambio, se le denominará con el nombre elegido en los documentos internos no oficiales,

en listas de clase, exámenes, carnet de alumna o alumno, biblioteca, etc. En las mismas condiciones y con las misma forma que al resto del alumnado.

- Se permitirá que acuda a los baños y vestuarios que se correspondan con su identidad en caso de que el centro no cuente con baños mixtos.
- En las actividades extraescolares que el centro educativo pueda realizar como excursiones, viajes de fin de curso, etc. Se garantizará que este alumnado participe atendiendo a su identidad sexual, sin que ello suponga una discriminación por su condición, y se facilitará que las medidas que se están aplicando en el centro tengan continuidad en este tipo de actividades.

A partir de que exista una resolución judicial u otra medida que autorice legalmente, el cambio de nombre en el registro civil, se harán efectivos los cambios en los documentos oficiales escolares.

Las Normas de Convivencia, Organización y Funcionamiento del centro deberán incluir los aspectos recogidos en el presente protocolo.

Este protocolo es de obligado cumplimiento para cualquier centro educativo de la región ya sea público o sostenido con fondos públicos.

4.3. Ámbito de Bienestar Social.

La familia, como principal entorno de desarrollo de las niñas y los niños, puede convertirse en el más importante soporte y acompañamiento en el proceso de asunción de género, o por el contrario, en uno de los focos de discriminación y potencial desamparo o maltrato en contextos actitudinalmente opuestos a la identidad de género y sexual.

Por esta razón, el entorno familiar ha de constituir el primer foco de la intervención desde el punto de vista social, intervención tanto informativa como motivacional o actitudinal.

Este protocolo incluirá a todas las familias que así lo requieran, en el más amplio sentido de la palabra, en las que la transexualidad esté presente, tanto en la persona menor, como en cualquiera de sus miembros que convivan con las mismas.

4.3.1 Actuaciones de Prevención y Sensibilización:

Desde los servicios sociales especializados se desarrollarán diferentes actividades de prevención y sensibilización.

La atención que se presta a la infancia y las familias contempla actuaciones de prevención y sensibilización tales como:

- Centros de Día de Familia y Adolescencia, donde se imparten talleres y dinámicas sobre desarrollo personal, social y comunitario. Se aborda con las personas jóvenes el respeto, reconocimiento y aceptación a las diferencias individuales basadas en la diversidad sexual y de género; la tolerancia; el autoconcepto positivo, la asertividad y el entrenamiento en habilidades sociales; la igualdad; la educación afectivo-sexual, la prevención y abordaje de la violencia de género, la homofobia, transfobia, la violencia familiar ascendente o transversal.
- Así mismo, se llevarán a cabo programas dirigidos a familias en situación de vulnerabilidad social relativos al fomento de la parentalidad positiva, en los que se apoya a las familias en el manejo de las dificultades que se pueden presentar en la crianza de sus hijas o hijos en las diferentes etapas evolutivas en las que se incluya lo relativo a la diversidad sexual y de género. Se apoyará a las familias con información, asesoramiento, acompañamiento, derivación a otros servicios especializados del ámbito social, sanitario o educativo, asociaciones LGTBI , etc., durante todo el proceso de transición de la persona menor.
- Desde los programas de prevención y atención a la infancia y a las familias se imparten a los y las profesionales charlas, talleres y actividades preventivas en Centros educativos, que contemplan estos contenidos.

4.3.2 Actuaciones de Intervención:

Desde los servicios sociales especializados, se atenderá a menores y familias a través de recursos tales como:

- La línea de atención telefónica de la infancia y adolescencia, como espacio de escucha y orientación que da una respuesta anónima, inmediata, rápida y eficaz a la demanda de los niños, niñas y adolescentes de nuestra región, y presta un servicio de orientación especial a la necesidad planteada o, en su caso, derivando a otros servicios en función de la necesidad de aquellas personas menores que lo requieran por su identidad o expresión de género.
- Diferentes programas de apoyo a las familias (programa de prevención e intervención en violencia familiar, programas de mediación, intervención y orientación familiar, etc.), desde donde se puede intervenir, bien a demanda o por derivación de otros recursos cuando se detecte una situación de vulnerabilidad, riesgo o dificultad social en el ámbito familiar debido a las identidades trans en la infancia o adolescencia.
- En aquellos casos de mayor gravedad, en los que a causa de la actitud del padre, la madre o el entorno familiar, se detecten indicadores de maltrato, se procederá según lo establecido en la ley 5/2014 de 9 de octubre de Protección Social y Jurídica de infancia y adolescencia de Castilla la Mancha.

4.4. Ámbito Sanitario

Las demandas relacionadas con la diversidad de género serán atendidas inicialmente a través de los servicios de Atención Primaria, que en función de las necesidades planteadas, derivarán a las personas menores al especialista que corresponda. Ante una primera demanda relacionada con transexualidad durante la infancia y/o adolescencia, se asegurará que la consulta se desarrolle en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a dudas o demandas que manifieste la persona, las madres ,padres, tutores o tutoras, actuando

con competencia cultural apropiada y mostrando la sensibilidad requerida a la atención.

El acceso de las personas al sistema sanitario debe poder llevarse a cabo de acuerdo con el nombre del género con el que se identifican (género sentido).

Se garantizará que las personas sean tratadas de acuerdo con su identidad de género libremente determinada y se respetará la dignidad y la privacidad de la persona concernida.

4.4.1 Estudio y evaluación de la demanda:

Valoración de la necesidad por parte del médico/a o pediatra de Atención primaria quien realizará las derivaciones oportunas en función de la demanda requerida.

4.4.1.1. Si existiese demanda de atención social podrá derivar al departamento de Trabajo Social La/el profesional se mostrará accesible para atender tanto la demanda actual como otras solicitudes. La intervención profesional será la siguiente:

- Asesoramiento y acompañamiento tanto a la persona como a la familia.
- Información sobre los distintos recursos comunitarios así como de las asociaciones específicas.
- Información sobre recursos externos a la comunidad y acceso a los mismos en el caso de no existir en Castilla La Mancha.

4.4.1.2. Si la demanda incluye **atención médica** puede hacerse necesaria la intervención de otros profesionales de la medicina, especialmente del ámbito de la endocrinología con formación específica en el tratamiento hormonal indicado para este grupo de edad. La intervención profesional será la siguiente:

- Realización de las pruebas oportunas con el fin de determinar cuál es el momento de desarrollo puberal en el que se encuentra la/el menor.

- Asesoramiento e información médica sobre los diferentes tratamientos médicos a través del consentimiento informado.
- Tratamiento individualizado en caso necesario Las personas menores trans tendrán derecho a recibir tratamiento para el bloqueo hormonal al inicio de la pubertad (estadio 2 de Tanner), situación que se determinará utilizando datos objetivos como la medición del nivel de estradiol y testosterona, la velocidad de crecimiento o la madurez de los ovarios y gónadas, para evitar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios no deseados. Y a recibir tratamiento hormonal cruzado en el momento adecuado de la pubertad para favorecer que su desarrollo corporal se corresponda con el de las personas de su edad, a fin de propiciar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios deseados.

4.4.1.3 Si existiera una demanda de **atención psicológica** se podrá derivar la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de área. Siempre desde el enfoque de la no patologización. La intervención profesional será la siguiente:

- Estudio y evaluación de la demanda. La evaluación de la demanda es realizada por un equipo multidisciplinar integrado por psiquiatra, psicóloga/o, trabajador/a social y enfermera/o especializado en el trabajo con las identidades trans en la infancia y la adolescencia. El equipo multidisciplinar evaluará las necesidades de la persona menor en base a su estado de salud mental, necesidades sociales y apoyo familiar.
- La asistencia psicológica a las personas menores trans será la común prevista para el resto de las y los usuarios del sistema sanitario

En caso necesario se valorará la derivación a profesionales especializados en endocrinología o en su caso endocrinología pediátrica de otra comunidad autónoma.

5. ANEXOS

5.1. Anexo I. Glosario y definiciones

Características sexuales físicas y corporales. Integración de los niveles genéticos, hormonales, gonadales y fisiológicos que dan lugar a las características sexuales primarias y secundarias.

Estereotipo de género: conjunto de cualidades y características psicológicas y físicas que una sociedad asigna a hombres y mujeres. Fijando un modelo predeterminado, restrictivo, binarista y bajo una visión tópica de las mujeres y los hombres.

Género: conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas que la sociedad asigna a las personas de forma diferenciada como propias de hombres y mujeres. El género es una construcción sociocultural que varía a través de la Historia y se refiere a los rasgos psicológicos y culturales que la sociedad atribuye a lo que considera "masculino" o "femenino" mediante la educación, el uso del lenguaje, la familia, las instituciones o la religión. Sin embargo, algunas personas no se identifican dentro del género binario del hombre/mujer y éste no siempre se corresponde con el sexo asignado al nacer.

Identidad de género/sexual: la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente y auto determina, sin que deba ser definida por terceros, pudiendo corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, y pudiendo involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido.

Intersexualidad: variedad de situaciones en las cuales, una persona nace con una anatomía reproductiva o sexual que no parece encajar en las definiciones típicas de masculino y femenino.

Orientación sexual: la orientación sexual es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otras personas. Es importante diferenciar la orientación sexual de la identidad de género. Las personas trans pueden tener una orientación sexual heterosexual, gay, lesbica, bisexual, pansexual, etc.

Persona trans: toda aquella persona que se identifica con un género diferente o que expresa su identidad de género de manera diferente al género que le asignaron al nacer. A los efectos de este protocolo y sin prejuzgar otras acepciones sociales el término trans ampara múltiples formas de expresión de la identidad de género o sub

categorías como transexuales, transgénero, travestis, variantes de género, queer o personas de género diferenciado, así como a quienes definen su género como «otro» o describen su identidad en sus propias palabras.

Transfobia: es un conjunto de creencias culturales y personales, opiniones, actitudes y conductas agresivas basadas en prejuicios, miedo y/o odio dirigidos contra personas o grupos que no se ajusten y/o o transgreden las expectativas sociales y normas de género. La transfobia afecta a las personas cuya identidad de género/sexual o expresión de género difiere del asignado al nacer, y se manifiesta de diversas maneras, como por ejemplo, a través de la violencia física, del insulto, no ser tratado según la identidad de género/sexual de la persona, o la exclusión social entre otras. La transfobia también puede darse de forma institucionalizada a través de formas de discriminación como la penalización, la patologización, o estigmatización de las personas trans.

5.2. Anexo II. Modelo de consentimiento

AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA EL INICIO DEL PROTOCOLO Y EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES

Doña/Don....., con DNI / NIE/ Nº de Pasaporte:

.....
Doña/Don....., con DNI / NIE/ Nº de Pasaporte:

.....
como madre/ padre/ tutor/tutora o representante legal (*tácheselo lo que no proceda*) de la persona menor

declara que han sido informados por (especificar profesional y servicio):

y autorizan a la administración educativa, social y sanitaria de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha a coordinarse y llevar a cabo las actuaciones recogidas en el Protocolo de actuación sobre identidad de género, en relación a mi hija/o.

- Autorizamos / damos nuestro consentimiento para que se inicie el Protocolo y el intercambio de información para la coordinación de actuaciones de los profesionales implicados.

DECLARO (*Rellenar en caso de ser firmado por uno de los progenitores*):

Que la autorización para el intercambio de información entre los servicios educativos, sociales y sanitarios al que se adjunta esta declaración está firmada por uno sólo de los progenitores debido a:

- Familia monoparental o monomarental
- Fallecimiento del otro/a progenitor/a
- Privación al otro/a progenitor/a de la patria potestad de los hijos/as por resolución judicial
- Orden o sentencia de alejamiento u otras medidas cautelares
- Imposibilidad material de contactar con el otro progenitor para actuar en el ejercicio ordinario de la patria potestad (artículo 156 del Código Civil)
- Otras circunstancias (especificar):

En.....a.....de..... de 20.....

Firma: La madre/ El padre/ La/el representante legal

5.3 Anexo III. Circuitos de actuación. Flujogramas

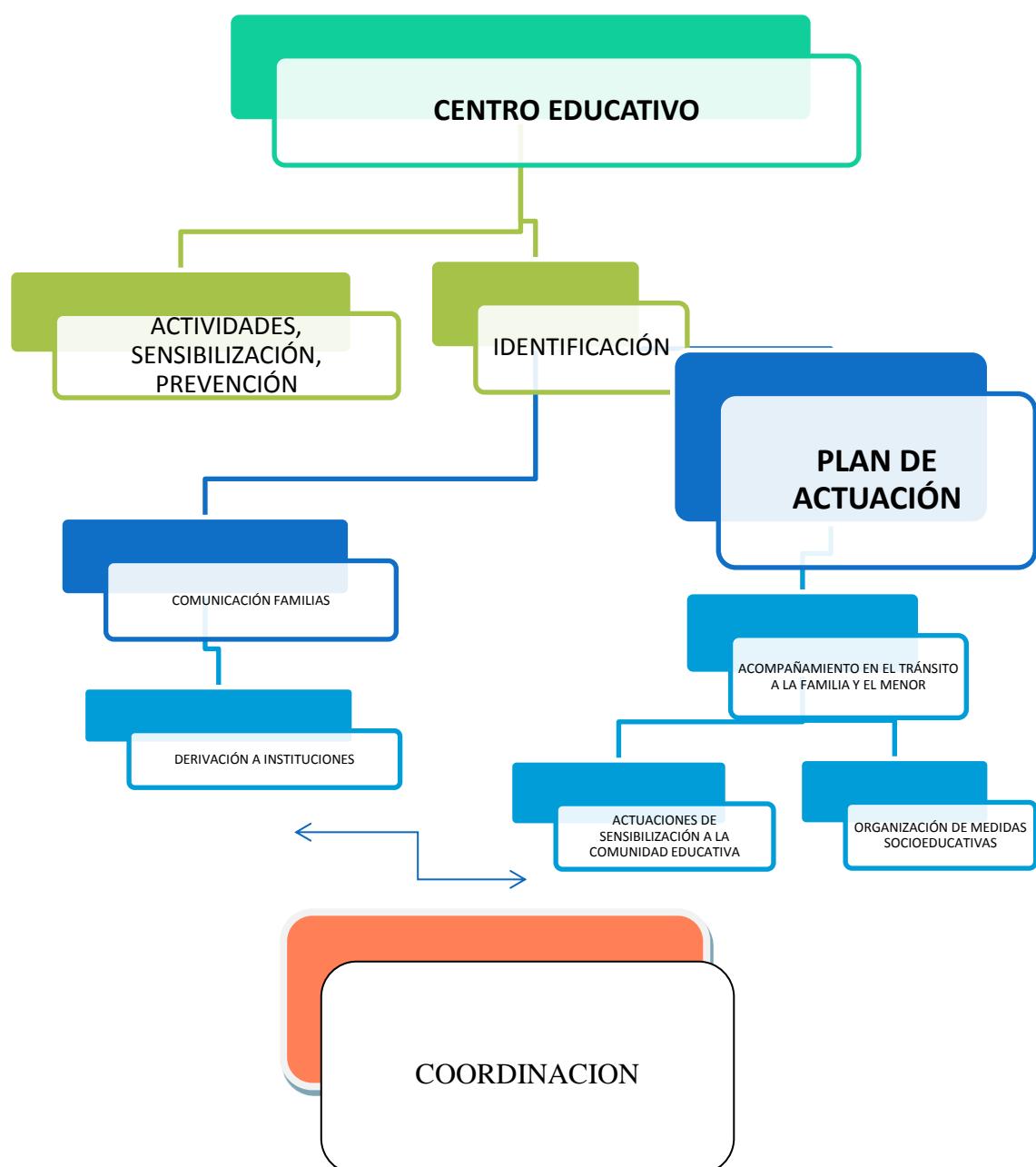
Ámbito de Igualdad de Género.



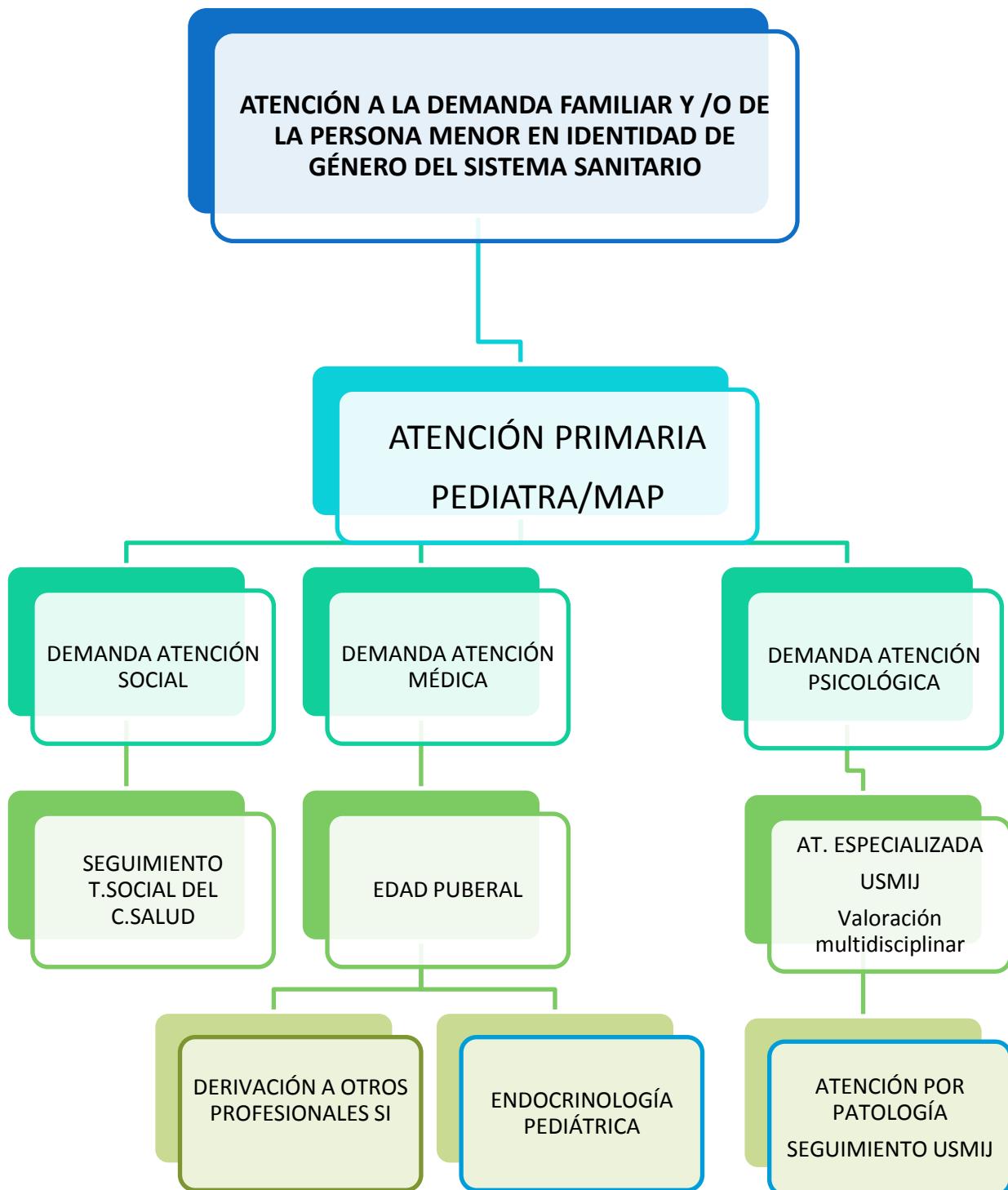
Ámbito social



Ámbito educativo



- Ámbito sanitario



III.- OTRAS DISPOSICIONES Y ACTOS

Consejería de Educación, Cultura y Deportes

Resolución de 07/02/2017, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, por la que se da publicidad al Protocolo de Coordinación de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) suscrito entre la Consejería de Bienestar Social, la Consejería de Educación, Cultura y Deportes y la Consejería de Sanidad. [2017/1374]

El artículo 71.2 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, establece que corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.

La Ley 7/2010, de 20 de julio, de Educación de Castilla-La Mancha, en su artículos 121 y 122, prevé que se garantizará a todos los alumnos y alumnas una educación de calidad, con el respeto a las diferencias personales, para la superación de las desigualdades, sean cuales sean su origen y sus características y que antes de que se produzca la primera escolarización, la detección y la atención temprana de las necesidades educativas es una responsabilidad compartida por las familias y las Consejerías competentes en materia de salud y bienestar social.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia y adolescencia, ámbito de aplicación del presente protocolo, con un impacto notable en el ámbito familiar, social, y educativo.

El Protocolo de Coordinación de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad surge de la necesidad compartida de las profesionales y los profesionales de los ámbitos sanitario, social y educativo de aunar actuaciones, mejorar la coordinación y el intercambio de información para poder dar una respuesta a la población infantil y juvenil en un marco colaborativo, a las familias y, en definitiva, a la sociedad en su conjunto.

El Protocolo materializa una las actuaciones que se han propuesto dentro del Acuerdo Marco de 12 de julio de 2016, firmado por las Consejerías de Bienestar Social; Educación, Cultura y Deportes; y Sanidad.

Para alcanzar una intervención eficaz se considera necesario implementar medidas de coordinación entre todos los sectores implicados, con la finalidad de planificar una intervención multidisciplinar acorde a las necesidades de forma temprana que permitan agilizar los procesos de detección, atención y puesta en marcha de medidas que supongan, la superación, o al menos, la minimización de sus dificultades.

En el proceso de elaboración del presente protocolo se ha contado con la participación de la Consejería de Bienestar Social (Direcciones generales de Familias y Menores y de Acción Social y Cooperación), Consejería de Educación, Cultura y Deportes (Dirección general de Programas, Atención a la Diversidad y Formación Profesional),Consejería de Sanidad (Direcciones generales de Planificación, Inspección, y Ordenación Sanitaria; y de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria), Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam) y la Federación de Asociaciones TDAH de Castilla-La Mancha.

Así mismo, el Consejo de Gobierno de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha ha tomado conocimiento del Protocolo en su reunión de 29 de noviembre de 2016.

Por todo ello, y en virtud de las competencias atribuidas en el Decreto 85/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica y la distribución de competencias de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, resuelvo:

Primero. Objeto.

Ordenar la publicación del Protocolo de Coordinación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), suscrito el 7 de febrero de 2017, entre la Consejerías de Bienestar Social, la Consejería de Educación, Cultura y Deportes y la Consejería de Sanidad, y que se inserta a continuación.

Segundo. Efectos.

El Protocolo de Coordinación de TDHA será de aplicación en su integridad a partir del día siguiente al de la publicación de la presente resolución en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha, en todos los centros docentes públicos no universitarios de la Comunidad de Castilla-La Mancha.

Toledo, 7 de febrero de 2017

El Consejero de Educación, Cultura y Deportes
ÁNGEL FELPETO ENRÍQUEZ

Anexo

Protocolo de coordinación de TDAH
Consejerías de Bienestar Social; Educación, Cultura y Deportes; Sanidad y SESCAM

Presentación:

El presente protocolo de coordinación de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante, TDAH) surge de la necesidad compartida de las profesionales y los profesionales de los ámbitos sanitario, social y educativo de aunar actuaciones, mejorar la coordinación y el intercambio de información para poder dar una respuesta a la población infantil y juvenil en un marco colaborativo, a las familias y, en definitiva, a la sociedad en su conjunto.

Este documento es una de las actuaciones concretas que se han propuesto dentro del Acuerdo Marco firmado por las Consejerías de Bienestar Social; Educación, Cultura y Deportes; y Sanidad el 12 de julio de 2016. Este Acuerdo marco tiene como objeto establecer, en el ámbito territorial de gestión de las Consejerías de Bienestar Social; Educación, Cultura y Deportes; y Sanidad de Castilla-La Mancha, una respuesta coordinada a las necesidades socio-sanitarias de las niñas, niños y jóvenes en el ámbito escolar y familiar, así como definir una respuesta a las necesidades educativas presentes en el ámbito socio-sanitario, disponiendo para ello de los recursos necesarios.

Este protocolo tiene un carácter dinámico, por lo que está prevista su evaluación anual para la mejora continua, el ajuste a las dificultades que se vayan produciendo en su puesta en práctica y a las nuevas necesidades que puedan surgir en una sociedad cambiante.

Por último agradecer a las asociaciones de TDAH y a las familias, las aportaciones y el trabajo conjunto realizado con la administración para contribuir a la mejora de la calidad en la atención a sus hijas e hijos que, sin duda, es la finalidad última de todas las y los profesionales implicados.

En Toledo a 07 de febrero de 2017

LA CONSEJERA DE
BIENESTAR SOCIAL

EL CONSEJERO DE
EDUCACIÓN, CULTURA Y
DEPORTES

EL CONSEJERO DE
SANIDAD

Fdo.: Aurelia Sánchez Navarro

Fdo.: Ángel Felpeto Enríquez

Fdo.: Jesús Fernández
Sanz

Índice:

1. Introducción.

2. Comisión técnica de seguimiento.

3. Fases del protocolo:

3.1. Inicio del protocolo en el centro educativo

3.2. Inicio del protocolo desde pediatría o atención primaria

3.3. Derivación del pediatra a otros servicios médicos especializados

3.4 Derivación de los Servicios Sociales de Atención Primaria o Especializada a pediatría o atención primaria MAP y centro educativo

3.5. Confirmación del diagnóstico por la USMIJ, información a otros servicios y medidas

3.6. Seguimiento e intercambio de información posterior al diagnóstico.

4. Circuito del protocolo

5. Anexos:

5.1. Autorización familiar para el inicio del protocolo y el intercambio de información entre profesionales

5.2. Informe psicopedagógico del centro escolar

5.3. Informe del centro para pediatría

5.4. Solicitud de información de atención primaria o Especializada/MAP al centro escolar

5.5. Hoja de derivación de paciente con sospecha de TDAH desde atención primaria a especializada

5.6. Informe clínico desde salud mental a atención primaria

5.7. Informe clínico desde atención especializada (USMIJ) para el centro escolar

5.8. Informe de seguimiento

5.9. Criterios de derivación adicional para evaluación por otros especialistas

5.10. Documentos

5.11. Enlaces de interés

5.12..Directorio

1. Introducción:

La actuación con menores de edad que presentan trastornos de salud, situaciones de riesgo social y necesidades educativas especiales o necesidades específicas de apoyo educativo, constituye un objetivo primordial de nuestro sistema social, educativo y sanitario. El compromiso que las administraciones asumen con la sociedad, tiene como objeto una mejor atención en estos ámbitos para abordarlas desde una perspectiva integral que ofrezca una respuesta adecuada a sus necesidades; dotando para ello, de los recursos necesarios en cada una de las áreas citadas, que permitan al menor, desarrollar al máximo sus potencialidades, sean éstas las que sean.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia y adolescencia, ámbito de aplicación del presente protocolo, con un impacto notable en el ámbito familiar, social, y educativo.

Para alcanzar una intervención eficaz se considera necesario implementar medidas de coordinación entre todos los sectores implicados, con la finalidad de planificar una intervención multidisciplinar acorde a las necesidades de forma temprana que permitan agilizar los procesos de detección, atención y puesta en marcha de medidas que supongan, la superación, o al menos, la minimización de sus dificultades.

El presente documento pretende clarificar este proceso de coordinación, con el objeto de proporcionar la respuesta al menor y su familia que permita mejorar el proceso de diagnóstico, poner en marcha el tratamiento psicológico, social, médico y educativo temprano ajustado a sus necesidades, y mejorar el seguimiento de su evolución. Para ello, se ha contado con la participación de todos los sectores implicados:

1. Consejería de Bienestar Social: direcciones generales de Familias y Menores; y de Acción Social y Cooperación
2. Consejería de Educación, Cultura y Deportes: dirección general de Programas, Atención a la Diversidad y Formación Profesional
3. Consejería de Sanidad: direcciones generales de Planificación, Inspección, y Ordenación Sanitaria; y de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria
4. Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM)
5. Federación de Asociaciones TDAH de Castilla-La Mancha

2. Comisión técnica de seguimiento:

Anualmente se reunirá una comisión técnica de seguimiento del protocolo donde estén representadas las Direcciones Generales competentes en la materia y otras Direcciones Generales, asociaciones o profesionales expertos que se pudiese considerar.

Las funciones de esta comisión, que se desarrollará en el Marco de colaboración entre las Consejerías de Sanidad, Bienestar Social y Educación, Cultura y Deportes; serán, entre otras, fomentar actuaciones para difundir el presente protocolo, establecer las líneas de formación necesaria para los y las profesionales de su ámbito de actuación, revisar, evaluar todos aquellos aspectos relativos al protocolo, su puesta en práctica, realizar las propuestas que se considere necesario para su mejora, revisión de casos y difusión de experiencias.

Esta comisión se reunirá al menos anualmente de forma ordinaria, o extraordinaria, a propuesta de alguno de los miembros que componen la comisión. Se realizará un informe anual de seguimiento con las conclusiones de la comisión.

3. Fases del protocolo:

Este apartado pretende establecer de forma general los pasos a seguir para la detección temprana, valoración, elaboración y la responsabilidad de cada uno de los y las profesionales implicados en este proceso.

Los ámbitos próximos al menor (familia, centro educativo, pediatra, Médico de Atención Primaria, en adelante MAP, Servicios Sociales de Atención Primaria o Atención Especializada) constituyen los puntos de referencia inmediata para la detección.

Es importante destacar que antes de los seis años, hay dificultades para establecer un diagnóstico definitivo, debido a que los síntomas pueden confundirse con falta de madurez o pueden ser la manifestación de otros trastornos. Si no se inicia el protocolo, sí es conveniente poner en marcha medidas preventivas en el centro escolar y en el ámbito familiar, y realizar un seguimiento de la evolución del menor. En algunos casos, puede ser conveniente iniciar el protocolo antes de esa edad, si los síntomas son muy significativos y producen dificultades importantes de adaptación a los distintos entornos.

La primera sospecha de que un menor puede presentar TDAH puede venir de distintas fuentes: de la familia, del pediatra, del centro escolar o de los Servicios Sociales de Atención Primaria o Especializada.

3.1. Inicio del protocolo en el centro educativo:

Si en el centro educativo se observan dificultades que afecten de forma significativa al rendimiento académico, al comportamiento en relación con los demás, el tutor o tutora comentará y contrastará los aspectos observados con el equipo docente con el fin de conocer su opinión al respecto, para proceder a realizar la demanda por escrito.

El orientador u orientadora, tras recoger la demanda efectuada por la tutora o el tutor, según el procedimiento que esté recogido en el centro para la recepción de demandas, inicia el proceso de evaluación psicopedagógica, si ello fuera necesario, poniéndose en marcha las medidas educativas en el centro escolar; igualmente se darán orientaciones y se realizará un trabajo coordinado con la familia. Es necesario que la tutora o el tutor informe a la familia o tutores legales del alumno o alumna sobre la realización de la solicitud y sobre la finalidad de la misma, para lo que solicitará por escrito el consentimiento de los padres o tutores legales.

Si se valora la existencia de indicadores suficientes que apunten a la posibilidad de un posible TDAH, se solicitará la autorización familiar (Anexo 5.1) para continuar las siguientes fases y poder realizar la derivación pertinente y coordinar actuaciones entre los servicios educativo, sanitario o social si fuese necesario.

En el caso de no obtener consentimiento familiar, una vez agotadas las vías ordinarias de trabajo con la familia en el centro en el marco de la acción tutorial, si existiese una repercusión muy negativa en el contexto escolar de esta problemática, el director o directora del centro informará a la Inspección educativa para valorar la necesidad de iniciar otras medidas.

En la página correspondiente del portal de educación se incluye un listado orientativo de pruebas, cuestionarios y escalas que se pueden utilizar en el ámbito escolar para detección del TDAH. No se pretende abarcar todas las existentes y será el juicio del orientador u orientadora, el que determine lo más apropiado en cada caso concreto, según la disponibilidad de materiales en el centro escolar, así como la complementariedad con la información aportada por otros servicios o profesionales.

Una vez realizado el informe psicopedagógico, según modelo facilitado a través del Anexo 5.2, el orientador u orientadora, además de informar de manera pormenorizada a la familia acerca de las conclusiones más significativas de la evaluación psicopedagógica así como de indicaciones acerca de las diferentes actuaciones a desarrollar en el marco familiar que permitan responder a las dificultades que presente el alumno, entregará una copia a la familia o tutor/a legal, junto a una copia anexa de la Autorización familiar, que lo remitirá al pediatra/MAP. Toda esta documentación quedará recogida en el expediente escolar del alumnado.

Si no se valorasen indicadores relacionados con TDAH, pero sí de otra posible problemática, se continuará con la derivación a los servicios sanitarios u otros especialistas, para solicitar su colaboración en el diagnóstico y poder complementar la evaluación psicopedagógica y las medidas educativas que el alumno o alumna pudiese necesitar.

La o el Pediatra/MAP cursaría la derivación a otros servicios sanitarios especializados adjuntando la información escolar y los anexos correspondientes.

En el supuesto de que la familia aporte un diagnóstico sanitario público o privado, así como valoración de otras entidades, el centro las analizará y, junto con la valoración que haga el especialista de orientación educativa del centro, continuará con la evaluación psicopedagógica, si fuese necesaria, para determinar las necesidades educativas, y la respuesta educativa que pudiese precisar.

3.2. Inicio del protocolo desde pediatría o atención primaria:

El proceso también puede iniciarse desde Atención Primaria (MAP), de forma que ante la sospecha extraída en alguna de las revisiones periódicas o atendiendo la demandada de la familia, y ante la existencia de indicadores de TDAH, el facultativo (pediatra o MAP), solicitará información al centro educativo previa autorización familiar (Anexo 5.1), para compartir información entre los servicios sociales, educativos y sanitarios. La o el Pediatra/ MAP trasladará junto con la petición de información al centro escolar otra información que pudiese ser relevante para el ámbito educativo (Anexo 5.4 y 5.5).

El orientador u orientadora recoge la información del ámbito escolar junto con el tutor o tutora y equipo docente del alumno o alumna y elabora un informe que por medio de la familia devuelve al pediatra/MAP. (Se puede utilizar el modelo de informe de recogida de información para el pediatra Anexo 5.3 o el Anexo 5.2).

El pediatra/MAP puede detectar la necesidad de valoración especializada del ámbito sanitario desde el inicio del proceso, por lo que la petición de información al centro escolar no excluye la derivación en paralelo a otros servicios.

3.3. Derivación del pediatra a otros servicios médicos especializados:

Cuando exista firme sospecha de existencia de un TDAH, el Pediatra/ MAP derivará a la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil por medio del Anexo 5.4.

Se realizará una derivación a otros especialistas, teniendo en cuenta los criterios de derivación adicional, si existiera sospecha de enfermedades neurológicas, endocrinas u otros trastornos orgánicos que cursan con alteraciones de conducta, recogidos en el Anexo 5.9. Con independencia del tratamiento a que hubiera lugar por la presencia de otras comorbilidades, si persiste la sospecha de TDAH, estos especialistas remitirán la información a la USMIJ, que es donde se pondrá el diagnóstico definitivo y el tratamiento.

En cuanto a los casos confirmados de TDAH

La USMIJ completará la evaluación con los aspectos que considere necesarios para poder realizar el diagnóstico, facilitará las indicaciones pertinentes a la familia, y si el facultativo lo considera necesario, prescribirá el tratamiento más adecuado (farmacológico, cognitivo – conductual, “psicoterapéutico”, etc.).

3.4 Derivación de los Servicios Sociales de Atención Primaria o Especializada a Pediatra/ MAP y centro educativo:

Cuando desde los Servicios Sociales de Atención Primaria, atendiendo a la demanda de la familia, o bien desde los de Atención Especializada, se detecten indicios de que el menor presente sospechas de TDAH, se acordará con la familia o tutores legales, la derivación al MAP para el inicio del protocolo. De igual forma se procederá a la comunicación con el centro educativo de la actuación realizada desde los Servicios Sociales de Atención Primaria y se establecerán el plan de intervención socio-educativo más idóneo hasta que se confirme el diagnóstico.

Pediatra/ MAP, podrá en conocimiento a los Servicios Sociales de Atención Primaria o Especializada, según proceda, las actuaciones realizadas.

3.5. Confirmación del diagnóstico por la USMIJ, información a otros servicios y medidas:

La USMIJ Cumplimentará el Anexo 5.6 y 5.7, o en su caso, el formulario de procedimiento habitual a primaria para confirmar o no la sospecha, y se trasladará tanto al pediatra/MAP, al centro educativo u otros servicios si fuese necesario. Este anexo también se utilizará para intercambiar información con el centro escolar, cualquiera que sea el estado del proceso diagnóstico o la no confirmación de éste. En caso de que desde la

USMIJ haya derivado a otros servicios adicionales, los anexos citados anteriormente recogerán las conclusiones de los otros especialistas.

Una vez confirmado o descartado el diagnóstico, se concluirá el proceso de evaluación psicopedagógica en el centro con el ajuste de las medidas educativas necesarias.

La consideración de alumna o alumno con necesidades específicas de apoyo educativo (ACNEAE) estará condicionada a su evolución escolar y la necesidad de adopción de medidas en el proceso de enseñanza/aprendizaje. En cualquier caso, y si el diagnóstico no fuese confirmado o estuviese en proceso, se recomienda por parte del orientador u orientadora y tutor o tutora un seguimiento periódico de su evolución escolar.

Es necesario recordar en este apartado, que las medidas de atención a la diversidad forman un continuo, por lo que cuantas más medidas generales de centro y aula se tengan establecidas, menos actuaciones individualizadas y más fácil será el ajuste a cada alumna o alumno, y se podrá beneficiar todo el alumnado de ellas.

Por ello, es importante que los centros que escolaricen alumnado con TDAH establezcan en sus documentos programáticos de centro especial atención a: canales de comunicación familia – escuela que permitan el intercambio y seguimiento de información de forma ágil; intensificar la coordinación de los equipos docentes, seguimiento del trabajo escolar, tiempos limitados de tarea y estudio, uso adecuado de la agenda, metodología más idónea para este alumnado (trabajo con nuevas tecnologías, aprendizaje cooperativo, priorizar estrategias de aprendizaje de tipo visual, etc.), desdobles, agrupamientos flexibles, actividades y medios de evaluación variados, intensificar en el plan de acción tutorial el trabajo sobre autoestima, mejora de la competencia emocional, entre otras.

Además puede ser necesario establecer medidas ordinarias personalizadas para una alumna o un alumno como la modificación en la temporalización, organización del aula, metodología e instrumento y tiempos de evaluación. Estas adaptaciones no son significativas, y es importante que no repercutan negativamente en la calificación del alumnado.

Por último, el alumnado con TDAH puede requerir recursos extraordinarios por presentar necesidades más graves o asociadas, y precisaría medidas de tipo extraordinario, en estos casos, este alumnado puede requerir adaptaciones curriculares significativas. Solamente se le incluirá como alumno con necesidades educativas especiales (ACNEE), cuando el TDAH presente otro trastorno asociado con una discapacidad o trastorno grave de la personalidad o comportamiento.

Estas medidas pueden ir cambiando a lo largo de la historia escolar del alumnado, por lo que deben ser revisables, el objetivo debe ser siempre ajustar la respuesta educativa al tipo de necesidades que la alumna o el alumno precise en cada momento, siempre en el marco de la mayor normalización e inclusión posible.

3.6. Seguimiento, intercambio de información posterior al diagnóstico:

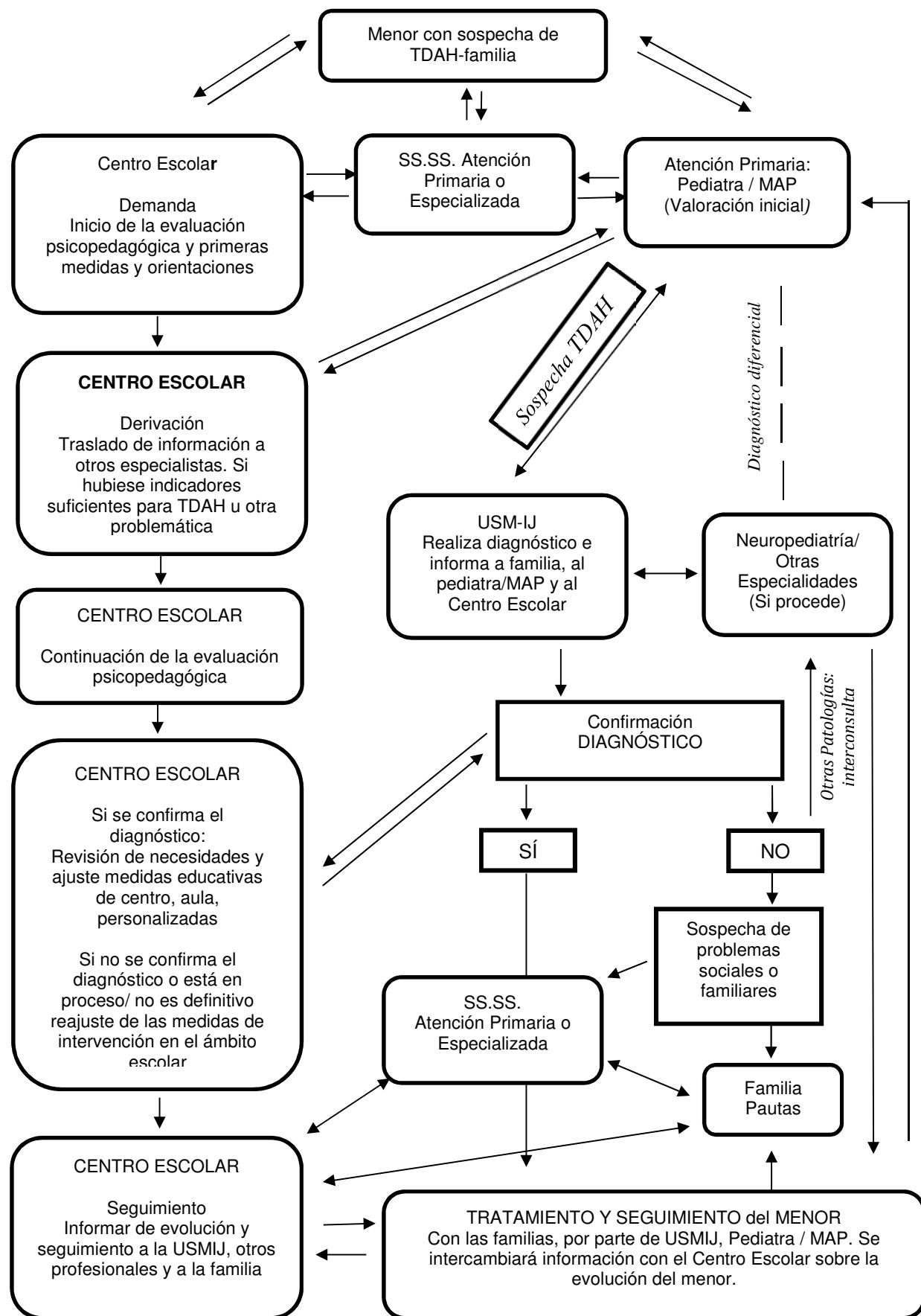
El seguimiento de los casos detectados e identificados es fundamental para poder valorar la evolución y eficacia de las medidas de intervención que se aplican en los diferentes ámbitos.

De tal manera que, cuando esté próxima la siguiente cita con el especialista, el orientador u orientadora junto con el tutor o tutora, recogerán la información del equipo docente y cumplimentarán el Anexo 5.8., que se entregará a la familia. Este mismo anexo recoge la evolución del menor desde el ámbito sanitario, que será cumplimentado por el profesional de Salud Mental y devuelto al centro escolar igualmente con la familia.

La utilización del anexo especificado, no excluye otros contactos telefónicos, por correo electrónico, presenciales, etc. que pudiesen realizarse para casos concretos entre los respectivos profesionales, para intercambiar información y poder realizar una intervención ajustada y coordinada en los distintos contextos.

Ante la situación detectada por Servicios Sociales de Atención Primaria, en alguno de los sistemas de protección implicados en la atención al menor, confirmado el diagnóstico de TDAH, se procederá a establecer la construcción de un plan de intervención social en el que se identifiquen los apoyos que precisa la familia, objetivos y actuaciones que deben realizarse con cada uno de ellos.

4. Circuito del protocolo:



5. Anexos:

Anexo 5.1 Autorización familiar para el inicio del protocolo y el intercambio de información entre profesionales

Dña....., con DNI / NIE/ Nº de Pasaporte:
.....

Don....., con DNI / NIE/ Nº de Pasaporte:
.....

como padre/ madre/ tutor o representante legal (tácheselo lo que no proceda) del menor:
.....

..... declaran que han sido informados por (especificar profesional y servicio):
.....

y autorizan a profesionales del ámbito social, educativo y sanitario de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha a coordinarse y llevar a cabo las actuaciones recogidas en el Protocolo de actuación para alumnado con TDAH en relación a mi hijo/a.

- Autorizamos / Damos nuestro consentimiento para que se inicie el Protocolo de TDAH y autorizo el intercambio de información para la coordinación de actuaciones de los profesionales implicados.
- NO Autorizamos / NO Damos nuestro consentimiento para que se inicie el Protocolo de TDAH y autorizo el intercambio de información para la coordinación de actuaciones de los profesionales implicados.

Rellenar en caso de ser firmado únicamente por uno de los padres (en los casos especificados)

DECLARO:

Que la autorización para el intercambio de información entre los servicios educativos, sanitarios y sociales al que se adjunta esta declaración está firmada por uno sólo de los progenitores debido a:

- Familia monoparental
- Fallecimiento del otro progenitor
- Privación al otro progenitor de la patria potestad de los hijos por resolución judicial
- Orden o sentencia de alejamiento u otras medidas cautelares
- Imposibilidad material de contactar con el otro progenitor para actuar en el ejercicio ordinario de la patria potestad (artículo 156 del Código Civil)
- Otras circunstancias (especificar):

En a de de 20.....

Firma: El padre

La madre

El representante legal

Las valoraciones realizadas son confidenciales, nunca deberán ser utilizadas fuera del marco para las que han sido recabadas y no podrán usarse en contra de los legítimos intereses del alumno o alumna y/o de su familia.

Anexo 5.2. Informe psicopedagógico del centro escolar

Fecha del informe:

1.Datos personales del alumno/a

Apellidos:	Nombre:	NIE:
Fecha de Nacimiento:	Edad al realizar el informe:	
Domicilio:	Nº	CP:
Localidad:	Provincia:	
Nombre de padre:	Nombre de la madre:	
Número de hijos:	Lugar que ocupa el alumno/a:	
Tf. fijo:	Tf. móvil:	E-mail:

2.Datos del centro

Centro:	Localidad y provincia:
Curso:	Tutor/a:
TI.:	Correo electrónico:
Persona de contacto con la que se va a realizar la coordinación (orientador/a) , teléfono y horario de contacto:	

3. Motivo de la evaluación

Quién solicita y por qué. Motivado por señales de alerta detectadas por el profesorado, la familia, etc.
--

4. Historia escolar, familiar, condiciones de salud y otros factores de riesgo:

4.1 Historia escolar:

Curso	Centro- localidad	Niveles cursados	Observaciones*

OBSERVACIONES*: repeticiones, absentismo, cambios significativos en el rendimiento escolar, medidas educativas adoptadas, intervenciones o evaluaciones psicopedagógicas realizadas, problemas de adaptación en algún curso, intervención de otros servicios o profesionales externos (atención temprana, logopedia...), otros aspectos relevantes que aparezcan reflejados en su expedientes escolar.

4.2 Aspectos Biológicos y Desarrollo Evolutivo:

4.3Contexto sociofamiliar. Aspectos a destacar del alumno/a en el ámbito familiar.

5. Proceso de enseñanza – aprendizaje

5.1 Nivel de competencia curricular

Resultados de la última evaluación académica realizada:

Calificaciones Delphos. Incluir pendientes si las hubiese

Grado de adquisición de las competencias:

	ALTO	MEDIO	BAJO
Competencia en comunicación lingüística			
Competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología			
Competencia digital			
Competencia para aprender a aprender			
Competencia social y cívica			
Sentido de iniciativa y espíritu emprendedor			
Conciencia y expresiones culturales			

5.2 Estilo de aprendizaje:

Agrupamientos con los que trabaja mejor, vías preferente de entrada de la información, reforzadores que mejoran su aprendizaje, interacción con el profesorado, interacción con sus compañeros, con respecto al material, hábitos, autonomía, uso de la agenda, materiales, etc.

5.3 Funciones ejecutivas:

Nivel de atención y concentración, dificultad en la resolución de problemas, planificación de actividades, estimación y uso del tiempo en la realización de tareas, dificultad en evocar palabras (fluidez fonológica y semántica), actitud ante nuevas situaciones o aprendizajes, flexibilidad, toma de decisiones, organización y planificación, control inhibitorio, etc.
Incluir resultados de pruebas estandarizadas, si se dispone de ellas en el centro.

5.4 Indicar cualquier otro aspecto relevante en relación con el proceso de enseñanza - aprendizaje:

6. Otras pruebas aplicadas y resultados obtenidos:

Incluir resultados de escalas, pruebas, entrevista, observaciones que sirva de ayuda para completar la identificación de las necesidades que presenta el alumno/a sobre: indicadores o señales de alerta de TDAH. Aspectos cognitivos, equilibrio personal o afectivo-emocional, relación interpersonal y adaptación social, desarrollo psicomotor y desarrollo comunicativo – lingüístico.

Se puede consultar en el enlace de la página de educación la propuesta de pruebas.

7. Identificación de las dificultades que presenta. Necesidades educativas:

Necesidades educativas en (especificar):
Aspectos cognitivos
Equilibrio personal o afectivo – emocional
Relación interpersonal y adaptación social
Desarrollo psicomotor
Desarrollo comunicativo – lingüístico
En aspectos socio-familiares
Relativas al proceso de enseñanza aprendizaje
Otras.

8. Actuaciones realizadas hasta el momento actual:

Especificar medidas, pautas para el profesorado, a las familias, actuaciones desarrolladas con el alumno o alumna, etc.

9. Conclusiones:

Por los datos aportados en este informe (especificar aspectos más significativos)

-
-
-
-
-

Se valora la conveniencia de iniciar el protocolo de actuación para alumnado con riesgo de TDAH y se queda a la espera de la confirmación o no del Trastorno, para ampliar en caso de confirmarse, los aspectos que pudiesen completar este informe psicopedagógico, especialmente en lo referente al ajuste de la respuesta educativa, y el traslado de información al tutor/a, para que este establezca la coordinación necesaria y establecimiento de medidas con equipo docente del alumno/a.

En , ade 20
(Sello centro)

El/La Tutor/a

El/La Orientador/a

Fdo.:

Fdo.:

VºBº Director/a

Fdo.:

Este Informe Psicopedagógico debe permanecer archivado en el Expediente Académico del alumno/a en tanto mantenga su vigencia, y ser remitido, en caso de traslado oficial de centro escolar. Los datos que contiene son estrictamente confidenciales, están recogidos con autorización de los padres o tutores legales con la única finalidad de ajustar la ayuda psicopedagógica a sus necesidades educativas, y sólo reflejan su situación en el momento actual.

Anexo 5.3. Informe del centro escolar para pediatría

(Utilizar este modelo o el del Anexo 5.2, se puede añadir otra información del centro y que pueda ser útil para un posible diagnóstico de TDAH)

Fecha del informe:

1. Datos personales del alumno/a

Apellidos:	Nombre:	NIE:
Fecha de Nacimiento:	Edad al realizar el informe:	
Domicilio:	Nº	CP:
Localidad:	Provincia:	
Nombre de padre:	Nombre de la madre:	
Número de hijos:	Lugar que ocupa el alumno/a:	
Tf. fijo:	Tf. móvil:	E-mail:

2. Datos del centro

Centro:	Localidad y provincia:
Curso:	Tutor/a:
TI.:	Correo electrónico:
Persona de contacto con la que se va a realizar la coordinación (orientador/a), teléfono y horario de contacto:	

3. Motivo del informe

Quién solicita y por qué.

4. Historia escolar:

CURSO	CENTRO-LOCALIDAD	NIVELES CURSADOS	OBSERVACIONES*

OBSERVACIONES*: repeticiones, absentismo, cambios significativos en el rendimiento escolar, medidas educativas adoptadas, intervenciones o evaluaciones psicopedagógicas realizadas, problemas de adaptación en algún curso, intervención de otros servicios o profesionales externos (atención temprana, logopedia...), otros aspectos relevantes que aparezcan reflejados en su expedientes escolar.

5. Proceso de enseñanza – Aprendizaje

5.1 Nivel de competencia curricular

Resultados de la última evaluación académica realizada:

Calificaciones Delphos. Incluir pendientes si las hubiese.

Grado de adquisición de las competencias:

	ALTO	MEDIO	BAJO
Competencia en comunicación lingüística			
Competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología			
Competencia digital			
Competencia para aprender a aprender			
Competencia social y cívica			
Sentido de iniciativa y espíritu emprendedor			
Conciencia y expresiones culturales			

5.2 Estilo de aprendizaje:

Agrupamientos con los que trabaja mejor, vías preferente de entrada de la información, reforzadores que mejoran su aprendizaje, interacción con el profesorado, interacción con sus compañeros, con respecto al material, hábitos, autonomía, uso de la agenda, uso de los materiales, etc.

5.3 Funciones ejecutivas:

Nivel de atención y concentración, dificultad en la resolución de problemas, planificación de actividades, estimación y uso del tiempo en la realización de tareas, dificultad en evocar palabras (fluidez fonológica y semántica), actitud ante nuevas situaciones o aprendizajes, flexibilidad, toma de decisiones, organización y planificación, control inhibitorio, etc.

Incluir resultados de pruebas estandarizadas, si se dispone de ellas en el centro.

5.4 Indicar cualquier otros aspectos relevantes en relación con el proceso de enseñanza - aprendizaje:

6. Otras pruebas aplicadas y resultados obtenidos:

Incluir resultados de escalas, pruebas, entrevista, observaciones que sirva de ayuda para completar la identificación de las necesidades que presenta el alumno/a sobre: indicadores o señales de alerta de TDAH. Aspectos cognitivos, equilibrio personal o afectivo-emocional, relación interpersonal y adaptación social, desarrollo psicomotor y desarrollo comunicativo – lingüístico.

Se puede consultar en el enlace de la página de educación la propuesta de pruebas.

7. Actuaciones realizadas hasta el momento actual:

Especificar medidas si se hubiese realizado , pautas para el profesorado, a las familias, actuaciones desarrolladas con el alumno o alumna, etc.

8. Conclusiones:

Por los datos aportados en este informe (especificar aspectos más significativos)

-
-
-
-
-
-

En , ade de 20

(Sello centro)

El/La Tutor/a

El/La Orientador/a

Fdo.:

Fdo.:

Vº Bº. Director/a

Fdo.:

Este Informe Psicopedagógico debe permanecer archivado en el Expediente Académico del alumno/a en tanto mantenga su vigencia, y ser remitido, en caso de traslado oficial de centro escolar. Los datos que contiene son estrictamente confidenciales, están recogidos con autorización de los padres o tutores legales con la única finalidad de ajustar la ayuda psicopedagógica a sus necesidades educativas, y sólo reflejan su situación en el momento actual.

Anexo 5.4 Solicitud de información pediatra/MAP al centro escolar

El menor _____ presenta signos de sospecha de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Con el objetivo de realizar una evaluación lo más completa posible, solicitamos la colaboración del tutor/a y el Orientador/a del centro para conocer la situación en el ámbito escolar, asimismo le informamos que el menor ha sido derivado a otros servicios médicos especializados.

Para este fin, les agradeceríamos, nos faciliten la información que les solicitamos en el Anexo 5.2. o 5.3.

Agradeciendo su colaboración y quedando a su disposición para cualquier aclaración, les saluda atentamente,

Dr./Dra.: _____

Centro de Salud: _____

En a.....de.....de 20.....

Se adjuntarán a esta solicitud:

- Autorización familiar (Anexo 5.1)
- El Anexo 5.5. u otra información que pueda ser de utilidad para el centro escolar.

Anexo 5.5 Hoja de derivación de paciente con sospecha de TDAH desde atención primaria a especializada

Información requerida

1. Antecedentes médicos personales (Marcar si están presentes y describir)

	Sí/No	Descripción de las alteraciones
Factores de riesgo pre o perinatales		
Alteraciones en desarrollo		
Alteraciones médicas		
Alergias farmacológicas		
Tratamientos médicos concomitantes		

2. Sintomatología actual para derivación (Marcar si están presentes)

Puntuación de la escala SNAP IV:

Síntomas Cardinales según CIE ___ o DSM ___	Grado de disfunción		
	Leve	Moderado	Grave
Déficit de atención			
Hiperactividad/Impulsividad			

3. Identificación de factores de riesgo cardíacos potenciales para el tratamiento con estimulantes/atomoxetina (Marcar si están presentes)

Fc de riesgo cardíaco a la exploración física	Fc de riesgo cardíaco en la anamnesis
Hipertensión arterial	Disnea con el ejercicio
Soplo cardíaco no funcional	Baja tolerancia al ejercicio sin explicación
Cicatriz esternotomía	Síncope con el ejercicio o miedo
Otros hallazgos cardíacos anormales	Palpitaciones con el ejercicio
Antecedentes personales o familiares de riesgo cardiovascular	
Historia familiar de muerte súbita	Hipertensión Pulmonar
Síndrome QT largo u otras arritmias familiares	Accidentes o ahogamientos inexplicados
Síndrome WPW	Desfibrilador implantado
Cardiomiopatía	

Información adicional (rellenar si el pediatra de referencia tiene información al respecto)

4. Síntomas comórbidos/Diagnóstico diferencial (Marcar si están presentes y describir)

Síntomas ansiedad	
Síntomas afectivos	
Alteraciones de conducta	
Tics	
Síntomas psicóticos	
Síntomas Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD/TEA)	
Otros:	

5. Evolución

Edad Inicio de los síntomas	
Tiempo de evolución	
Posibles factores precipitantes (Estresores vitales previos al inicio de los síntomas)	

6. Presencia de alteraciones psicosociales (Marcar si están presentes y describir)

Descripción de apartados

Información requerida

1. Antecedentes médicos personales (señalar si existen alteraciones en este apartado conocidas por el pediatra de referencia del menor)

- a. Factores de riesgo pre o perinatales: Exposición a tóxicos o alteraciones de interés durante el embarazo, sufrimiento fetal, prematuridad, bajo peso al nacer,...
- b. Alteraciones en el desarrollo: Retraso en la adquisición de hitos motores, lenguaje,...
- c. Alteraciones médicas: Alteraciones sensoriales, ferropenia, alteraciones tiroideas, síndrome de piernas inquietas, epilepsia,...
- d. Alergias farmacológicas
- e. Tratamientos médicos concomitantes: Broncodilatadores, betabloqueantes, benzodiacepinas, anticonvulsivantes, corticoides,...

2. Sintomatología actual para derivación (Señalar si están presentes síntomas cardinales sugerentes de TDA-H según escala SNAP IV o criterios en clasificaciones CIE o DSM). El grado de disfunción que ocasionan los síntomas se puede valorar con la escala GAF.

3. Identificación de factores de riesgo cardíacos potenciales para el tratamiento con estimulantes/atomoxetina (adaptado de la escala de Warren y Hamilton).

Información adicional

4. Síntomas comórbidos/Diagnóstico diferencial

- f. Síntomas de ansiedad: Angustia, astenia, miedos y preocupaciones (por hacer mal las cosas, porque puedan ocurrir sucesos negativos a su familia o a él mismo, alteraciones del sueño, somatizaciones, pensamientos obsesivos,...
- g. Síntomas afectivos: Irritabilidad, rabietas, lentitud o hiperactividad psicomotriz, anhedonia, desesperanza, aislamiento social, ideaciones auto-heterolíticas, alteraciones del sueño, somatizaciones,...
- h. Alteraciones de conducta: conducta oposicionista o desafiante, desprecio por los bienes ajenos,...
- i. Tics u otras alteraciones psicomotoras
- j. Alteraciones específicas del lenguaje
- k. Retraso mental
- l. Abuso de tóxicos
- m. Síntomas psicóticos: alteraciones del pensamiento (pensamiento o discurso desorganizado, ideación delirante, alteraciones sensoperceptivas, cambios bruscos o inexplicados de humor, risas o gritos inmotivados,...
- n. Síntomas de Trastorno del espectro autista: alteraciones del lenguaje (retraso en la adquisición, disminución de habilidades lingüísticas según edad, anomalías específicas del lenguaje, ...), alteraciones en la interacción social (bajo interés por los otros, dificultades en el juego simbólico o de "como si", dificultades en la atención conjunta, ...), intereses restrictivos y conductas repetitivas (baja tolerancia a los cambios, estereotipias, ...)
- o. Otros: enuresis o encopresis, alteraciones en conducta alimentaria,

5. Evolución:

Factores precipitantes (estresores vitales previos al inicio de los síntomas): Ausencia o fallecimiento de familiar, nacimiento de un hermano, situación traumática, separación padres,...

6. Presencia de alteraciones psicosociales:

Situaciones psicosociales adversas (inmigración, bajo estatus socioeconómico,...), situaciones de negligencia, maltrato, abuso o abandono emocional, enfermedad mental o abuso de tóxicos en padres o cuidadores,...

Anexo 5.6. Informe clínico o formulario de procedimiento habitual desde USMIJ a primaria
(Pediatría/MAP)

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Domicilio familiar:

Fecha 1^a consulta:

Teléfonos:

Fecha Alta:

Motivo de consulta:

Exploración psicopatológica:

Otras exploraciones:

Diagnóstico:

Tratamiento:

Recomendaciones:

En _____ a _____ de _____ de 20____

Facultativo responsable

Fdo: _____

Anexo 5.7. Informe clínico desde atención especializada (USMIJ) para el centro escolar

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Domicilio familiar:

Centro escolar al que asiste:

Teléfonos:

Fecha 1^a consulta:

Aspectos relevantes de la evaluación realizada:

(Resultados de pruebas realizadas que complementan la evaluación realizada en el centro escolar.
Anexar toda la información que se valore que pueda ser útil para el centro escolar)

Diagnóstico:

(Especificar presentación clínica –subtipo- en caso de diagnóstico de TDAH)

Comorbilidades:

Tratamiento:

(Especificar si lo hubiera tratamiento psicoterapéutico y/o psicofarmacológico y recomendaciones específicas del caso)

Evolución:

Próxima cita médica:

En _____ a _____ de _____ de 20____

Facultativo responsable (Psiquiatra o Psicólogo/a)

Fdo: _____

Anexo 5.8. Informe de seguimiento para comunicar la evolución del menor con TDAH

A. Datos Personales

Apellidos:	Nombre:
Fecha de Nacimiento:	
Centro escolar:	Curso
Servicio sanitario:	
Diagnóstico/Fecha del mismo:	

B. Evaluación del alumno en el ámbito escolar:

(Breve valoración que hace el tutor/a y el equipo docente del menor)

Variables	Breve descripción con cambios significativos	Variabilidad a lo largo de la jornada escolar (a primera-últimas horas; antes-después recreo; principio-final semana; tras fines de semana o vacaciones...).
Rendimiento		
Conducta		
Relaciones sociales		
Otras		

En a.....de.....de 20.....

Fdo.: _____
Tutor/a

Orientador/a

Fdo.: _____

C. Evolución del alumno/a en el ámbito sanitario (Seguimiento, tratamiento, próxima cita).

En a.....de.....de 20.....

Fdo.: _____

Facultativo

responsable

Anexo 5.9. Criterios de derivación adicional para evaluación por otros especialistas (Salud Mental Infanto-Juvenil, neuropediatra, oftalmólogo, otorrinolaringólogo...)

1. Retraso Psicomotor/retraso mental.
2. Trastornos del Espectro Autista.(Derivación conjunta SMIJ y neuropediatra)
3. Problemas de aprendizaje
4. Rasgos Dismórficos.
5. Microcefalia o macrocefalia.
6. Estigmas cutáneos (manchas café con leche, manchas hipocrómicas).
7. Exploración neurológica alterada.
8. Trastornos de movimiento (tics, problemas de coordinación, ataxia...).
9. Convulsiones
10. Trastornos del Lenguaje.
11. Sospecha de déficit visual o auditivo
12. Enfermedad neurológica previa o concomitante (ej.: infecciones graves del SNC, encefalopatía hipóxico-isquémica, accidente cerebrovascular, tumores, epilepsia...).
13. Enfermedad crónica que requiere tratamiento con un medicamento que interfiere con el aprendizaje.
14. Los niños que siguen teniendo problemas en el funcionamiento a pesar del tratamiento.

Sólo se solicitarán pruebas diagnósticas (neuroimagen, EEG, pruebas genéticas) en aquellos casos en los que se considere indicado por la anamnesis o la exploración.

Anexo 5.10. Documentos:

1.Guía TDAH CLM. "Ideas clave para la respuesta educativa para el alumno TDAH". Consejería de Educación y Ciencia.

2.Actualización en Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Material para un trabajo psicoeducativo con pacientes, familias, educadores y otros profesionales motivados. Unidad Funcional de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento del TDA-H en el área la Mancha Centro (2009)

<http://www.bubok.es/libros/238994/Actualizacion-en-Trastorno-por-Deficit-de-Atencion-con-Hiperactividad-Material-para-un-trabajo-psicoeducativo-con-pacientes-familias-educadores-y-otros-profesionales-motivados>.

3.American Psychiatrics Association (2014). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Madrid: Ed. Panamericana.

CIE-10 (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión. Organización Mundial de la Salud.

Anexo 5.11. Enlaces de interés:

1. Enlaces de las Consejerías participantes al Protocolo de coordinación de TDAH, materiales y anexos:

Consejería de Bienestar Social:

<http://www.castillalamancha.es/gobierno/bienestarsocial/planesyprogramas>.

Consejería de Educación, Cultura y Deportes:

<http://www.educa.jccm.es/es/sistema-educativo/orientacion-convivencia-atencion-diversidad>

Consejería de Sanidad y Sescam:

Planes y Programas | Gobierno de Castilla-La Mancha

-Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH) <http://www.feaadah.org/es/>

-Fundación ADANA: www.fundacionadana.org

-Fundación CADAH: www.fundacioncadah.org.

-www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia. AACAP www.aiaqs.net. AIAQS

Anexo 5.12. Directorio:

Federación de asociaciones TDAH de castilla-la mancha:

-Correo electrónico: presidenta.facam.tdah@gmail.com

-Tfno.: 619 060 990

AFYMDA:

-Localidad: Motilla del Palancar, Graja de Iniesta y Minglanilla

-Correo electrónico: afymda.manchuelaconquense@gmail.com

-Tfno.: 666 960 690

AMHIDA:

<http://amhida.com/>

-Localidad: Ciudad Real.

-Correo electrónico: info@amhida.es

-Tfno.: 926 922 161 – 628 534 431

APANDAH

<http://apandah.blogspot.com.es/>

-Localidad: Albacete.

-Correo electrónico: apandah@gmail.com

-Tfno.: 687 728 786

ATDAHTA:

<http://atdahta.blogspot.com.es/2011/02/tdah-en-talavera-de-la-reina.html>

-Localidad: Talavera de la Reina, Toledo.

-Correo electrónico: atdahta@gmail.com

-Tfno.: 656 855 266

Avanza-TDAH:

-Localidad: Almansa, Albacete.

-Correo electrónico: avanzatdahalmansa@gmail.com

-Tfno.: 634 294 026

TDAH Camuñas:

-Localidad: Camuñas (Toledo)

-Correo electrónico: tdahtcamunas@outlook.com

-Tfno.: 626 744 295

TDAH Guadalajara:

<http://tdahguadalajara.org/>

-Localidad: Guadalajara.

-Correo electrónico: tdahtguadalajara@gmail.com

-Tfno.: 619 060 990

TDAH Toledo:

-Localidad: Toledo.

-Correo electrónico: tdahtoledo@gmail.com

-Tfno.: 671 764 460

SESCAM

-Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)
Avda. Río Guadiana 4 - 45007 TOLEDO. España
Teléfono: 925 274 100

Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de Castilla-La Mancha

-Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Albacete
Hospital Virgen del Perpetuo Socorro
C/ Seminario, 4 – 02006 Albacete
Teléfono: 967 597 645

-Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Ciudad Real
Hospital General de Ciudad Real
C/ Obispo Rafael Torija, S/N – 13002 Ciudad Real
Teléfono: 926 278 000 – Extensión: 77150

-Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cuenca
Consultorio Local Fuente del Oro
Avda. San Julián, 32-B – 16002 Cuenca
Teléfono: 969 212 849

-Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Guadalajara
C/ Ferial, 31 -2^a – 19002 Guadalajara
Teléfono: 949 225 719

-Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Mancha Centro
Hospital General La Mancha Centro
Avda. de la Constitución, 3 – 13600 Alcázar de San Juan
Teléfono: 926 580 696

-Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Talavera de la Reina
Instituto de Ciencias de la Salud
Ctra. de Extremadura, Km. 114,1 – 45600 Talavera de la Reina
Teléfono: 925 803 600 Extensión: 86852

-Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Toledo
Complejo Hospitalario de Toledo
C/ Barcelona, S/N – Módulo 3 - 45004 Toledo
Teléfono: 925 223 851

Consejería y Direcciones Provinciales de Educación, Cultura y Deportes

- Consejería de Educación, Cultura y Deportes. Dirección General de Programas, Atención a la Diversidad y Formación Profesional
Bulevar del Río Alberche s/n; 45071 Toledo.
Teléfono: 925 247 400
- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Albacete.
Av/ de la Estación, 2; C.P. 02001
Teléfono: 967 596 300
- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Ciudad Real.
Av/ de Alarcos, 21; C.P. 13071
Teléfonos: 926 279 124 / 926 279 071 / 926 279 072
- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Cuenca.
Av/ de la República Argentina, 16; C.P. 16002
Teléfono: 969 176 300
- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Guadalajara. C/ Juan Bautista Topete 1y3; C.P. 19071
Teléfono: 949 887 900
- Dirección Provincial de Educación, Cultura y Deportes de Toledo.
Av/ de Europa 26; C.P. 45003
Teléfono: 925 259 600

Consejería y Direcciones Provinciales de Sanidad

- Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección sanitaria.
Avda. / de Francia, 4; 45071 Toledo.
Teléfono: 925 248 781
- Consejería de Sanidad. DG de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria
Avda. / de Francia, 4; 45071 Toledo.
Teléfono: 925 265 239
- Dirección Provincial de Sanidad de Albacete.
Avda. / de la Guardia Civil, 5; 02071 Albacete
Teléfono: 967 557 900
- Dirección Provincial de Sanidad de Ciudad Real.
C/ Paloma, 7; 13071 Ciudad Real
Teléfono: 926 276 000
- Dirección Provincial de Sanidad de Cuenca.
C/ De las Torres, 61; 16071 Cuenca
Teléfono: 969 176 500
- Dirección Provincial de Sanidad de Guadalajara.
C/ Doctor Fernández Iparraguirre, 1; 19071 Guadalajara
Teléfonos: 949 885 500 / 949 885 800
- Dirección Provincial de Sanidad de Toledo.
C/ Río Guadalmena, 2; 45071 Toledo
Teléfono: 925 266 400

Consejería y Direcciones Provinciales de Bienestar Social

- Consejería de Bienestar Social. Dirección General de Familias y Menores
Avda. / de Francia, 4; 45071 Toledo.
Teléfono: 925 287 096
- Dirección Provincial de Bienestar Social de Albacete.
Paseo Pedro Simón Abril, 10; 02071 Albacete
Teléfono: 967 558 000
- Dirección Provincial de Bienestar Social de Ciudad Real.
C/ Paloma, 21; 13071 Ciudad Real
Teléfono: 926 276 200
- Dirección Provincial de Bienestar Social de Cuenca.
C/ Lorenzo Hervás y Panduro, 1; 16071 Cuenca
Teléfono: 969 176 800
- Dirección Provincial de Bienestar Social de Guadalajara.
C/ Julián Besteiro, 2; 19071 Guadalajara
Teléfono: 949 885 800
- Dirección Provincial de Bienestar Social de Toledo.
C/ Río Guadalmena, 2; 45071 Toledo
Teléfono: 925 269 069



PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UN POSIBLE CASO DE VARICELA EN UN CENTRO DOCENTE

Tras analizar la situación de riesgo en los centros docentes de contraer varicela, por parte de la Dirección General de Recursos Humanos y Planificación Educativa se han establecido las siguientes medidas de actuación preventiva al objeto de proteger a la Comunidad Educativa y sobre todo para proteger de la posible infección a recién nacidos no inmunes u otros ocupantes de los centros que tengan bajas las defensas (inmunodeprimidos y/o mujeres embarazadas).

Este procedimiento establece dos tipos de actuación preventiva, una para proteger de la propagación a la población en general y, otra, para proteger a los trabajadores especialmente sensibles y trabajadoras embarazadas.

Hay que señalar la existencia de una Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica que es la encargada de detectar precozmente situaciones epidémicas y/o de riesgo, valorar la necesidad de emprender medidas preventivas en los centros docentes, coordinar las actuaciones necesarias en relación a la información a los padres y personal del centro, las medidas de control tanto sobre el enfermo, sus contactos y las instalaciones y establecer la comunicación con los profesionales sanitarios del SESCAM.

Descripción de la Enfermedad

Varicela. Enfermedad vírica aguda leve aunque puede ser más grave en adultos, especialmente en personas con inmunodeficiencias o enfermedades crónicas, y lactantes. Suele presentar fiebre no muy alta, síntomas generales mínimos y una erupción cutánea pruriginosa (picor) consistente en pequeñas vesículas, que evoluciona a costras granulosas. Tras la infección primaria, el virus puede reactivarse en cualquier momento de la vida y dar lugar a lo que se conoce como herpes zóster.

Mecanismo de transmisión. Se trasmite por contacto directo persona a persona, a través de las gotitas producidas al toser o estornudar, por contacto directo con el líquido de las vesículas de las lesiones cutáneas o por contacto con objetos recién contaminados por secreciones mucosas o de las vesículas. Las costras no son contagiosas.

Periodo de contagio. La varicela es una de las enfermedades que se contagia con facilidad en las primeras etapas de la erupción desde 1 a 2 días antes del comienzo de la erupción, hasta que se secan las vesículas (unos 5-6 días desde el inicio del exantema).

Periodo de Incubación. Es de 2 o 3 semanas (normalmente de 14 a 16 días).

Medidas preventivas para evitar la propagación de la enfermedad a la población en general.

La mayor parte de las medidas preventivas van dirigidas a la adquisición de hábitos saludables en los centros, sobre todo de higiene personal y ambiental, además de información sobre los períodos recomendados de ausencia de asistencia a los centros (exclusión) e información de los programas de vacunación.

Medidas preventivas para evitar la propagación de la enfermedad trasmisibles en un centro docente (Comunidad Educativa).

Para evitar enfermedades transmisibles en un centro escolar, a parte de la información sanitaria, la vacunación cuando sea efectiva y aplicable, y el asesoramiento preventivo, hay una serie de medidas preventivas generales de higiene a llevar a cabo por el centro durante todo el año escolar.

A. Medidas de Higiene Personal (aplicar, en la medida de lo posible, también con los niños).

- Lavarse las manos frecuentemente con jabón (durante 15-20 segundos), sobre todo después de toser, estornudar o utilizar el servicio.
- Cubrirse la boca y nariz al toser y estornudar con pañuelos de papel y tirarlos a la basura. Si no se tiene pañuelo de papel, toser y estornudar sobre el brazo para no contaminar las manos (<http://askabiologist.asu.edu/ataque-viral-virus>).
- No compartir objetos personales de higiene o aseo como vasos, toallas, pañuelos, etc.
- Evitar tocar con las manos los ojos, la nariz o la boca.

B. Medidas en el entorno, limpieza y ventilación:

- Ventilar diariamente y renovar el aire durante tiempo suficiente en las instalaciones, aulas y espacios comunes, a primera hora de la mañana o última de la tarde.
- Limpiar frecuentemente las instalaciones (suelos, baños,...) con los desinfectantes habituales y, muy especialmente, aquellos objetos que con más frecuencia se tocan con las manos (mesas, sillas, pomos de puertas, grifos,...). En el caso de los urinarios hay que prestar especial atención al reborde interior, zona muy difícil de desinfectar.
- Limpiar con agua y jabón los juguetes utilizados a menudo.
- En caso de situaciones especiales en la que las superficies o los objetos (incluidos los juguetes) que se hayan podido contaminar (vómitos, diarrea, etc) se deben usar soluciones cloradas (hipoclorito sódico diluido en agua) para su desinfección.
- Dotar los aseos de jabón en dispensador y toallas desechables.
- En el caso que haya superficies manchadas con sangre, vomito o heces, la limpieza de estas **SIEMPRE** ha de seguir las siguientes recomendaciones:
 - Utilizar guantes y toallas desechables.
 - Para la limpieza de superficies, verter sobre la superficie a limpiar lejía diluida al 10% (una parte de lejía doméstica en nueve de agua fría).
 - Introducir en bolsa de plástico el material utilizado, cerrar herméticamente y tirarla a la basura.

Medidas preventivas adicionales, en materia de prevención de riesgos laborales, para el personal especialmente sensible con anemias crónicas, inmunodeprimidos o con defensas bajas, y mujeres embarazadas.

El Director/a del centro, en el momento de que tenga conocimiento de un caso de varicela, debe preguntar a los trabajadores que estén en contacto directo con el caso, si se encuentran en alguna situación de especial sensibilidad (bajas defensas o trabajadoras embarazadas). Si hay algún caso, se debe poner en contacto con el Técnico de Prevención

de la Dirección Provincial para que actualicen la evaluación de riesgos y se tomen las siguientes medidas preventivas.

Trabajadores/as especialmente sensibles. Se recomienda la exclusión del entorno donde se ha producido algún caso por el tiempo que establezca el médico que le asiste en su especial sensibilidad.

Con mujeres en periodo de gestación. Si no están vacunadas y no han pasado la enfermedad, se recomienda la exclusión del entorno donde se ha producido algún caso, durante 21 días después de la aparición del último caso, además se podrán plantear particularmente otras medidas. Si la trabajadora embarazada tuviera dudas, de su estado de inmunidad, deberá comprobarlo inmediatamente. Para ello, si está de baja deberá realizarse una prueba inmunológica a través de su médico de cabecera habitual y si está de alta, por medio del Servicio de Vigilancia de la Salud.

Todas las mujeres en edad fértil deberían estar vacunadas. De no ser así, y no ha pasado la enfermedad, debe acudir a Vigilancia de la Salud para comprobar si está inmunizada.

Medidas de información sanitaria, control y estudio de casos de la enfermedad.

- El centro, al inicio del curso escolar, debe informar a los padres o tutores de la obligación que tienen de **COMUNICAR de manera INMEDIATA** al centro docente, **CUALQUIER SOSPECHA** de posible **ENFERMEDAD** contagiosa, para evitar la propagación a la colectividad.
- El centro debe informar, a los padres, que el niño enfermo **NO DEBE ACUDIR A CLASE DURANTE 5 DÍAS COMO MÍNIMO**, después de haber comenzado la erupción, o hasta que se sequen las vesículas, para reducir la exposición a otros niños o trabajadores.
- El centro distribuirá la información con las medidas necesarias a emprender en cada caso.
- El Técnico de Prevención de Educación prestará asesoramiento al centro educativo en caso de que haya contacto directo de trabajadores/as especialmente sensibles y trabajadoras embarazadas en el centro docente.



PROCEDIMIENTO PARA ACTUACIÓN CON LA PAROTIDITIS/PAPERAS EN UN CENTRO DOCENTE.

Tras analizar la situación de riesgo en las Escuelas Infantiles y en los centros docentes de contraer parotiditis por parte de la Dirección General de Recursos Humanos y Planificación Educativa, se han establecido las siguientes medidas de actuación preventiva, no solo para proteger a la colectividad, sino sobre todo para proteger de la posible infección a recién nacidos no inmunes u otros ocupantes de los centros que tengan bajas las defensas (inmunodeprimidos, o mujeres embarazadas).

Esta ficha establece dos tipos de actuación preventiva, una para proteger de la propagación a la población en general, y otra para proteger a los trabajadores especialmente sensibles y trabajadoras embarazadas.

Hay que señalar la existencia de una Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en las Direcciones Provinciales de Sanidad, que es la encargada de detectar precozmente situaciones epidémicas y/o de riesgo, y de valorar la necesidad de emprender medidas preventivas en los centros docentes y coordinar las actuaciones necesarias en relación a la información a los padres y personal del centro, a las medidas de control tanto sobre el enfermo, sus contactos y las instalaciones y establecer la comunicación con los profesionales sanitarios del SESCAM. Los centros deben tener localizado el teléfono de Vigilancia Epidemiológica de Sanidad en su provincia, para consultar dudas..

Descripción de la Enfermedad

Parotiditis epidémica (paperas): La parotiditis es una enfermedad aguda que se caracteriza por la presencia de fiebre e inflamación y dolor de una o dos de las glándulas salivares parótidas situadas en el cuello, por la infección del virus de la parotiditis epidémica. Ocurre en la infancia y sobre todo, en pacientes prepúberes. (adolescentes) y muchas de las infecciones en niños menores de 2 años cursan sin síntomas.

Los casos se presentan principalmente en invierno y primavera. En adultos son más probables las complicaciones.

Mecanismo de transmisión: se trasmite por contacto directo de persona a persona, por la saliva, y secreciones de nariz y garganta por diseminación de aerosoles, vía respiratoria (a través de gotas de saliva en el aire, gotitas de Flügge) o por contacto directo de las secreciones salivales. La entrada del virus por la nariz o la boca, se sigue por la proliferación viral en las glándulas salivales o en la superficie epitelio de las vías respiratorias.

- **Periodo de Contagio.** El periodo de mayor *contagio* está comprendido entre 2 días antes del inicio de la enfermedad a los 4 posteriores (incluso hasta los 9 días posteriores).
- **Periodo de incubación.** Oscila entre 14 y 25 días (lo más frecuente es de 15 a 18 días). Presenta un periodo de incubación asintomática de 15-21 días, tras el cual, aparece un período de invasión breve, de 24-36 horas.

Medidas preventivas para evitar la propagación de la enfermedad a la población en general.

La mayor parte de las medidas preventivas van dirigidas a la adquisición de hábitos saludables en los centros, sobre todo de higiene personal y ambiental, además de información sobre los periodos recomendados de ausencia de asistencia a los centros, (exclusión), e información de los programas de vacunación.

Medidas de información sanitaria del centro de los padres y a los trabajadores/as, control y estudio de casos de la enfermedad.

- El centro al inicio del curso escolar, debe informar a los padres o tutores de la obligación que tienen de **COMUNICAR de manera INMEDIATA** al centro docente, **CUALQUIER SOSPECHA** de posible **ENFERMEDAD** contagiosa, para evitar la propagación a la colectividad.
- El centro tras conocer **CUALQUIER SOSPECHA** de posible **ENFERMEDAD** contagiosa, debe comunicarlo y **seguir las indicaciones que le traslade el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de su provincia.**
- El centro para evitar propagación a la colectividad debe informar a los padres, que el niño enfermo **NO DEBE ACUDIR CLASE DURANTE 5 DÍAS COMO MÍNIMO** después de haber comenzado los síntomas, hasta la resolución de la tumefacción parotídea, para reducir la exposición a otros niños o trabajadores/as
- El centro distribuirá la información con las medidas necesarias a emprender que le traslade **el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de su provincia, tanto a tomar en el centro.** El técnico de Prevención de Educación prestará asesoramiento al centro educativo, en caso de que haya contacto directo de trabajadores/as especialmente sensibles y trabajadoras embarazadas en el centro docente.

Medidas preventivas para evitar la propagación de la enfermedad trasmisibles en un centro docente.

Además, para evitar enfermedades transmisibles en un centro escolar, a parte de la información sanitaria, la vacunación cuando sea efectiva y aplicable, y el asesoramiento preventivo, hay una serie de medidas preventivas generales de higiene a llevar por el centro durante todo el año escolar.

A.- Medidas de Higiene Personal (aplicar, en la medida de lo posible, también con los niños):

- Lavarse las manos frecuentemente con jabón (durante 15-20 segundos), sobre todo, después de toser, estornudar o utilizar el servicio.
- Cubrirse la boca y nariz al toser y estornudar con pañuelos de papel y tirarlos a la basura. Si no se tiene pañuelo de papel, toser y estornudar sobre el brazo para no contaminar las manos. (Tomado de: <http://askabiologist.asu.edu/ataque-viral-virus>).
- No compartir objetos personales, de higiene o aseo como vasos, toallas, pañuelos, etc.
- Evitar tocar con las manos los ojos, la nariz o la boca.

B.- Medidas en el Entorno, limpieza y ventilación:

- Ventilar diariamente y renovar el aire durante tiempo suficiente en las instalaciones, aulas y espacios comunes, a primera hora de la mañana o última de la tarde.
- Limpiar frecuentemente las instalaciones (suelos, baños,...) con los desinfectantes habituales y, muy especialmente, aquellos objetos que con más frecuencia se tocan con las manos (mesas, sillas, pomos de puertas, grifos...). En el caso de los váteres hay que prestar especial atención al reborde interior, zona muy difícil de desinfectar.
- Limpiar con agua y jabón los juguetes utilizados a menudo.
- En caso de situaciones especiales en la que las superficies o los objetos (incluidos los juguetes) se hayan podido contaminar (vómitos, diarrea, etc), se deben usar soluciones cloradas (hipoclorito sódico diluido en agua) para su desinfección.
- Dotar los aseos de jabón en dispensador y toallas desechables.

- En el caso de que haya superficies manchadas con sangre, vomito o heces. Para la limpieza de estas manchas, SIEMPRE han de seguirse las siguientes recomendaciones:

- Utilizar guantes desechables y toallas desechables.
- Para la limpieza de superficies, verter sobre la superficie a limpiar lejía diluida al 10% (una parte de lejía doméstica en 9 de agua fría).
- Introducir en bolsa de plástico el material utilizado, cerrar herméticamente y tirarla a la basura.

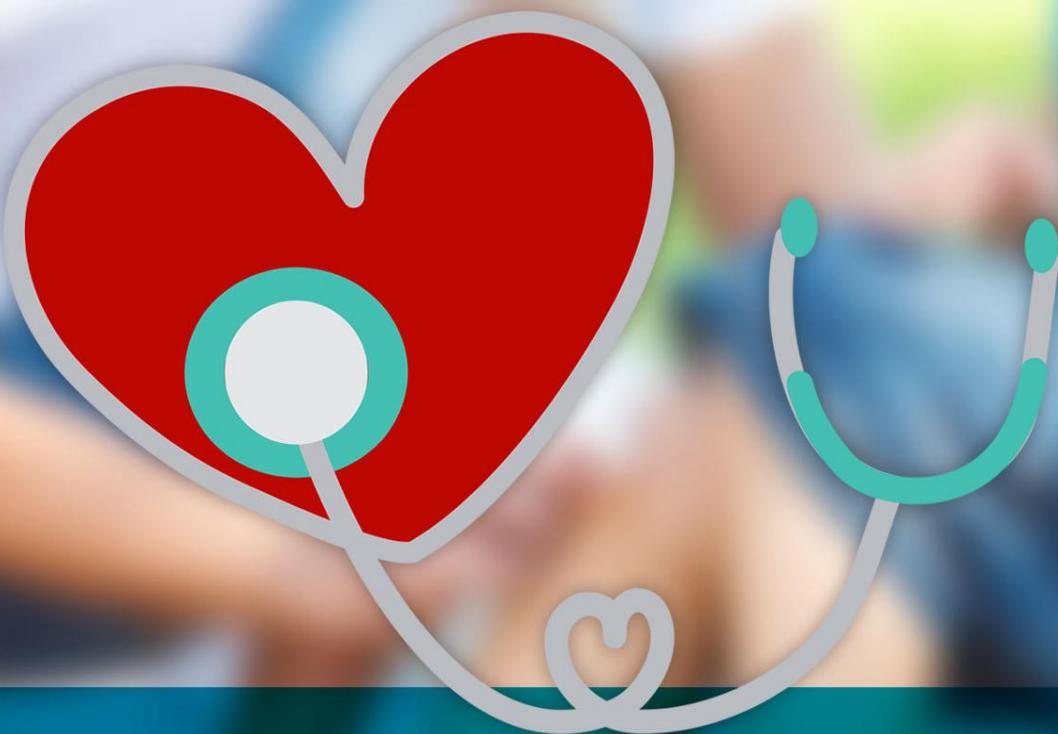
Medidas preventivas adicionales en materia de prevención de riesgos laborales, para el personal especialmente sensible (con anemias crónicas, inmunodeprimidos o con defensas bajas) y mujeres embarazadas:

El Director/a del centro en el momento de que tenga conocimiento de un caso de parotiditis debe preguntar a los trabajadores que estén en contacto directo con el caso, si han pasado la enfermedad, se han vacunado o se encuentran en alguna situación de especial sensibilidad (bajas defensas o trabajadoras embarazadas). Si hay algún caso se debe poner en contacto con el técnico de prevención de la Dirección Provincial, para que actualicen la evaluación de riesgos y se tomen las siguientes medidas preventivas.

- **Trabajadores/as especialmente sensibles**, se recomienda exclusión del entorno donde se ha producido algún caso, por el tiempo que establezca el médico que le asiste en su especial sensibilidad. O hasta cinco días después del comienzo del exantema o de iniciada la inflamación de la parótida, en el caso de las paperas
- **Con mujeres en periodo de gestación, si no están vacunadas y no han pasado la enfermedad**, se recomienda la exclusión del entorno donde se ha producido algún caso, durante 25 días después de la aparición del último caso, además se podrán plantear particularmente otras medidas.

La inmunidad adquirida después de haber contraído la enfermedad es generalmente permanente. Si la trabajadora embarazada tuviera dudas de su estado de inmunidad, deberá comprobarlo inmediatamente, para ello, si está de baja deberá realizarse una prueba inmunológica a través de su médico de cabecera habitual, y si está de alta, por medio del Servicio de Vigilancia de la salud.

Todas las mujeres en edad fértil deberían estar vacunadas, y no quedarse embarazadas en los seis meses siguientes, y si no es así, y no ha pasado la enfermedad, debe acudir a vigilancia de la salud para comprobar si está inmunizada.



Manual de actuaciones para una **Escuela segura**

CASTILLA-LA MANCHA

Índice de contenidos

GRUPO DE TRABAJO ELABORADOR	5
1. PRESENTACIÓN (CARTA DE LA CONSEJERA DE EDUCACIÓN Y DEL CONSEJERO DE SANIDAD)	7
2. JUSTIFICACIÓN DEL MANUAL DE ACTUACIONES PARA UNA ESCUELA SEGURA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DE CASTILLA- LA MANCHA	8
3. OBJETIVOS	9
4. ACTUACIONES ANTE SITUACIONES DE URGENCIA MÁS FRECUENTES	10
4.1 PRIMEROS AUXILIOS	10
POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD (PLS)	11
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR	13
MASAJE CARDÍACO	15
4.2 OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA (ATRAGANTAMIENTO)	18
4.3 SÍNCOPE Y LIPOTIMIA	20
4.4 CAÍDAS O GOLPES	23
4.5 TRAUMATISMO BUCODENTALES	24
4.6 TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE).....	25
4.7 HERIDAS Y HEMORRAGIAS.....	27
HEMORRAGIAS NASALES (Epistaxis)	28
HEMORRAGIAS POR EL OÍDO (Otorragias)	28
4.8 MORDEDURAS Y ARAÑAZOS.....	28
4.9 ACCIDENTES EN LOS OJOS	29
4.10 QUEMADURAS	30
4.11 ACCIDENTES POR CORRIENTE ELÉCTRICA.....	31
4.12 INTOXICACIONES.....	32
4.13 INSOLACIÓN O GOLPE DE CALOR.....	33
4.14 REACCIÓN ANAFILÁCTICA	34
ADRENALINA AUTOINYECTABLE	36
MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES GENERALES	38
ANTE POSIBLES ALERGIAS POR INGESTIÓN:.....	38
ANTE POSIBLES ALERGIAS POR CONTACTO:.....	39

ANTE POSIBLES ALERGIAS POR INHALACIÓN:	39
MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES GENERALES EN FUNCIÓN DE ESPACIOS Y ACTIVIDADES REALIZADAS	39
4.15 CRISIS DE ASMA	42
4.16 CRISIS CONVULSIVAS	44
4.17 DIABETES. HIPOGLUCEMIA	46
4.18 CRISIS DE ANSIEDAD	50
4.19 ENFERMEDAD CELIACA	51
4.20 CUERPOS EXTRAÑOS EN NARIZ	54
4.21 CUERPOS EXTRAÑOS EN OÍDO	55
5. CONSEJOS DE HIGIENE Y PREVENCIÓN	55
A -PIOJOS	55
B - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	57
PROCESOS INFECCIOSOS Y RECOMENDACIONES DE EXCLUSIÓN DEL CENTRO ESCOLAR	59
C - INFECCIÓN CORONAVIRUS	61
¿QUÉ ES EL NUEVO CORONAVIRUS?	61
¿CÓMO SE TRANSMITE EL NUEVO CORONAVIRUS?	62
¿QUÉ SE PUEDE HACER PARA PROTEGERSE DEL CORONAVIRUS?	62
¿QUÉ HACER SI SE CONOCE A ALGUIEN CON SÍNTOMAS DE CORONAVIRUS?	63
SI NO SE ES CONTACTO ESTRECHO, ¿QUÉ SE DEBE HACER?	63
HIGIENE DEL LAVADO DE MANOS	66
USO CORRECTO DE LA MASCARILLA	69
¿Quiénes están exentos de esta obligación?	69
¿Qué se debe tener en cuenta a la hora de utilizar la mascarilla?	70
D - PREVENCIÓN LESIONES MEDULARES	72
E - BOTIQUÍN	73
BIBLIOGRAFÍA	74

GRUPO DE TRABAJO ELABORADOR

Mª Pilar Rojo Pórtoles. Presidenta de la Asociación Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (ApapCLM).

Juan Ríos Laorden. Pediatra en la GAI de Albacete. Miembro de la Asociación Pediatría de Atención Primaria de Castilla La Mancha (ApapCLM).

Mª Eva Sáez Torralba. Vicepresidenta de ACAMEC (Asociación Castellano-Manchega de Enfermería Comunitaria). Coordinadora de Formación EIR de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Gerencia Atención Primaria de Toledo. Enfermera del Centro de Salud de Buenavista (Toledo).

Mª Concepción Villar de la Fuente. Miembro de ACAMEC (Asociación Castellano-Manchega de Enfermería Comunitaria. Enfermera del Centro de Salud de Benquerencia (Toledo).

María del Campo Giménez. Grupo de trabajo Actividades Preventivas y Comunitaria. SCAMFYC (Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familia y Comunitaria).

Carmen Llanos Val Jiménez. Grupo de trabajo de Urgencias. SCAMFYC (Sociedad Caste-llano-Manchega de Medicina Familia y Comunitaria).

Direcciones Generales de Atención Primaria – Cuidados y Calidad Sescam.

Javier Carmona de la Morena. Director General de Atención Primaria – Sescam.

Margarita Delgado Muñoz. Enfermera. Dirección General de Cuidados y Calidad - Sescam.

Cesar Fernandez Buey. Enfermero. Dirección General de Cuidados y Calidad – Sescam

Pedro Luis Lopez Galindo. Médico de Familia Técnico de la Dirección General de Atención Primaria.

Manuel Riquelme Quicio. Enfermero Técnico de la Dirección General de Atención Primaria.

Natalia Vallés Fernandez. Médico de Familia Centro de Salud de Seseña.

Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

María Pilar Cruz Arroyo. Jefa Gabinete de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

Marian Marchante Calcerrada. Directora General de Inclusión Educativa y Programas. Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

Ana Isabel Martín Ruiz. Jefa de Servicio de Inclusión y Convivencia. Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

María Dolores Domínguez Guerra. Asesora Técnico docente en el Servicio de Inclusión y Convivencia. Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

Alejandro Ballesteros García. Asesor Técnico docente en el Servicio de Inclusión y Convivencia. Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

Carolina Espejo Fernández. Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

Alerguada. Asociación de Alérgicos a Alimentos de la provincia de Guadalajara.

Margarita Pino Serrano. Presidenta Alerguada.

Elena De Las Hazas Corrales. Asociación Alerguada.

Asociación de celiacos de Castilla- La Mancha.

Maite Payo Martín. Delegada de Toledo de la Asociación de Celíacos de Castilla-La Mancha en Toledo.

1. PRESENTACIÓN (CARTA DE LA CONSEJERA DE EDUCACIÓN Y DEL CONSEJERO DE SANIDAD)

Desde la Comunidad de Castilla-La Mancha les presentamos el ***Manual de actuaciones para una escuela segura en los centros educativos de Castilla – La Mancha***, fruto del trabajo llevado a cabo por la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación, Cultura y Deportes de nuestra región.

Este documento pretende ser una herramienta práctica que permita conocer qué hacer y qué no hacer en las distintas situaciones de emergencia que puedan afectar a la salud de la población escolar. Pretende ser una guía dirigida al personal de los centros educativos con el fin de dar respuesta a las demandas planteadas por la propia comunidad educativa y las asociaciones de pacientes y familiares. Se aporta la información, la formación, los conocimientos y las actuaciones que se deben seguir ante una situación de urgencia sanitaria que pueda presentarse en el centro escolar bien de forma imprevista, accidental bien por empeoramiento brusco de alguna de las patologías más frecuentes entre el alumnado. En su elaboración han participado profesionales de diferentes disciplinas del ámbito sanitario y educativo y han colaborado representantes de las asociaciones de pacientes y familiares involucrados en la Comunidad de Castilla-La Mancha contando con el aval de sociedades científicas y colegios profesionales.

La actuación correcta e inmediata ante una urgencia vital llevada a cabo en el espacio de tiempo que transcurre hasta la llegada de los servicios de emergencia no requiere de conocimientos complejos ni especializados pudiendo significar una extraordinaria diferencia en la preservación de la salud y en la seguridad del alumnado.

Deseamos que esta guía resulte de utilidad a todos los profesionales que desarrollan su actividad en los centros educativos de Castilla-La Mancha.

Rosa Ana Rodríguez Pérez

Consejera de Educación, Cultura y Deportes.

Jesús Fernández Sanz

Consejero de Sanidad

2. JUSTIFICACIÓN DEL MANUAL DE ACTUACIONES PARA UNA ESCUELA SEGURA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DE CASTILLA- LA MANCHA

Los centros escolares son espacios donde niños, niñas y adolescentes pasan gran parte de su tiempo y donde, además de aprender y relacionarse, pueden producirse accidentes, en la mayor parte de los casos sin que revistan gravedad, cuando realizan actividades, como determinados juegos y deportes. No obstante, en cualquier momento durante el horario lectivo puede surgir una situación de urgencia o emergencia que precise una primera actuación hasta la llegada de los servicios de urgencias.

La prestación de primeros auxilios es una obligación cívica de toda la ciudadanía. La comunidad científica subraya la importancia de que la población general esté formada y entrenada en la aplicación de primeros auxilios y, de forma especial, aquellos grupos que mantienen un contacto continuo con la población, como es el caso de los profesionales de los centros educativos.

El objetivo principal del *Manual de actuaciones para una escuela segura* en los centros educativos de Castilla-La Mancha es poner a disposición de docentes y trabajadores de los centros educativos de la región, un manual de actuación ante cualquier emergencia sanitaria que pudiera presentarse en niños/as y adolescentes durante el horario escolar, actividades extraescolares o excursiones que superen el horario escolar y que sean de uno o varios días, sean o no portadores de enfermedades crónicas conocidas (asma, epilepsia, diabetes, anafilaxia, etc.), susceptibles de agudización.

El documento que se presenta refleja una apuesta clara por la inclusión educativa del alumnado con enfermedades frecuentes y el reconocimiento del derecho a la atención de todos ellos en cualquier situación de urgencia que pueda presentarse en el centro educativo o en las actividades llevadas a cabo por el mismo.

En esta línea, el *Manual de actuaciones para una escuela segura* se implantará en todos los centros educativos de Castilla-La Mancha sostenidos con fondos públicos que imparten una enseñanza reglada no universitaria, quedando integrado en documento de “Medidas de emergencia” o “Plan de autoprotección” del centro educativo, como documento en el que se organizan los procedimientos y secuencias de actuación para el control de las emergencias y, entre ellas, las sanitarias. Por norma, este es un documento obligatorio para toda empresa, también para los centros educativos dependientes de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes. Obligación que se regula a través del Artículo 20 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LPR), por la cual se establece que, toda empresa tiene la obligación de organizar las medidas de emergencias en sus centros de trabajo, incluidos, dentro de estos, los centros docentes. Las medidas de Emergencia y/o el Plan de Autoprotección forma parte del Proyecto Educativo y las actuaciones de su desarrollo anual quedan reflejadas en la Programación General Anual. Este manual va acompañado de un programa

de formación del personal de los centros educativos llevado a cabo por profesionales sanitarios (personal médico y de enfermería) mediante sesiones informativas y formativas para ampliar conocimientos en accidentes, enfermedades crónicas y enseñanza de la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) básica. Contiene material didáctico que puede ser utilizado por el personal docente y no docente para apoyar los contenidos de la primera atención, y define el botiquín básico del que debería estar provisto todo centro educativo.

3. OBJETIVOS

1. Ampliar los conocimientos de la comunidad educativa sobre primeros auxilios.
2. Proporcionar a los diferentes profesionales del contexto escolar, conocimientos básicos sobre enfermedades crónicas y las pautas de atención inmediata y eficiente en caso de una urgencia sanitaria hasta la llegada de los servicios de urgencia 112.
3. Garantizar una respuesta inicial y el establecimiento de pautas de actuación ante situaciones de urgencia sanitaria en el centro educativo, así como una alerta eficaz de los servicios de urgencia y emergencia.
4. Unificar el contenido del botiquín escolar en todos los centros educativos.
5. Crear un contexto educativo que garantice la inclusión y la mejor calidad de vida del alumnado con enfermedades crónicas frecuentes (alergias, asma, epilepsia, diabetes) a través del conocimiento del abordaje de las situaciones de crisis que pueden presentarse en estas patologías.
6. Concienciar, formar e informar a toda la comunidad educativa sobre las actuaciones que se deben realizar ante situaciones de emergencia sanitaria.

4. ACTUACIONES ANTE SITUACIONES DE URGENCIA MÁS FRECUENTES

4.1 PRIMEROS AUXILIOS

¿EN QUÉ CONSISTE?

Es la actuación inicial que se realizará para atender a un alumno/a que sufre un accidente o enfermedad repentina en el centro educativo hasta que llegan los servicios sanitarios. Es necesario conocer algunas técnicas básicas de primeros auxilios para saber actuar con calma, rapidez y efectividad.

El objetivo es realizar una atención correcta y eficaz con el fin de:

- No agravar las lesiones producidas.
- No provocar más daño.
- Evitar la muerte.

CONSEJOS GENERALES

- Mantener la calma, actuando con serenidad y rapidez.
- Tranquilizar al alumno/a y a las personas que estén a su alrededor.
- No actuar si no se sabe cómo hacerlo, ya que se puede causar más daño.
- No dejar solo al alumno/a en ningún momento y pedir ayuda.
- Siempre que se estime necesario, llamar al 112 o acudir a un centro sanitario.
- En caso de golpe o caída y sospecha de traumatismo de columna vertebral, no se recomienda mover al alumno/a. Si es absolutamente necesario, debe ser movilizado en bloque por personal cualificado, manteniendo la integridad de la columna vertebral.
- No dar comida ni bebida.
- Limitarse a hacer lo indispensable, es decir, las actuaciones necesarias para asegurar la vida, no provocar más daños y avisar a los servicios sanitarios.
- Informar a las familias o responsables de la persona afectada lo antes posible.
- En caso de enfermedades crónicas diagnosticadas, los padres, madres, tutores/as o responsables directos del alumnado deben informar al director o directora del centro de dicha enfermedad al comienzo del curso. También deben aportar una fotocopia del informe médico, su tratamiento y las normas básicas de actuación ante posibles manifestaciones de la enfermedad, así como un permiso o autorización por escrito para que se le atienda o administre medicación en caso de urgencia hasta que pueda ser atendido por personal sanitario. Este alumnado deberá llevar al colegio la medicación que pueda necesitar.

¿CÓMO ACTUAR?

En cualquier situación de urgencia, es necesario seguir estos tres pasos, y en este orden, según la **REGLA PAS**:

- **1º Proteger**
- **2º Avisar**
- **3º Socorrer**

1º PROTEGER: Proteger y situar al alumno/a fuera de peligro, evitando aglomeraciones y comprobando que el lugar es seguro también para la persona que interviene y que no presenta riesgos (fuego, explosión, descargas eléctricas, etc.). Mantener caliente al alumno/a abrigándolo/a. No se deberá mover si no existe la certeza de no provocar más lesiones. Si es posible, usar mascarilla y guantes como protección.

2º AVISAR: Pedir ayuda. No se debe dejar nunca solo al alumno/a en este momento. Si hay cerca alguien más, pídale que espere por si su ayuda fuese necesaria para avisar al 112 e informar de lo ocurrido con la mayor exactitud posible a los servicios sanitarios, así como a su padre, madre, tutores/as o responsables directos.

3º SOCORRER: Mantener la calma y transmitir tranquilidad sin mover al alumno/a excepto en casos imprescindibles. Hacer solo lo que se sepa vigilando continuamente y actuando según proceda como se explicará más adelante.

POSICION LATERAL DE SEGURIDAD (PLS)

Es una posición que permite mantener abierta la vía aérea y, en caso de vómitos, disminuye la posibilidad de que el alumnado aspire el contenido alimenticio y este llegue a los pulmones. Se utilizará siempre que se encuentre a una persona inconsciente (no responde), pero que respira de forma normal (figura 1).

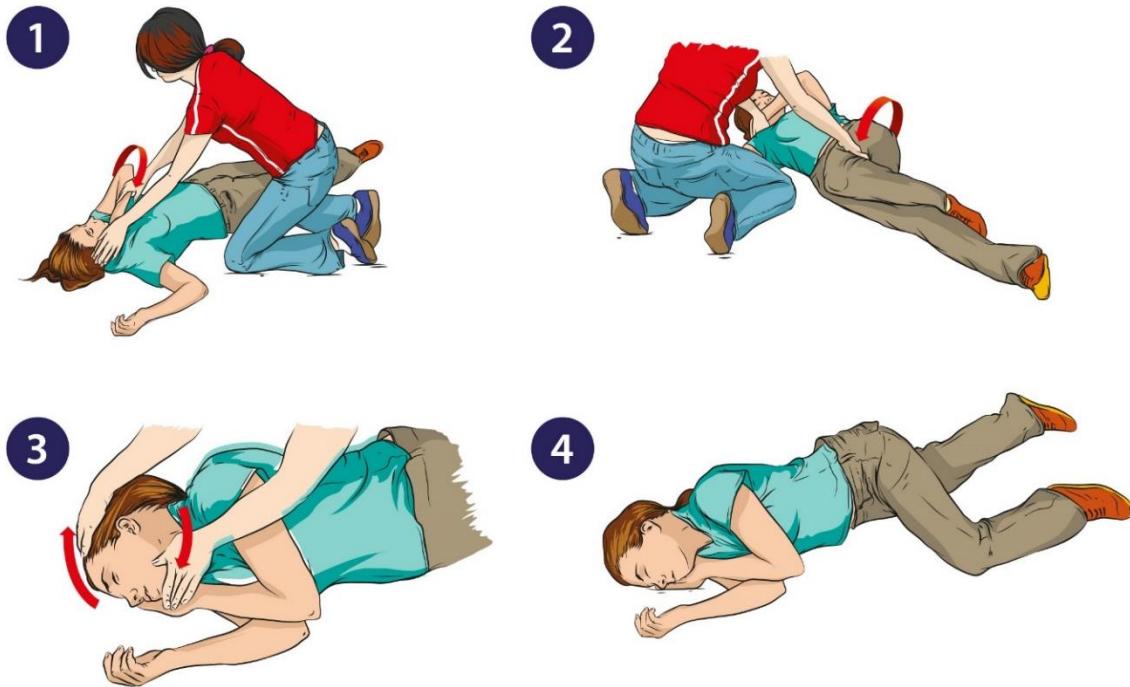
La PLS está contraindicada si se sospecha una lesión en la columna vertebral de la persona. En este caso se recomienda no moverla. Si hubiera que hacerlo, se realizará un desplazamiento en bloque por personal cualificado, manteniendo la integridad de la columna vertebral.

Los pasos que se deben seguir para realizar la PLS son los siguientes:

1. Retirar las gafas u objetos de los bolsillos si los hubiera.
2. Ponerse una mascarilla y, si es posible, guantes.
3. Arrodillarse junto al alumno/a.
4. Colocar a la persona boca arriba, asegurándose de que sus piernas están rectas.
5. Estirarle el brazo que se encuentra más cercano a la persona que realiza la maniobra, con la palma de su mano hacia arriba, para que no estorbe al realizar el resto de pasos indicados.

6. Colocarle el brazo más alejado cruzando el pecho y con el dorso de la mano tocando su mejilla opuesta. La persona que ejecuta la maniobra lo sujetará con su mano para mantener esta posición.
7. Con la otra mano, coger la pierna que queda más alejada por detrás de la rodilla y doblarla hacia arriba manteniendo el pie sobre el suelo.
8. Girar al alumno/a hacia la persona que realiza la maniobra, tirando de la pierna doblada. La pierna que queda por encima debe colocarse formando un ángulo recto tanto en la cadera como en la rodilla.
9. Inclinar su cabeza ligeramente hacia atrás para permitir la respiración y evitar atragantamientos. Si es necesario, se ajustará la posición de la mano bajo la mejilla.
10. Durante esta maniobra es fundamental vigilar la respiración hasta la llegada de los servicios sanitarios.

Figura 1. Posición lateral de seguridad.



Existen otras posiciones de espera como son:

- Decúbito supino (boca arriba): Se realiza ante la sospecha de fracturas en las extremidades inferiores para poder realizar las técnicas básicas de reanimación.
- Piernas elevadas: Indicada en caso de lipotimias y mareos.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

¿EN QUÉ CONSISTE?

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una maniobra de emergencia que se realiza para salvar vidas cuando la persona sufre una parada cardiorrespiratoria (PCR), es decir, no responde y no respira de forma normal y el corazón ha dejado de latir. En la edad pediátrica, la mayoría de las veces la causa de la PCR es de origen respiratorio. En cambio, en las personas adultas, la causa principal suele ser de origen cardíaco.

Los reanimadores (personal del centro educativo) que no estén entrenados y no sepan realizar estas maniobras, deben llamar al 112 desde el inicio. Aquellas personas que estén entrenadas deben hacerlo tras realizar 1 minuto de RCP, pero previamente deberán pedir ayuda (sin dejarle solo). En los casos donde hay más de una persona auxiliando, una de ellas debe llamar al 112 inmediatamente mientras otra inicia el masaje cardíaco.

En el caso de que un alumno/a se encuentre en situación de parada cardio respiratoria (PCR), las últimas recomendaciones adaptadas a la situación sanitaria por COVID-19 indican que los reanimadores deben proporcionar al menos compresiones torácicas. Para ello, se debe colocar una mascarilla quirúrgica sobre la boca y la nariz del alumno/a antes de comenzar dichas compresiones. No se recomienda utilizar un paño como alternativa a la mascarilla debido al riesgo de obstrucción de la vía aérea y/o restricción del movimiento de aire. Se podrá cubrir la boca y la nariz con un paño cuando no se disponga de mascarilla, puesto que puede animar a los reanimadores a realizar las maniobras de RCP sintiéndose más seguros ante la posible transmisión de una enfermedad infectocontagiosa como es el Coronavirus.

A menos que la probable causa de la PCR sea de origen cardíaco (un colapso presenciado de forma repentina), el personal del centro que esté dispuesto puede realizar respiraciones de rescate boca a boca (mejora el resultado y el pronóstico) además del masaje cardíaco, sabiendo que es probable que esto aumente el riesgo de contagio en el caso de que el alumno/a presente COVID-19.

¿CÓMO ACTUAR?

A continuación, se detalla la secuencia de RCP básica en la edad pediátrica teniendo en cuenta las últimas actualizaciones por COVID-19 (algoritmo 1):

1. Asegurar la **escena**: Protegerse y situar al alumno/a fuera de peligro y comprobar que el lugar es seguro para todos (recuerda la regla PAS).
2. Si es posible, **protegerse** con mascarilla y guantes.
3. El alumno/a se colocará **boca arriba** y sobre una **superficie lisa y dura** siempre que no esté contraindicado.

4. Comprobar la **inconsciencia**: Estimular al alumno/a en busca de respuestas mediante estímulos suaves (pequeñas sacudidas, pellizcos, llamarle o hablarle en voz alta) con cuidado de no causar un traumatismo cervical.
 - Si responde, se dejará como está y se pedirá ayuda si se considera necesario.
 - Si no contesta y no responde a estímulos, se debe pedir “ayuda” (sin dejarle solo) siempre que sea posible y comprobar su respiración. No se debe abandonar al niño/a para solicitar esa ayuda si se está solo hasta haber realizado 1 minuto de RCP.
5. Comprobar la **respiración**: Ver si respira (se eleva el pecho y el abdomen). Si se tienen dudas, se puede colocar una mano en el vientre para sentir el movimiento de la respiración. *No confundir con una respiración normal aquella que sea muy débil, lenta, en boqueadas intermitentes o presente ronquidos.* No se aconseja acercarse a la boca o a la nariz del niño/a para comprobar su respiración dada la situación de pandemia por COVID-19.
 - Si respira, se colocará en posición lateral de seguridad (PLS), salvo si se sospecha lesión cervical.
 - Si no respira, existen dos opciones:
 - a) La primera consiste en *abrir la vía aérea y realizar respiraciones de rescate*. Es una medida opcional puesto que aumenta el riesgo de transmisión de la COVID-19, aunque mejora significativamente el resultado y el pronóstico.
 - Si *no se sospecha lesión cervical*, se realizará la *maniobra frente-mentón* para abrir la vía aérea. Se debe colocar a un lado del alumno/a, extender el cuello con una mano sobre la frente y levantar el mentón con la punta de los dedos de la otra mano debajo de él, intentando mantener la boca abierta (figura 2)
 - En el caso de presentar *traumatismo cervical* y habiendo *dos o más reanimadores*, la apertura de la vía aérea se realizará mediante la *maniobra de elevación o tracción mandibular*. La persona reanimadora debe situarse detrás de la cabeza apoyando los codos sobre la superficie para colocar dos o tres dedos de ambas manos por debajo de los dos ángulos de la mandíbula, empujándola hacia arriba y hacia delante. Al mismo tiempo, se abre la boca deprimiendo la barbilla con los dos pulgares apoyados sobre las mejillas.
 - Una vez abierta la vía aérea se realizarán *5 respiraciones o insuflaciones de rescate* mediante la técnica *boca a boca* pinzando la nariz con los dedos índice y pulgar y sellando los labios alrededor de la boca del alumno/a (figura 3). Se debe insuflar aire suavemente durante 1 segundo y observar si el pecho se eleva. Si el aire no entra, se debe comprobar que no hay ningún obstáculo en la boca, que la maniobra de apertura de la vía aérea es correcta y volver a intentarlo.
 - b) Si se opta por *no abrir la vía aérea ni realizar respiraciones boca a boca*, se comprobará si existe pulso.

**Figura 2.** Maniobra frente-mentón.**Figura 3.** Respiraciones mediante la técnica boca a boca.

6. Comprobar el **pulso carotídeo**: Consiste en localizar la laringe (nuez) y deslizar los dedos índice y medio hasta el hueco que forma la laringe con los músculos laterales del cuello, presionando con la yema de los dedos.
 - Si se palpa pulso por encima de una frecuencia de 60 latidos por minuto, se continuará con 12-20 respiraciones por minuto (siempre y cuando la persona que lo auxilie esté dispuesta a realizar dicha técnica) hasta que recupere la respiración o lleguen los servicios de emergencias.
 - Si no se palpa el pulso, se duda de su presencia y no hay signos de vida (respiración, movimientos, tos) o el pulso es débil, estará indicado iniciar el masaje cardíaco.

MASAJE CARDÍACO

La técnica correcta es la siguiente:

1. Se colocará al alumno/a **boca arriba** y sobre una **superficie lisa y dura** siempre que sea posible.
2. La persona reanimadora debe situarse a un lado.
3. El **punto de masaje** se encuentra en el tercio inferior del esternón, aproximadamente entre la línea que separa ambos pezones.
4. En **niños/as pequeños/as** se coloca el brazo en posición vertical sobre el punto de masaje y se realizan las compresiones con el talón de una mano.
5. En **niños/as mayores** se colocan ambos brazos en posición vertical con las dos manos entrelazadas.
6. La frecuencia del masaje debe ser de unas **100 compresiones por minuto**.
7. La **profundidad** del masaje tiene que ser de 5 cm o deprimir el pecho al menos 1/3 de su diámetro.
8. Evitar permanecer apoyado sobre el tórax después de cada compresión para permitir que se expanda completamente entre una y otra compresión.
9. Relación masaje-ventilación:

- Si las personas reanimadoras no son personal sanitario o solo hay una persona con el niño/a: **30 compresiones y 2 ventilaciones.**
- Si se está familiarizado con las maniobras de RCP o se dispone de personal sanitario en el centro escolar: 15 compresiones y 2 ventilaciones.

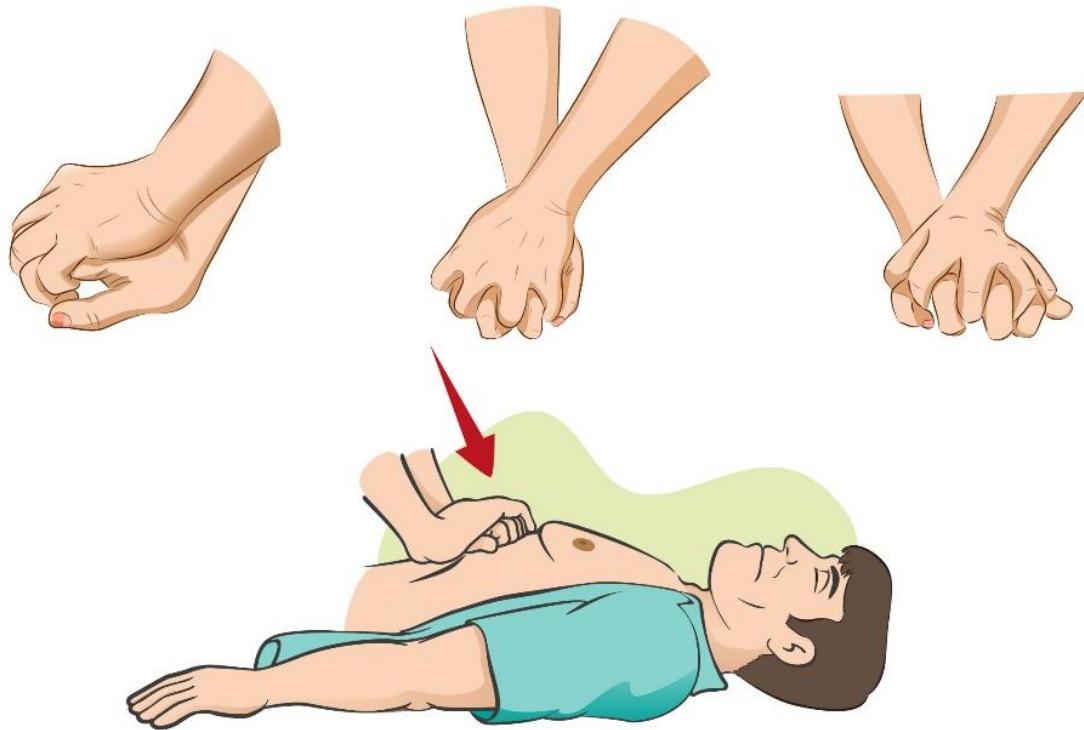
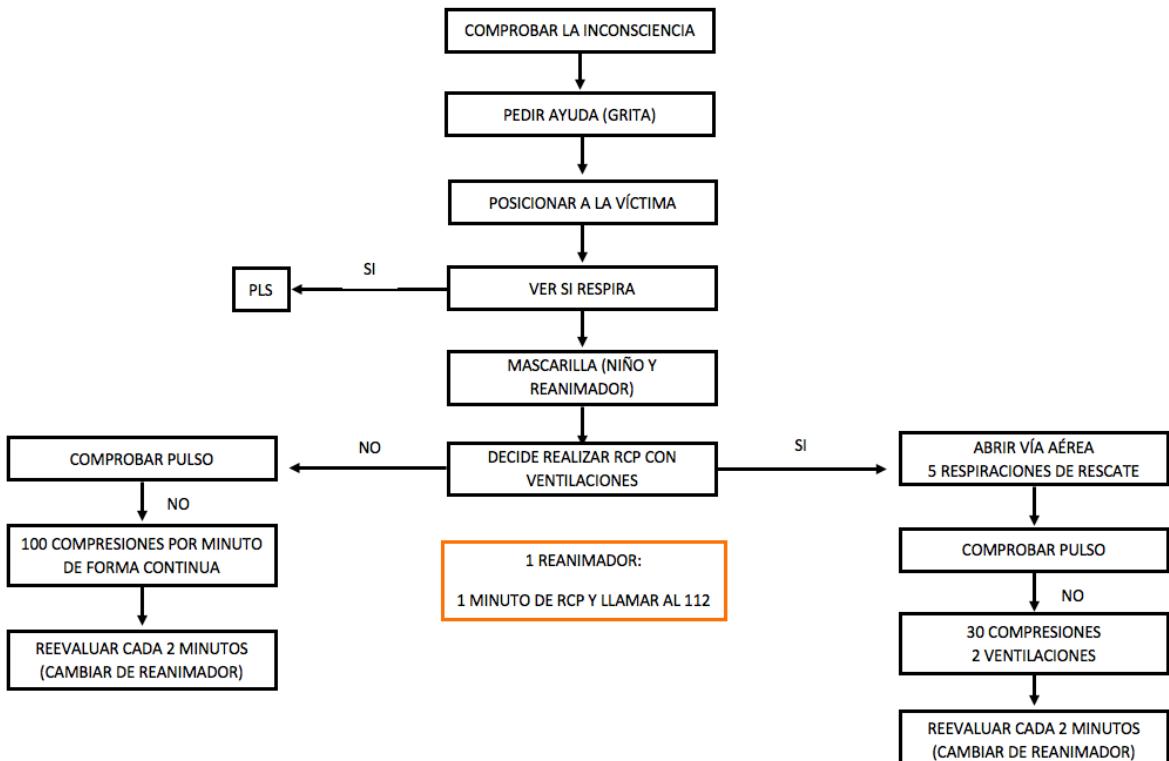


Figura 4. Masaje cardíaco.



Algoritmo 1. Algoritmo de RCP básica en edad pediátrica adaptado a COVID-19.

CONSIDERACIONES

- Si no se es capaz de dar respiraciones (el pecho no se eleva) o se opta por no realizarlas, se continuará con masaje cardíaco a un ritmo de 100 compresiones por minuto de forma continua.
- Cada 2 minutos de RCP se detendrán las maniobras para comprobar si ha recuperado el pulso o la respiración. Si se recupera, se colocará al niño/a en PLS y se vigilará su respiración.
- No interrumpir las compresiones más de 10 segundos cuando se vayan a realizar las dos ventilaciones.
- Se recomienda que otra persona continúe con el masaje cardíaco pasados 2 minutos para no agotarse y que sea efectivo.
- Si solo hay una persona auxiliando, se recomienda hacer 1 minuto de RCP antes de llamar al 112.
- Si hay 2 o más personas reanimadoras, mientras una de ellas llama al 112, la otra debe iniciar la RCP.
- Continuar la RCP hasta que lleguen los servicios sanitarios o recupere la respiración normal. Si en algún momento deja de nuevo de respirar normalmente, se iniciará de nuevo RCP.

4.2 OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA (ATRAGANTAMIENTO)

¿EN QUÉ CONSISTE?

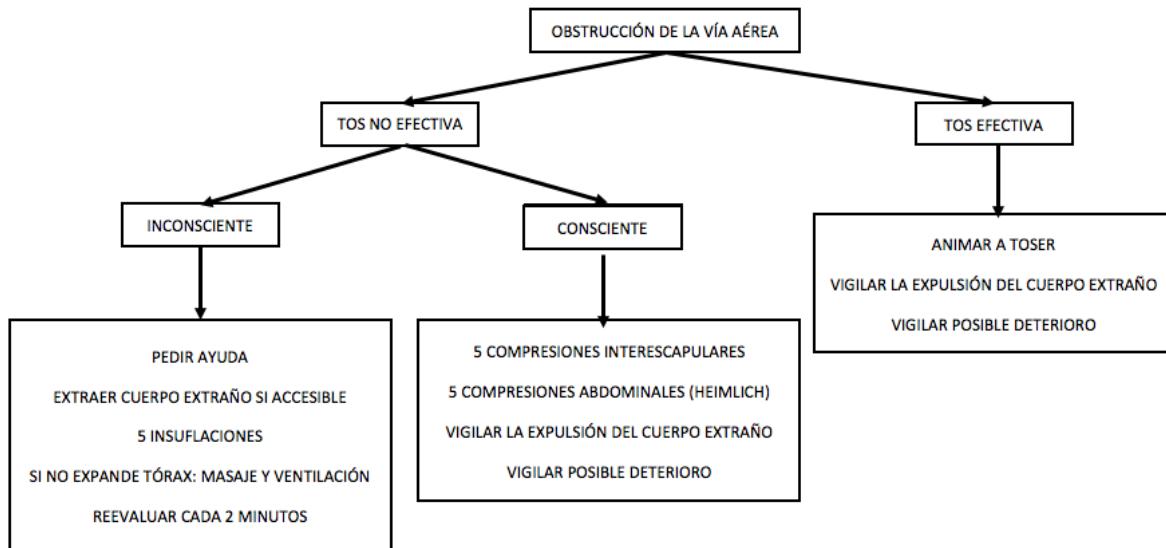
El atragantamiento ocurre cuando un objeto o alimento se introduce en la vía respiratoria y la obstruye, de forma que no deja que el aire entre en los pulmones. De forma instintiva se suele llevar ambas manos al cuello y presentar sensación de ahogo.

En los casos de **obstrucción leve** (el alimento u objeto obstruye la tráquea parcialmente) el alumnado podrá toser, llorar y hablar. El color de su piel y de los labios no cambiará y lo más probable es que el cuerpo extraño sea expulsado tosiendo, restableciéndose la respiración normal. En cambio, en la **obstrucción grave** (se obstruye completamente la tráquea), los labios y la cara se pondrán de color morado o azulado siendo incapaz el niño/a de toser, hablar o llorar presentando pérdida de conciencia e incluso PCR.

¿CÓMO ACTUAR?

Dado que la obstrucción de la vía aérea es una situación relativamente frecuente en la edad pediátrica, sucede de forma rápida e inesperada y conlleva un riesgo vital, es importante saber cómo actuar. El objetivo fundamental no es expulsar el cuerpo extraño, sino desobstruir la vía aérea para lograr una respiración normal.

El siguiente esquema muestra los pasos que se deben seguir en caso de obstrucción de la vía aérea:



Algoritmo 2. Desobstrucción de la vía aérea.

Se pueden distinguir varias situaciones en el alumnado con obstrucción de la vía aérea:

- **Niño/a consciente con tos y respiración eficaces (obstrucción leve):**
 - Colocar al niño/a en posición incorporada animándolo a que siga tosiendo.
 - Se observará si expulsa el cuerpo extraño y mejora la respiración o, por el contrario, la tos deja de ser efectiva, no respira o se deteriora la conciencia.

- **Niño/a consciente con tos ineficaz (obstrucción grave):**
 - Pedir ayuda y comenzar inmediatamente las maniobras de desobstrucción:
 - Examinar la boca y extraer cualquier cuerpo extraño visible con el dedo en forma de gancho si es accesible. No realizar la pinza con los dedos porque se puede introducir más el cuerpo extraño empeorando la situación.
 - Dar 5 golpes entre las dos escápulas con el alumno/a en bipedestación y ligeramente inclinado hacia delante.
 - Si no se ha resuelto, se realizarán 5 compresiones abdominales (maniobra de Heimlich): se sitúa de pie detrás del niño/a y se sujetan pasando ambos brazos por debajo de las axilas. La mano derecha se colocará en forma de puño en el epigastrio (“boca del estómago”) y, con la ayuda de la mano izquierda, se realizará un movimiento de presión hacia atrás y arriba.
 - Si no se ha desobstruido, alternar 5 golpes interescapulares con 5 compresiones abdominales hasta que expulse cuerpo extraño y respire mejor o lleguen los servicios sanitarios.
 - Si persiste la obstrucción, pierde la conciencia y presenta PCR, se iniciarán las maniobras de RCP como se han explicado.

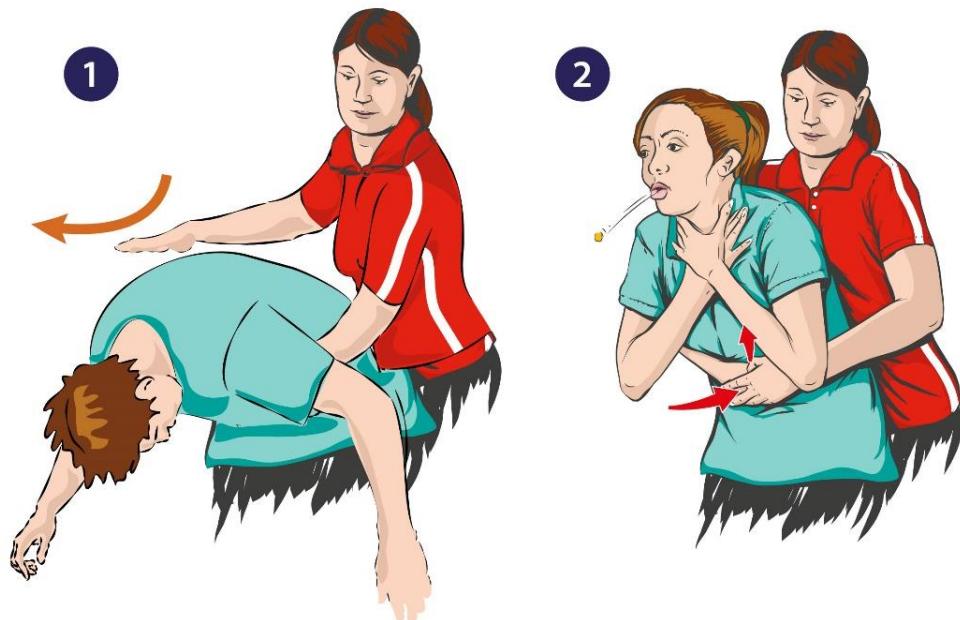


Figura 5. Golpes interescapulares.

Figura 6. Compresiones abdominales.

¿QUÉ NO HACER?

- No dar palmadas en la espalda.
- No intentar extraer el cuerpo extraño a ciegas.
- No zarandear al niño/a.
- No dar agua ni pan.

4.3 SÍNCOPE Y LIPOTIMIA

Hasta el 20 % del alumnado experimenta un episodio sincopal antes del final de su adolescencia. Es importante saber diferenciar síncope de presíncope o lipotimia y conocer aquellas pautas de actuación para su prevención y reconocimiento precoz de los síntomas.

DEFINICIONES

- **Síncope:** Pérdida transitoria de la conciencia y del tono postural, con una recuperación espontánea rápida y completa.
- **Presíncope o lipotimia:** Sensación de desfallecimiento inminente sin llegar a perder por completo el conocimiento. Puede preceder al síncope.

¿EN QUÉ CONSISTE?

Cuando hablamos de síncope, el niño o la niña presenta una caída al suelo brusca y tarda algunos minutos en recuperarse. En el caso de presíncope o lipotimia, el niño o la niña nota que se va a desmayar y se recupera rápidamente.

En la mayoría de los casos estas situaciones se deben a una disminución del riego sanguíneo de todo el cerebro, de inicio rápido, duración corta y recuperación espontánea completa. Lo normal es que se recuperen rápido.

Los tipos más frecuentes son el **síncope vasovagal** y el **síncope situacional**, que suele ir precedido de náuseas, palidez, visión borrosa y sudoración fría.

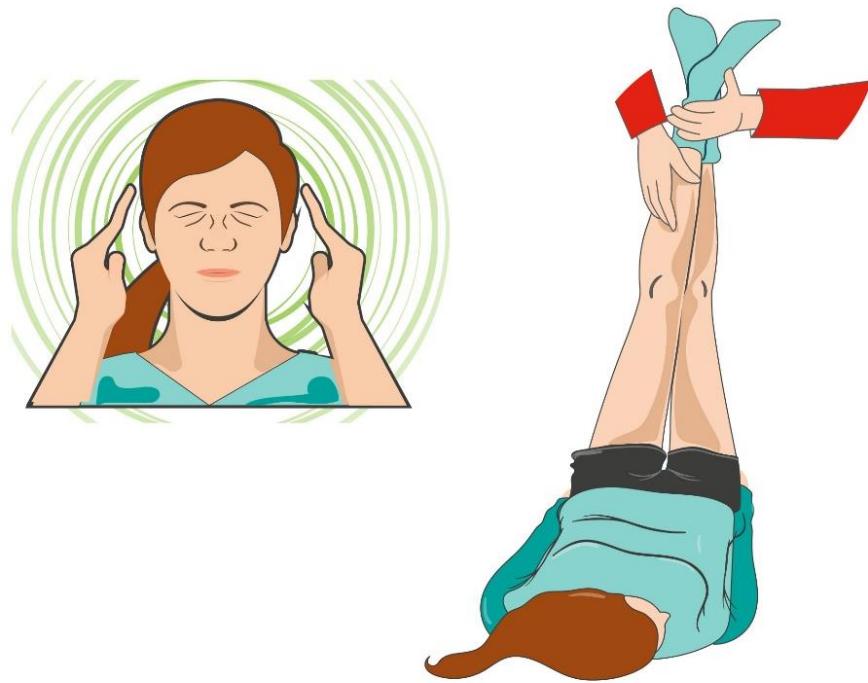
POSIBLES CAUSAS DESENCADENANTES:

- Estrés emocional (dolor, miedo, ansiedad, emoción).
- Factores físicos como la defecación, micción, tos, espasmo del sollozo, calor extremo, ayuno y hambre.

- Durante un proceso infeccioso asociado (infección viral).
- Permanecer de pie durante mucho tiempo en locales cálidos, cerrados o en aglomeración de personas.
- Realizar ejercicios exagerados.
- Estados de deshidratación, anemia, dieta baja en sal.
- Uso de medicamentos como diuréticos y sedantes.

También es frecuente el **espasmo del llanto** que ocurre en preescolares. Se produce tras un pequeño traumatismo o susto (el niño/a trata de llorar, pero no inicia el llanto, se pone pálido y pierde la conciencia), o tras el llanto (cesa la respiración, se pone azulado y pierde la conciencia y el tono muscular).

Otras causas de pérdida de conciencia que no son debidas a una disminución del riego cerebral global y transitoria y no se pueden definir como síncope son, por ejemplo, las causas neurológicas (epilepsia, migraña, traumatismo craneoencefálico, accidente isquémico transitorio...), las causas metabólicas (hipoglucemias, anemia, alteraciones electrolíticas...) y las intoxicaciones (por fármacos, drogas, monóxido de carbono...).



FASES DEL SÍNCOPE

1. El síncope suele ir precedido de síntomas como cansancio, dolor de cabeza, zumbidos, alteraciones visuales (borrosa, nublada, oscura o en blanco), bostezos, náuseas o dolor abdominal, sensación de calor o frío, mareo, debilidad en las piernas, audición de voces lejanas o sensación de desmayo inminente.

2. Sigue una inestabilidad con disminución del conocimiento. La caída al suelo generalmente es lenta y progresiva.
3. Despues del episodio, la persona puede sentirse fatigada o cansada.

¿CÓMO ACTUAR?

- Guardar la calma.
- **Colocar en posición anti-shock:** Tumbar boca arriba y elevar las piernas unos 45º.
- Conseguir un ambiente fresco y con aire limpio, evitando aglomeraciones.
- Aflojar la ropa.
- Si pudo golpearse al caer, revisar en busca de heridas o contusiones y proceder según la lesión.
- Cuando se haya recuperado por completo, estará un rato sentado antes de ponerse de pie para comprobar que no se repite el mareo.
- Informar a la familia lo antes posible.
- Se recomienda acudir a un centro sanitario tras el episodio para valoración del alumno/a, salvo si ha presentado episodios previos de carácter benigno (síncope vasovagal, espasmo del llanto).

NUNCA dejar solo al alumno/a.

NO sujetar o sentar al alumno/a, lo correcto es mantenerlo tumbado.

NO dar de beber o comer si el alumno/a está semiinconsciente o inconsciente.

AVISAR AL 112 en los siguientes casos

- Si no se recupera, pero está consciente. Colocar en Posición Lateral de Seguridad (PLS) hasta que lleguen los servicios sanitarios.**
- Si ocurre durante el ejercicio se considerará una urgencia por su potencial gravedad. Nunca se debe permitir que el alumno/a reanude el ejercicio físico.**
- Si tarda más de 5 minutos en recuperar la conciencia.**
- Si el alumno/a padece una enfermedad de base.**
- Si ha convulsionado u orinado durante el episodio.**
- Si el síncope aparece con dolor de cabeza, vómitos o movimientos anómalos de extremidades.**

PREVENCION O RECONOCIMIENTO PRECOZ DE LOS SÍNTOMAS.

Es importante una correcta educación sanitaria de los pacientes y familiares para evitar situaciones precipitantes y el reconocimiento precoz de los síntomas.

- **Evitar situaciones precipitantes:** Adecuado estado de hidratación, evitar ambientes estresantes, muy calurosos o con aglomeraciones.
- **Reconocimiento precoz de los síntomas** para poder realizar maniobras de contrapresión: Cruzar las piernas, flexionar rodillas.

4.4 CAÍDAS O GOLPES

¿EN QUÉ CONSISTE?

Las caídas son la principal causa de accidente en la infancia.

Pueden provocar lesiones de diferente consideración en diferentes niveles:

- De la piel: Desde un simple rasguño hasta heridas abiertas y sangrantes.
- Del sistema músculo esquelético: Fracturas, esguinces.
- A nivel de órganos internos: Hemorragias internas por fracturas o lesiones en órganos internos.

TIPOS DE LESIONES

A efectos didácticos conviene saber que:

- *Contusión.* Es una lesión por impacto de un objeto en el cuerpo que no produce la pérdida de continuidad de la piel, pero puede producir lesión por debajo de ella y afectar a otras estructuras. Según la intensidad del impacto pueden aparecer: Equimosis (cardenal), hematoma o edema (chichón) y aplastamiento intenso de partes blandas.
- *Esguince.* Es la separación momentánea de las superficies articulares.
- *Luxación.* Es la separación mantenida de las superficies articulares.
- *Fractura.* Es la rotura de un hueso. Puede ser cerrada cuando la piel queda intacta y abierta cuando la piel que recubre la extremidad se rompe, produciendo una herida.

¿CÓMO ACTUAR?

Tras una caída o golpe, podemos realizar dos preguntas importantes:

1. *¿Existe sospecha de fractura o esguince?*
2. *¿Existe sospecha de lesión interna?*

Los síntomas que nos deben hacer sospechar una fractura o un esguince son los siguientes:

Sospecha de fractura o esguince	Sospecha de lesión interna
Dolor severo	Mareo
Imposibilidad de moverse	Palidez
Hinchazón	Dolor en la zona del golpe
Deformidad	Sangrado espontáneo
Herida con importante pérdida de sustancia	Hematoma en la zona del golpe

MEDIDAS GENERALES

- **Aplicar frío** sobre la zona del golpe si aparece hinchazón.
- **Avisar** a la familia.
- **Si el alumno/a se queja de dolor persistente en la zona**, aunque no haya lesión aparentemente, **avisar** a la familia.
- **Si se sospecha una fractura** NO mover al alumno/a. **Avisar** al 112 y a la familia.
- **Si tras una caída o golpe importante el alumno/a se siente mareado**, colocarlo en posición tumbada y con las piernas elevadas si es posible. Si no se recupera, **avisar** al 112 y a la familia.

PRECAUCIONES

- **NO** presionar, pinchar, ni reventar los hematomas.
- **NO** reducir las luxaciones y fracturas, ya que podemos lesionar los sistemas vascular y nervioso. Se deben inmovilizar tal y como se presenten.
- **NO** aplicar calor ni pomadas antiinflamatorias, analgésicos o calmantes, pues pueden enmascarar los síntomas y dificultar la exploración.
- **NO** intentar reintroducir el hueso en fracturas abiertas.

4.5 TRAUMATISMO BUCODENTALES

¿QUÉ SON? ¿EN QUÉ CONSISTE?

Son lesiones de los dientes o tejidos blandos de la boca producidas por un golpe fuerte y violento, pudiendo ocasionar dolor, inflamación e incluso la fractura o pérdida de uno o varios dientes.

Los dientes más afectados son los delanteros superiores. La vitalidad del diente desprendido depende del tiempo que este pase fuera de su alojamiento en la boca. Si el diente se reimplanta dentro de los primeros 30 minutos, el pronóstico es bueno; si han transcurrido más de 2 horas, seguramente ese diente se perderá.

¿CÓMO ACTUAR?

- Revisar la boca y buscar lesiones en lengua, dientes y mucosa.
- Si hay sangrado, enjuagar con agua, sin tragarse.
- Comprimir con gasa estéril en zonas de sangrado y aplicar frío si hay inflamación.
- Informar a la familia o responsables del afectado/a lo antes posible.

Si hay pérdida de parte de la lengua.

- Lavar con suero fisiológico y, si es posible, envolver en gasa estéril o en un paño limpio. Introducir en una bolsa de plástico limpia y cerrar herméticamente. Colocar la bolsa anterior en otra bolsa o recipiente con hielo y agua. No debe ponerse el hielo en contacto directo con la parte amputada ya que ésta se congelaría y no podría implantarse.
- Avisar a la familia para acudir a urgencias.

Si hay pérdida de pieza dental.

- Si hay traumatismo dental en dientes permanentes (≥ 6 años), es muy importante localizar el fragmento fracturado o el diente entero de cara al tratamiento, y además porque puede aspirarse, deglutiarse o incrustarse en partes blandas. Coger el diente por la corona, evitando tocar la zona de la raíz. Si existiera algún cuerpo extraño, se quitará enjuagando con suero fisiológico a poca presión. Conservarlo en leche fría, suero fisiológico, solución de lentes de contacto o, incluso, la propia saliva (debajo de la lengua) si no hay otro medio y el niño es mayor y no hay riesgo de aspiración.
- La reimplantación inmediata es el tratamiento de elección. Si no es posible, introducir el diente en clara de huevo, leche entera o suero fisiológico (en orden de preferencia) y avisar a la familia para ir a un odontólogo lo antes posible.
- Ante dientes luxados o incluidos, NO manipularlos y avisar a la familia para acudir al odontólogo.

PRECAUCIONES

- **NO** derivar al alumnado al odontólogo sin haber intentado localizar el diente.
- **NO** manipular el diente: NO tocar la raíz, NO lavarlo con agua o solución antiséptica y **NO** secarlo con gasas.
- **NO** transportar el diente en agua o en seco.
- **NO** demorar la derivación del niño/a al odontólogo.

4.6 TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE)

¿QUÉ ES? ¿EN QUÉ CONSISTE?

Los golpes en la cabeza o traumatismos craneoencefálicos son frecuentes en caídas causales y accidentes de tráfico o deportivos.

La mayoría de los golpes son leves y no suelen producir daño, pero en algunas ocasiones puede que se produzcan lesiones cerebrales. Tras un golpe en la cabeza uno puede percibir el simple traumatismo, o bien producirse una pérdida de conocimiento, dolor de cabeza, pérdida de memoria, mareos, zumbido de oídos, náuseas y vómitos, dificultad de concentración y cansancio.

La gravedad del TCE es mayor si aparecen síntomas de alarma.

SÍNTOMAS DE ALARMA DE LOS GOLPES EN LA CABEZA
Pérdida de conciencia
Somnolencia excesiva
Comportamiento anormal: confusión, irritabilidad, llanto persistente...
Dificultad para hablar o expresarse
Dolor de cabeza intenso y progresivo
Convulsiones
Alteraciones de la marcha, la coordinación o el equilibrio
Vómitos
Debilidad o adormecimiento de algún miembro
Alteraciones visuales: visión borrosa, movimientos anormales de los ojos...
Aparición de sangre o líquido por nariz u oído

¿CÓMO ACTUAR?

Todo golpe fuerte en la cabeza debe ser valorado por personal médico, aunque no aparezca ningún síntoma de alarma.

Golpe o caída con traumatismo importante en la cabeza



NO MOVER NUNCA AL ALUMNO/A ante posible traumatismo en columna vertebral.

NO DEJAR SOLO AL ALUMNO/A en ningún momento y vigilar si respira o está consciente.



SI NO PRESENTA SÍNTOMAS DE ALARMA, AVISAR A LA FAMILIA



SI PRESENTA SÍNTOMAS DE ALARMA, AVISAR AL 112 Y A LA FAMILIA

4.7 HERIDAS Y HEMORRAGIAS

¿EN QUÉ CONSISTEN?

Herida: Es la pérdida de continuidad de un tejido (generalmente la piel), como consecuencia de un traumatismo (golpe, cortadura, raspón...). Puede afectar a otras estructuras subyacentes como huesos, músculos o vasos sanguíneos. La extensión, la profundidad, la localización, la suciedad de la herida, entre otros, son factores que influyen en la mayor o menor gravedad de la misma y en la aparición de complicaciones como hemorragias, infecciones, etc.

Hemorragia: Es la salida o derrame de sangre fuera o dentro del organismo como consecuencia de la rotura accidental o espontánea de uno o varios vasos sanguíneos. Se clasifican en hemorragias externas e internas. Las hemorragias internas son aquellas en las que la sangre no fluye al exterior del cuerpo, sino que se queda en el interior, generalmente acumulándose debajo de la piel o en algún órgano.

¿CÓMO ACTUAR?

- Lavar con jabón suave y agua a chorro. Se puede utilizar suero fisiológico (al 0.9%).
- Secar la herida con gasas a pequeños toques y de dentro a fuera sin frotarla. Una vez seca se puede aplicar un antiséptico (clorhexidina al 2%).
- Tapar con gasas estériles, tiritas o vendaje (nunca con esparadrapo directamente).
- NO aplicar ungüentos o pomadas.

Si la herida sangra mucho debido a un corte grande o golpe fuerte:

- Presionar con la palma de la mano de manera directa y uniforme sobre la herida durante cinco minutos con gasas estériles o compresa estéril.
- Si la sangre empapa la gasa, no se debe retirar. Colocar otra gasa encima de la anterior y continuar ejerciendo presión sobre ella.
- NO se debe aplicar un torniquete.
- Colocar en posición antishock, (tumbar boca arriba y elevar las piernas unos 45º) para prevenir lipotimia. Si se puede, elevar la parte del cuerpo del alumno/a que esté sangrando a un nivel más alto que su corazón.
- En caso de existir una amputación (dedos, oreja, etc.,) se debe envolver en una gasa estéril la parte afectada y hacer presión en la zona en el caso que haya sangrado activo. Debemos hacer lo posible por conservar la parte amputada envuelta en una gasa, conservándola en una bolsa de plástico cerrada, manteniendo alrededor hielo y agua (nunca con hielo directamente). En caso de separación parcial, se intentará mantener esta por pequeña que sea.
- Avisar a la familia o llamar al 112 si es necesario.
- Si no está correctamente vacunado, acudir al centro de salud en las siguientes 48h.
- ***Si hay objetos clavados NO se deben extraer, ya que pueden estar taponando la herida y evitando el sangrado.***

HEMORRAGIAS NASALES (Epistaxis)

- Colocar al alumnado sentado, con la cabeza inclinada hacia delante.
- Presionar con los dedos sobre el tabique de la nariz de 2 a 5 minutos.
- Si no cesa, taponar con gasas o gasas mojadas en suero fisiológico.
- Avisar a la familia.

HEMORRAGIAS POR EL OÍDO (Otorragias)

- No intentar detener ni taponar.
- Colocar al alumnado en Posición Lateral de Seguridad con el oído que sangra hacia el suelo y una gasa para que empape.
- Avisar al 112 y a la familia.

4.8 MORDEDURAS Y ARAÑAZOS

¿EN QUÉ CONSISTEN?

Las mordeduras son muy comunes entre el alumnado pequeño, quien recurre a ellas para expresar ira o cualquier otra emoción.

Dentro de estas, las que provocan ruptura de la piel, como todas las heridas punzantes, ofrecen un alto riesgo de infección e igualmente presentan riesgo de lesión en tendones y articulaciones. Las mordeduras humanas pueden ser más peligrosas que la mayoría de las mordeduras de animales, ya que hay microbios anaeróbicos en algunas bocas humanas que pueden causar infecciones difíciles de tratar.

¿CÓMO ACTUAR?

1. Se debe calmar y dar confianza al niño/a, al igual que lavarse muy bien las manos con jabón.
2. Si la herida no está sangrando profusamente, se debe lavar con un jabón suave y agua corriente durante un intervalo de 3 a 5 minutos y cubrirla con una gasa limpia humedecida con suero.
3. Si la herida sangra profusamente, se debe controlar la hemorragia aplicando presión directa con una gasa o compresa limpia y seca hasta que el sangrado cese. Elevar el área afectada.
4. Se debe buscar asistencia médica si:
 - Se presenta hinchazón, herida, secreción de pus de la herida o dolor.
 - La mordedura se produjo cerca de los ojos o involucra las manos, puños o pies.

- La persona que ha sido mordida presenta inmunodeficiencia, ya que hay un mayor riesgo de que la herida se infecte.

RECOMENDACIONES

Avisar a la familia o responsables del alumno/a lo antes posible.

Si no está correctamente vacunado, acudir al centro de salud en las siguientes 48 horas.

4.9 ACCIDENTES EN LOS OJOS

¿QUÉ SON? ¿EN QUÉ CONSISTEN?

Este tipo de accidentes se producen por la introducción de cuerpos extraños, golpes o concusiones, quemaduras, etc. en los ojos.

¿CÓMO ACTUAR?

1. Ante la introducción de cuerpos extraños en los ojos (partículas, arena...): Lavarse bien las manos antes de hacer cualquier manipulación en el ojo.

- Impedir que la persona afectada se frote el ojo.
- Lavar con suero fisiológico “a chorro”.
- Tirar del párpado inferior primero, que es donde se suele alojar el cuerpo extraño. Si se observa, retirarlo con una gasa estéril.
- Si estuviera debajo del párpado superior, se levantará este dejando al descubierto el globo ocular y se retirará el cuerpo extraño con una gasa estéril.

2. Si algo se ha clavado en el ojo o se ha rasgado el globo ocular, acudir con urgencia a un Centro Sanitario.

3. Ante quemaduras en los ojos con productos químicos, lavar abundantemente con suero fisiológico, tapar los ojos con una gasa empapada en agua o suero fisiológico y llamar a URGENCIAS 112 o acudir a un Centro Sanitario.

PRECAUCIONES

1. NO frotar los párpados sobre el ojo en ningún caso.
2. NO echar gotas a no ser que lo aconseje un profesional sanitario.
3. NO retirar el objeto enclavado.

RECOMENDACIONES

Informar a la familia o responsables del alumno/a lo antes posible. Acudir a un centro sanitario.

4.10 QUEMADURAS

¿EN QUÉ CONSISTEN?

Una quemadura es una lesión corporal causada por el calor, sustancias químicas, electricidad, rayos solares o radiaciones. Su gravedad depende de la profundidad y de la extensión.

¿CÓMO ACTUAR EN QUEMADURAS NO ELÉCTRICAS?

1. Retirar de la fuente de exposición.
2. Aplicar chorro de agua fría en la zona (nunca hielo) durante al menos 10 minutos EXCEPTO EN QUEMADURAS POR ÁCIDOS (sulfúrico o nítrico).

Ante una quemadura por agente químico, llamar al Centro Nacional de Información Toxicológica: 915 620 420. Nos dirán cómo debemos actuar.

3. Con las manos limpias o con guantes, cubrir la zona con gasas estériles, a ser posible empapadas con suero fisiológico o agua fría, e ir recambiándolas hasta que disminuya o desaparezca el dolor.

4. Avisar a la familia.

- **Si el alumno/a se desmaya o en quemaduras importantes:**

1. Colocar tumbado boca arriba, con la cabeza ladeada y las piernas elevadas.
2. Recordatorio: Si hay sospecha de fractura vertebral por caída o golpe fuerte, NO mover.
3. Abrigar con una manta o similar.
4. Avisar a Urgencias 112.
5. Si no está consciente y no respira, iniciar maniobras de reanimación (RCP) hasta la llegada de los servicios sanitarios.

Recordatorio: Ante sospecha de lesión cervical, realizar tracción mandibular para abrir la vía aérea (ver RCP).

IMPORTANTE EN LAS QUEMADURAS

NO retirar la ropa a la víctima (sobre todo si se encuentra pegada a la piel), salvo en el caso de que se encuentre impregnada de alguna sustancia caliente o cáustica.

NO aplicar ningún tipo de crema, pomada o remedio casero.

NO pinchar las ampollas.

NO dar de beber a la persona con quemaduras graves; en todo caso se le podrían humedecer los labios.

4.11 ACCIDENTES POR CORRIENTE ELÉCTRICA

¿QUÉ SON? ¿EN QUÉ CONSISTEN?

Son lesiones producidas por el paso de corriente eléctrica por el organismo. Puede producirse un paro respiratorio o cardíaco dependiendo de la intensidad y duración de la descarga, o bien quemaduras en la zona de entrada y salida de la corriente.

¿CÓMO ACTUAR?

En el caso de quemaduras eléctricas, antes de tocar al alumno/a, **debemos desconectar la corriente eléctrica**. El hecho de apagar un aparato puede NO interrumpir el paso de electricidad. Si no es posible desconectar la corriente, nos ayudaremos de algún objeto aislante para empujar a la persona accidentada y retirarla de la corriente, sin tocarla directamente (silla de madera, de plástico...). Nunca utilizar objetos húmedos o metálicos.

- Si existe parada cardio-respiratoria, se realizarán maniobras de RCP (reanimación cardio-respiratoria) preferentemente por profesorado que tenga formación o experiencia.
- En general, suele haber un punto de entrada y otro de salida de la corriente. Si la descarga es importante se pueden producir lesiones internas, por lo que es conveniente llamar a URGENCIAS 112 o acudir a un Centro Sanitario.

PRECAUCIONES

NO tocar a la persona que está recibiendo la descarga. Primero aislarla de la corriente.

RECOMENDACIONES

- Si la descarga eléctrica es importante (afectación del estado general) avisar a URGENCIAS 112.
- Informar a la familia o responsables del alumno/a lo antes posible.
- En los laboratorios, talleres o salas de prácticas se deberá instruir al alumnado para evitar en lo posible problemas de este tipo.
- Los centros educativos deberán mantener sus instalaciones eléctricas según establece la normativa vigente, utilizando enchufes de seguridad y protectores para evitar que el alumnado pueda sufrir descargas.

4.12 INTOXICACIONES

¿QUÉ SON? ¿EN QUÉ CONSISTEN?

Un tóxico es cualquier sustancia que, una vez introducida en el organismo, es capaz de lesionarlo. Una intoxicación es el resultado de la acción de un tóxico en el organismo.

Vías de penetración de los tóxicos: digestiva (productos de limpieza, material de laboratorio, tinta, insecticidas...) y respiratoria (gases y humos).

El 70 – 80 % de las intoxicaciones infantiles se deben a una ingesta accidental.

¿CÓMO ACTUAR?

1. Vía de entrada del agente:
 - a. Ante intoxicación por vía digestiva:
 - Dar de beber (nunca en caso de inconsciencia) pequeñas cantidades de agua.
 - Se puede limpiar la boca con una gasa empapada en agua.
 - b. Ante intoxicación por vía respiratoria:
 - Desplazar a la persona intoxicada a un lugar bien ventilado.
 - c. Ante intoxicación por la piel u ojos:
 - Retirar ropa contaminada y lavar con abundante agua.
2. Comprobar los signos vitales.
3. Si la persona afectada está inconsciente, colocarla en posición lateral de seguridad.
4. Identificar el tóxico, la cantidad y el tiempo que ha pasado desde la ingesta o exposición, siempre que sea posible.
5. Recoger el envase del tóxico y pedir información al **Centro Nacional de Toxicología (91 562 04 20)**.
6. Llamar a **URGENCIAS 112** o acudir a un Centro Sanitario.

PRECAUCIONES

- NO provocar el vómito
- NO administrar neutralizantes caseros (vinagre, zumo de limón, leche).
- NO darle de beber, si el afectado está inconsciente.
- NO quitarle importancia. Consulte con los servicios sanitarios (112) o con el Servicio de Toxicología (91 562 04 20)

RECOMENDACIONES.

Informar a la familia o responsables del alumno/a lo antes posible.

4.13 INSOLACIÓN O GOLPE DE CALOR

¿EN QUÉ CONSISTE?

Es un aumento de la temperatura corporal causado por una exposición prolongada al sol. Se presenta de forma súbita y puede producir pérdida de conocimiento.

¿CÓMO ACTUAR?

1. Colocar al alumno/a en un lugar fresco.
2. Acostarle semiincorporado para disminuir el aumento de riego al cerebro.
3. Aflojarle la ropa que le oprima.
4. Aplicar compresas de agua fría a la cara y cabeza.
5. Si no ha perdido el conocimiento, darle agua.
6. Controlar la temperatura.

PRECAUCIONES

- NO dejar a la persona afectada expuesta al sol.
- NO poner la cabeza más baja que los pies.

RECOMENDACIONES

- Llamar a URGENCIAS 112 o acudir a Centro Sanitario si el estado de la persona afectada no es bueno o ha perdido la conciencia.

- Informar a la familia o responsables de la persona afectada lo antes posible.
- Proteger la cabeza de la exposición al sol.
- NO prolongar las exposiciones al sol.

4.14 REACCIÓN ANAFILÁCTICA

¿EN QUÉ CONSISTE?

La reacción anafiláctica o anafilaxia es una reacción alérgica de comienzo agudo, potencialmente letal, que afecta a más de dos órganos o sistemas.

La causa más frecuente de anafilaxia en la infancia son los alimentos.

¿QUÉ PUEDE DESENCADENARLO?

- Alimentos (Más frecuentemente implicados: huevo, leche, frutos secos, pescado y marisco)
- Medicamentos
- Picaduras de abejas y avispas
- Administración de vacunas antialérgicas
- Exposición al látex

ALERGIA AL LÁTEX

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Globos• Material de psicomotricidad• Tiza• Plastilina• Pintura• Chupetes• Adhesivos | <ul style="list-style-type: none">• Guantes de látex• Cremas (pegamento, cinta adhesiva...)• Jabones• Tijeras• Gomas de borrar, de pelo, elásticas• Balones• Colchonetas elásticas |
|---|--|

¿CÓMO SE MANIFIESTA?

- **Las manifestaciones comienzan generalmente antes de los 30 minutos** tras la ingesta de un alimento, o incluso antes si la causa es una picadura de abeja o avispa o un medicamento administrado por vía parenteral (inyectado).
- **Los síntomas pueden aparecer en cualquier orden**, siendo los más frecuentes los que afectan a la **piel** (80% de los casos), y los que primero se manifiestan (habones, inflamación de párpados y labios...), seguidos de los **síntomas respiratorios (tos, mucosidad, dificultad respiratoria...) y cardiovasculares**.

Sin embargo, si la progresión es muy rápida, los síntomas en la piel pueden no aparecer al inicio y **manifestarse desde el comienzo con síntomas cardiovasculares** (mareo, palidez, sudoración, desmayo).

Sintomatología de la anafilaxia		
Piel	Respiratorios	Cardiovasculares
Urticaria por todo el cuerpo. Picor: el picor de la palma de las manos y de la planta de los pies, del cuero cabelludo, de los pabellones auriculares pueden ser síntomas premonitorios de la anafilaxia. Enrojecimiento. Hinchazón de labios. Hinchazón de úvula (Campanilla) o lengua, que produce dificultad para respirar.	Leves: congestión nasal, estornudos, rinorrrea, enrojecimiento de los ojos. Graves: <ul style="list-style-type: none"> • Broncoespasmo, disnea o dificultad para respirar. • Estridor (Respiración ruidosa por obstrucción de la vía aérea). • Afonía, disfonía. 	Mareo, palidez, sudoración, desmayo.

¿CÓMO ACTUAR ANTE UNA ANAFILAXIA?

1. **Eliminar exposición al alérgeno (a lo que produce la alergia).** Por ejemplo, si es un alimento y está en contacto con su piel, lavar con agua abundante; si lo tuviera todavía en la boca, indicarle que lo escupe...
2. **Administrar adrenalina intramuscular autoinyectable** tan pronto como se reconozcan los síntomas de la anafilaxia.
3. **Llamar rápidamente al 112.**
4. **Colocar en posición antishock** (tumbado y piernas elevadas a 45º).
5. **Administrar una segunda dosis** entre los 5 y 10 minutos siguientes si no mejora o aparecen de nuevo los síntomas.
6. **Vigilar** el nivel de conciencia y la respiración. Si en algún momento hay pérdida de conciencia, comprobar si respira normalmente.
7. Respiración normal: Colocar en Posición Lateral de Seguridad.
8. No respira normalmente: Iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) hasta la llegada del 112.
9. **No dejar solo** al alumno/a en ningún momento.
10. **Avisar a la familia.**

CONSIDERACIONES

Los instantes iniciales tras una reacción anafiláctica son críticos, y es importantísimo actuar lo antes posible para evitar complicaciones.

Los padres, madres o tutores legales, profesionales sanitarios y profesorado deben instruir al alumnado con alergias alimentarias u otro tipo de alergias para que avise en cuanto se dé cuenta de que está sufriendo una reacción alérgica.

El resto del alumnado, el profesorado y demás personal del centro educativo que está en contacto con el alumno/a habitualmente, deben estar familiarizados con el reconocimiento de la reacción anafiláctica.

ADRENALINA AUTOINYECTABLE

La adrenalina es el fármaco de elección en el tratamiento de la anafilaxia y debe administrarse lo más precozmente posible.

La adrenalina debe estar en el centro educativo. Según acuerden los responsables del mismo y los padres, madres o tutores legales del alumno/a con alergia, podrá llevarla el alumno/a consigo o estar en el centro, siendo en este último caso los padres, madres o tutores legales los que deben facilitar la adrenalina y estar atentos a la caducidad y a su reposición.

Todo el personal del centro que se relaciona habitualmente con el alumno/a debe conocer cómo utilizar el sistema de autoinyección de adrenalina. Para ello, tendrán el apoyo formativo del enfermero/a referente para el centro educativo.

Los padres deben eximir por escrito al personal del centro de cualquier responsabilidad ante un fallo en la administración de la adrenalina.

ADMINISTRACIÓN DE ADRENALINA AUTOINYECTABLE

Hay disponibles varias presentaciones (ver figura con autoinyectores) con 2 dosis diferentes de adrenalina: 0,15 y 0,30 mg.

- Para alumnado de 10 a 25 kg se aconseja la dosis de 0,15 mg.
- Para alumnado con peso superior a 25 kg, la de 0,30 mg.

Pueden estar a temperatura ambiente de unos 20°C, siempre que estén protegidas de la exposición directa a la luz solar.

No guardar en la nevera ni el congelador, ni a temperaturas elevadas (>25°C).

CÓMO SE ADMINISTRA LA ADRENALINA AUTOINYECTABLE.

1. Coger el autoinyectable con toda la palma de la mano, siempre con la mano dominante.
2. Retirar el tapón de seguridad.
3. Posicionar el autoinyectable perpendicular al muslo de la persona afectada (la adrenalina se inyecta de forma intramuscular).
4. Dar un golpe seco con el autoinyectable en el muslo para que salga la aguja y penetre la adrenalina, para ello hay que dejar presionado el autoinyectable unos 10 segundos contra el muslo.
5. Retirar el autoinyectable del muslo y masajear la zona.
6. Poner de nuevo el tapón de seguridad del autoinyectable, para entregarlo a los servicios médicos cuando lleguen.



PRINCIPALES AUTOINJECTORES

- Altellus
- Emerade
- Jext

(de izquierda a derecha)

ACTUACIÓN ANTE LA ANAFILAXIA

<p>Reconocer síntomas de gravedad: Empeoramiento rápido, dificultad para respirar, color azulado de los labios, “pitos o sibilancias”, edema laríngeo (afonía, salivación o babeo, estridor) vómitos persistentes, mareo, desmayo, confusión, somnolencia, coma.</p>	<p>VALORAR</p> <p>a) Apertura de vía aérea b) Respiración conciencia c) Estado cardiocirculatorio</p>
<p>Solicitar ayuda EMERGENCIAS 112 y avisar a la familia</p>	
<p>Eliminar la exposición al alérgeno (medicamento, alimentos, aguijón/ picaduras).</p> <p>Posición: Acostado boca arriba con los pies en alto o de lado si está inconsciente. No dejar solo al niño/a.</p> <p>No retrasar la medicación de urgencia mientras llega la asistencia médica.</p> <p>Si no hay ayuda especializada cercana, debe trasladarse al centro sanitario más cercano sin tardar.</p> <p>Si el alérgeno ha sido inyectado en un brazo (inyección, picadura de abeja...), puede realizarse un torniquete. Debe aflojarse cada 5 minutos.</p>	<p>Adrenalina intramuscular (Autoinyectable)</p> <p>Jext® de 150 mcg y 300 mcg Altellus® de 0,15 mg y 0,30 mg 0,15 mg en 10 a 25 kg</p> <p>0,3 mg en mayores de 25 kg Administración: cara anterolateral del muslo.</p> <p>Si no hay mejoría en 5-15 minutos: repetir dosis de adrenalina intramuscular.</p>

MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES GENERALES

ANTE POSIBLES ALERGIAS POR INGESTIÓN:

- Organizar las actividades que realiza el grupo dentro y fuera de aula de forma que el alumno/a alérgico no ingiera comida que pueda provocar una reacción alérgica, sin sentirse por ello excluido de la actividad.
- En la etapa de Educación Infantil y primeros años de Educación Primaria, los almuerzos se realizarán en espacios vigilados, tratando así de minimizar el posible riesgo del alumnado alérgico.
- Si se almuerza en el aula, eliminar posteriormente los restos de comida.

ANTE POSIBLES ALERGIAS POR CONTACTO:

- Tener presentes las medidas anteriores (el alumnado alérgico por contacto lo es por ingestión).
- Cuidar que en el aula y en el patio el alumnado no entre en contacto con alimentos o materiales que puedan provocarle una reacción. Es importante revisar el material del aula (tizas, pinturas de cara, plastilinas, toallitas, etc.) y de los espacios comunes.
- Organizar las fiestas escolares intentando evitar el alérgeno. En el caso de que no fuera posible, concretar unas medidas de seguridad e higiene para evitar el contacto.
- Crear hábitos específicos como lavarse manos y boca antes y después de haber comido, asimismo, se recomienda limpiar las mesas de la clase antes y después de tomar el almuerzo en las mismas.
- Tener presente que el contacto del látex y otros alérgenos con una herida, corte y/o mucosa puede desencadenar una reacción grave.

ANTE POSIBLES ALERGIAS POR INHALACIÓN:

- Tener presentes las medidas anteriores (el alumnado alérgico por inhalación lo es también por contacto e ingestión).
- Eliminar del uso escolar barnices y colas que pueden crear crisis graves a pesar del etiquetado “no tóxico”.
- Evitar las plantas y flores que desprendan polen.
- Evitar cortinas, alfombras y peluches en aquellos espacios que frecuenta el alumnado afectado.
- Para el alumnado alérgico al látex, evitar decoraciones con globos.
- Ventilar a menudo el aula y el comedor.

MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES GENERALES EN FUNCIÓN DE ESPACIOS Y ACTIVIDADES REALIZADAS

EN EL AULA:

- Articular los mecanismos de coordinación entre el centro educativo y el centro de salud establecidos por la normativa autonómica.
- Adaptar las actividades programadas para que el alumnado con alergias e intolerancias puedan participar en ellas.

- Informar a los compañeros/as de clase y a la comunidad educativa sobre la alergia o intolerancia del niño/a y así poder evitar algunas situaciones de riesgo. Trabajar con el grupo la importancia para la salud de los hábitos de limpieza.
- Colocar el protocolo de actuación en lugar accesible y visible, así como los teléfonos de emergencia.

EN EL COMEDOR ESCOLAR:

En caso de que el niño/a con alergia o intolerancia alimentaria haga uso del comedor, es imprescindible que en el centro se conozca qué alimentos y utensilios suponen un riesgo para el menor.

- Todo el personal del comedor deberá conocer al alumnado con alergia o intolerancia alimentaria.
- Cuidar que el botiquín individual del alumno/a esté al alcance de todos.
- Atender al alumno/a en caso de reacción alérgica.
- El personal manipulador de alimentos deberá poseer la formación adecuada en relación a este tema y estar debidamente capacitado, de forma que no se produzcan en ningún momento contaminaciones cruzadas y que en todo caso se siga el plan de control de alérgenos integrado en el sistema de autocontrol específico del centro.
- Además, las familias con hijos/as con alergias o intolerancias alimentarias, tendrán conocimiento con antelación suficiente de los menús mensuales, con los ingredientes claramente declarados teniendo en cuenta específicamente los ingredientes de las materias primas que compongan las recetas de los platos (por ejemplo, en lentejas con chorizo, la composición del chorizo con el que se elaboran las lentejas).
- El personal que sirva la comida al alumnado con alergias o intolerancias deberá haber lavado sus manos y no haber tenido contacto con el alérgeno antes de servir la comida, así como los utensilios que utilice. Evitará en todo momento las contaminaciones cruzadas.
- Se servirá primero la comida del niño/a con alergia o intolerancia alimentaria, para evitar así el contacto con otros alimentos.
- Siempre se tendrá identificado y vigilado con mayor exhaustividad el alumnado con alergias o intolerancias alimentarias.
- En caso de duda a la hora de administrar un alimento, recurrir a la ficha del niño/a, no ofreciéndoselo si no se está seguro.
- Sentar siempre al niño/a en el mismo lugar y al cuidado del mismo monitor/a.

- Vigilar que no se produzcan descuidos con posible intercambio de cubiertos y/o servilletas con otros/as compañeros/as.
- Habituar a todo el alumnado a lavarse las manos y la boca después de comer un alimento que es alergénico para un/a compañero/a.
- Se evitará separar al alumnado de sus compañeros/as durante las comidas, llevando a cabo las medidas descritas.

EN EL PATIO:

- Los cuidadores/as tienen que estar informados del alumnado que tiene reacciones adversas a alimentos y, en el caso de precisarlo, dónde se encuentra la medicación de rescate de los mismos.
- El alumnado debe conocer los cuidados especiales que requiere la convivencia con sus compañeros/as (evitar compartir alimentos, no jugar con la comida, no dejar restos de comida por el patio ni en los baños, etc.).

EN SALIDAS EXTRAESCOLARES:

- El profesorado informará de los menús en caso de que la salida contemple comer fuera del centro, lo comunicará a las familias y se encargará de custodiar la medicación de rescate del alumno/a.
- El alumno/a podrá llevar su comida de casa o del colegio con el fin de minimizar el riesgo de posible contaminación durante la salida y debe estar identificado para que no se le dé por error el alimento al cual es intolerante o alérgico.

EN FIESTAS Y CELEBRACIONES:

- El profesorado tutor informará a las familias o tutores legales de las pautas a la hora de celebrar un cumpleaños cuando en el aula haya alumnado alérgico o con intolerancias alimentarias.
- El profesorado tutor informará a las personas encargadas de la organización del evento para que adapten la comida del alumnado alérgico y el material a emplear en la actividad.

4.15 CRISIS DE ASMA

¿QUÉ ES? ¿EN QUÉ CONSISTE?

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia.

Es un trastorno inflamatorio crónico de los bronquios que dificulta el libre paso del aire en los pulmones. El origen del asma en la actualidad es desconocido.

Se produce por la interacción de *factores genéticos* (predisposición familiar) y *factores ambientales*. En la mayoría de los casos (80 %), el asma es de causa alérgica.

Las crisis de asma se pueden desencadenar por diferentes circunstancias como:

- Contaminantes ambientales, especialmente el humo del tabaco.
- Alérgenos, como el pelo del perro o del gato; pero sobre todo los ácaros del polvo...
- El estrés. El alumnado con asma tiene mayor tendencia a presentar síntomas en períodos de estrés, como el primer día de clase o ante un examen, cuando tienen problemas en casa o están tristes.
- El ejercicio físico, sobre todo si el aire es frío y seco.

SÍNTOMAS

- Tos
- Dificultad para respirar (disnea), respiración acelerada
- Sibilancias (le suena el pecho, “pititos”)
- Aumento de la frecuencia cardíaca
- Dificultad para hablar
- Agitación

Habitualmente las crisis son reversibles, pero a veces provocan situaciones graves que requieren una actuación urgente.

Los padres, madres o tutores legales, profesionales sanitarios y profesorado deben instruir al alumno/a para que avise en cuanto se dé cuenta de que está sufriendo una crisis.

¿CÓMO ACTUAR?

1. **Tranquilizar** al alumno/a.
2. **Eliminar la causa** de la crisis, si se puede (alérgenos, ejercicio físico...).

3. **Supervisar o administrar su medicamento** siguiendo las instrucciones de la **Ficha de Salud**.
4. **Si no se dispone de la Ficha de Salud, administrar 4 pulsaciones de rescate** con un inhalador de acción rápida (salbutamol o terbutalina) con cámara espaciadora con/sin mascarilla facial según edad.
5. **Repetir** las 4 pulsaciones a los 20 minutos si no hay mejoría.
6. Si aún no mejora o aparecen síntomas de alarma, **avivar al 112**.
7. **Avisar a la familia**.
8. **Hasta que reciba atención médica**, se puede administrar de nuevo (tercera vez) la medicación de rescate a los 20 minutos.
**La medicación de rescate se puede repetir cada 20 minutos durante la primera hora.*
9. **No dejar nunca solo** al alumno/a.

Síntomas de alarma. Avisar al 112

- **Color azulado de piel y mucosas** (Más visible en labios y uñas).
- **No puede hablar o caminar con normalidad**, debido a la dificultad para respirar.
- **Hay pérdida de conciencia total o parcial** (aturdimiento, confusión, reacciona lentamente).

CONSIDERACIONES EN EL COLEGIO

- Se ha demostrado que la administración temprana de un broncodilatador en el asma reduce el tiempo de resolución de los síntomas. **Ante una crisis de asma, se debe ayudar a la persona afectada a administrarse su inhalador**.
- Aunque el alumnado con asma suele conocer y manejar con facilidad su medicación para las crisis, debe ser supervisado por el profesorado cuando la utilicen.
- Existen numerosos y diferentes dispositivos para el tratamiento del asma. **El referente educativo en salud, resto del profesorado y personal del centro que está en contacto con el alumno/a, debe conocer y manejar cómo se utiliza su inhalador**. Para ello, si fuera necesario, tendrán el apoyo formativo del enfermero/a referente para el centro educativo.
- La realización de ejercicio físico puede desencadenar una crisis de asma. Sin embargo, **el alumno/a con asma debe realizar ejercicio físico adecuado a sus circunstancias**. La Ficha de salud del alumno/a recogerá las medidas necesarias para evitar que se desencadene una crisis durante el ejercicio.

- **El alumnado con asma siempre debe llevar consigo su medicación de rescate**, para poder utilizarla en el caso de que experimente una crisis aguda.
- Según acuerden los responsables del centro educativo y los padres, madres o tutores legales del alumno/a, podría disponerse en el centro de un inhalador de acción rápida (salbutamol o terbutalina) y una cámara espaciadora de conexión universal, **para administrar medicación de rescate al alumno/a con asma si se encuentra nervioso o agitado durante la crisis y no es capaz de hacerlo por sí mismo, o no dispone de su medicación en ese momento**.
- Si así se acordara, las instrucciones necesarias para su administración y utilización deberán estar recogidas en la **Ficha de Salud del alumno/a**, debidamente cumplimentada. Asimismo, los padres, madres o tutores legales facilitarán el inhalador y la cámara al centro, debiendo estar atentos a la caducidad y a su reposición.

El colegio debe estar libre de tabaco, incluidas las actividades lúdicas y extraescolares.

- Minimizar la cantidad de alérgenos en las aulas.
- Higiene correcta del colegio y ventilación frecuente de las aulas. Realizarlo cuando el alumnado está ausente.
- No utilizar alfombras ni moquetas. Evitar cortinas o, en todo caso, que sean fácilmente lavables.
- No acumular polvo. Limpieza periódica de las estanterías de libros.
- Utilizar tizas sin polvo.
- Limpiar con productos sin amoniaco.
- Paredes y suelos de materiales que se puedan limpiar fácilmente.
- En las épocas de polinización:
 - Controlar la carga polínica dentro del colegio.
 - Mantener cerradas las ventanas en los momentos de máximo sol y si hay viento.
 - Ventilar las aulas muy temprano y a última hora del día.
- Planificar actividades extraescolares pensando en el alumnado con asma. Procurar entornos con poco polen: visita a museos, a la ciudad, deporte en el gimnasio en días de mucho sol y viento.
- Todas las medidas de protección deben mantenerse durante las actividades extraescolares como viajes y vacaciones escolares.

4.16 CRISIS CONVULSIVAS

Las “crisis convulsivas” son contracciones involuntarias y anormales de los músculos por actividad eléctrica anormal en el cerebro, que se caracterizan por:

- Movimientos irregulares.
- Localizados en un grupo muscular o en varios grupos musculares o en todo el cuerpo.
- Iniciadas de forma súbita.
- Poco tiempo de duración.

POSIBLES CAUSAS:

- Fiebre (la más frecuente)
- Traumatismos craneales
- Hipoglucemia (en alumnado diabético)
- Intoxicación (drogas)
- Infecciones (meningitis...)

SÍNTOMAS que se presentan “habitual y bruscamente”:

- Movimientos involuntarios y rigidez corporal.
- Auras (es lo que a veces precede a la crisis: cambio de humor, cefalea, irritabilidad, mirada fija).
- Desvanecimiento súbito.
- Emisión espontánea de heces u orina (relajación de esfínteres).
- Hipersalivación.
- Sudoración, náuseas, palidez.
- Fiebre (convulsiones febriles).
- Inconsciencia.
- Amnesia transitoria (pérdida de memoria pasajera).
- Flaccidez muscular.

¿QUÉ HACER EN EL CENTRO EDUCATIVO?

- Proteger al niño/a, colocándolo en “postura lateral de seguridad”: girar la cabeza hacia un lado y colocarlo de costado.
- Mantener la calma y medir la duración.
- No dejar NUNCA al niño/a solo.
- Si dura “más de 5 minutos” o es la “primera vez” que ocurre, llamar al teléfono de emergencias 112 y buscar ayuda.
- Comprobar que respira bien.

- No introducir ningún objeto en la boca que le pueda perjudicar.
- No sujetar al niño/a para detener sus movimientos.
- No moverle (al menos que se encuentre en peligro en una carretera, en el agua o en unas escaleras).
- Aflojar la ropa y retirar objetos que pueda llevar en el cuello.
- Cuando tiene fiebre: quitar ropa para intentar bajar la temperatura (no desnudar completamente, ni dar baños de agua fresca).
- En caso de que tengamos información de que no es la primera vez o disponemos de tratamiento suministrado por la familia y prescrito por un pediatra, existe medicación:
 - Rectal: Canuletas de diazepam rectal (Stesolid).
 - Oral: Jeringas precargadas de midazolam (Buccolam).
- Posteriormente, el alumnado suele quedarse adormilado, confuso o desorientado.
- No darle nada de comer o beber hasta que esté consciente.
- Avisar a la familia o representantes legales.

4.17 DIABETES. HIPOGLUCEMIA

¿QUÉ ES UNA HIPOGLUCEMIA?

La hipoglucemia es un descenso excesivo de la glucosa en sangre.

Se considera que estamos ante una hipoglucemia cuando el valor de glucosa en sangre es **inferior a 70 mg/dl** aunque no se acompañe de síntomas, o **cuando aparecen los síntomas y no podemos determinar la glucemia capilar**.

POSIBLES CAUSAS

- Haber puesto una dosis excesiva de insulina
- Haber hecho demasiado ejercicio (tiempo y/o intensidad)
- No haber tomado el alimento necesario
- Aparición de vómitos

SÍNTOMAS

Los síntomas pueden ser leves, moderados o graves dependiendo de cada persona y de lo bajo que se encuentre el nivel de glucosa en sangre (ver tabla siguiente).

SÍNTOMAS DE HIPOGLUCEMIA		
LEVES	MODERADOS	GRAVES
Sensación de hambre. Dolor de cabeza. Sudoración fría. Palidez. Palpitaciones, taquicardia. Cambio de carácter. Tremblores. Dolor abdominal.	Dificultad para pensar o hablar. Comportamientos extraños. Visión borrosa. Adormecimiento. Mareos.	Alteración del nivel de conciencia pudiendo llegar al coma. Convulsiones.

¿CÓMO ACTUAR EN CASO DE HIPOGLUCEMIA?

Una hipoglucemia es una URGENCIA y debe ser tratada inmediatamente

Ante los síntomas de hipoglucemia, hay que **comprobar el nivel de glucosa en sangre** mediante glucemia capilar. Si no se puede realizar la prueba y se sospecha una hipoglucemia, se debe tratar como si lo fuese. Sin ningún miedo. La hipoglucemia hay que tratarla **CON URGENCIA**.

Ante la duda de si los síntomas que presenta el niño/a se corresponden con una hiperglucemia o una hipoglucemia, **actuaremos siempre como si fuera una hipoglucemia** porque conlleva un mayor riesgo vital.

Se seguirán las **instrucciones de la Ficha de Salud del alumno/a**.

Si no se dispone de ella, se procederá del siguiente modo:

1. Hipoglucemia SIN ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA.

- Dar por boca 10 a 15 g de hidratos de carbono de absorción rápida. Por ejemplo:
 - Glucosa 10 a 15 gramos (en pastillas o gel).
 - Azúcar (2 terrones o un sobre de azúcar).
 - Zumo de frutas o refrescos azucarados, no "light" (100 cc).
- **Guardar reposo, mejor tumbado para evitar caídas.**
- **Avisar a la familia.** Esperar unos 10-15 minutos y repetir la glucemia si se puede. Si no se ha normalizado o persisten los síntomas, hay que volver a dar el mismo tipo de hidratos de carbono.
- **Si a pesar de ello no cede, avisar al 112**
- **Si ya lo ha superado**, se deben dar otros 10 g de hidratos de carbono de

absorción lenta (pan, galletas, yogur o leche), para que mantenga los niveles de azúcar más tiempo y no vuelvan a disminuir.

2. **Hipoglucemia CON ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA**

- Es una situación excepcional que no debe ocurrir si existe un adecuado seguimiento del tratamiento.
- **Colocar en Posición Lateral de Seguridad. Avisar al 112 y a la familia**
 1. **NUNCA** dar alimentos, ni sólidos ni líquidos, por boca.
 2. **Administrar Glucagón (intramuscular o subcutáneo)**. Según el peso o la edad del niño/a, la dosis será diferente:
 - a) Administrar 0,5 mg (1/2 ampolla) en alumnado con menos de 25 kg o menores de 7 años
 - b) Administrar 1 mg (una ampolla) en alumnado con más de 25 kg de peso o mayores de 7 años.
 3. Si **recupera la conciencia** (no hay síntomas y glucemia mayor de 70 mg/dl) tomar un alimento con alto contenido en azúcar, como galletas o zumo de frutas, y realizar controles glucémicos cada 15 minutos hasta la llegada de los servicios sanitarios.

Mientras un alumno/a con diabetes tiene hipoglucemia no debe estar solo, ya que puede perder la conciencia.

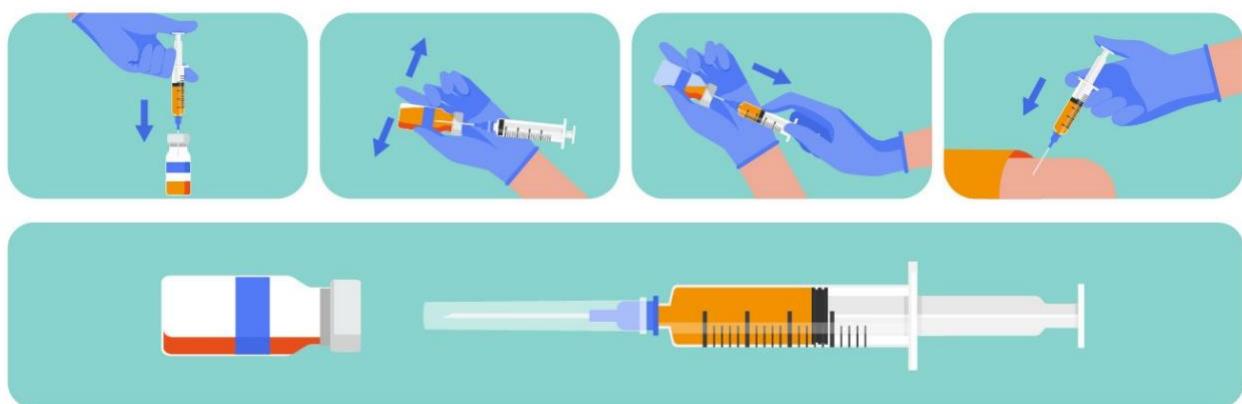
INFORMACIÓN SOBRE EL GLUCAGÓN

Es un medicamento para tratar las hipoglucemias graves de forma inmediata en casos de urgencia, en personas con diabetes que están inconscientes.

El alumnado con diabetes suele reconocer la hipoglucemia y actuar ante los primeros síntomas, por lo que podrán tomar alimentos en clase. Aun así, deben ser **supervisados por el profesorado**.

- **Es necesario tener el glucagón en el centro educativo.** Según acuerden los responsables del mismo y los padres, madres o tutores legales, podrá llevarlo el alumnado consigo en una bolsa refrigerada o estar en el centro, siendo en este último caso los padres, madres o tutores legales los que deben facilitar el glucagón y estar atentos a la caducidad y a su reposición. Es frecuente que caduque sin haberse usado.
- **Debe estar refrigerado (2-8º C). Sin temperaturas extremas, no excediendo de 25º C, puede estar durante unas horas fuera de la nevera**, lo que facilita el llevarlo consigo cuando se sale del centro educativo.

- El resto del alumnado, el profesorado y demás personal del centro educativo que está en contacto con el alumno/a habitualmente, debe estar familiarizado con el reconocimiento de la hipoglucemia.
- **Todo el personal del centro que se relaciona habitualmente con el alumno/a debe conocer cómo administrar el glucagón.** Para ello tendrán el apoyo formativo del enfermero/a referente para el centro educativo. Es muy sencillo y su administración no entraña ningún riesgo.
- Las familias deben eximir por escrito al personal del centro de cualquier responsabilidad ante un fallo en la administración del glucagón (Anexo I: Ficha de Salud del alumno/a).



INSTRUCCIONES DE CÓMO ADMINISTRAR GLUCAGON HIPOKIT.

1. Preparar la inyección de glucagón es muy fácil, ya que se vende en forma de “kit” que contiene todo lo necesario (Glucagón-Gen Hypokit).
2. **Cualquier persona puede hacerlo.** Simplemente hay que introducir el agua que hay en la jeringa en el vial de polvo de glucagón, agitar suavemente, extraer el contenido total del frasco e inyectar la totalidad. La inyección suele hacerse por vía subcutánea (debajo de la piel, como la insulina), pero también puede hacerse por vía intramuscular (como las inyecciones habituales) e incluso no importaría que por accidente se pusiera en vena.
3. **No hay por qué tener ningún temor, pues el glucagón puede inyectarse por cualquier vía sin ningún riesgo para la persona con diabetes.** Si la persona recupera el conocimiento, entonces, y nunca antes, hay que darle hidratos de carbono, ya que el efecto del glucagón es muy rápido y podría volver a presentar una hipoglucemia.
4. **Si en el transcurso de 10 minutos, la persona no ha recuperado el conocimiento y no ha llegado el Servicio de Urgencias, puede repetirse la inyección.** Tampoco se debe temer el hecho de inyectar glucagón cuando no se está frente a una hipoglucemia. Ante la duda entre glucosa en sangre alta o baja, es SIEMPRE preferible actuar como si se tratase de una bajada.

4.18 CRISIS DE ANSIEDAD

La “ansiedad” es un estado de malestar psíquico y físico temporal, que se caracteriza por:

- Sensación de inquietud
- Intranquilidad
- Inseguridad
- Desasosiego
- Vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida

SÍNTOMAS que se presentan “habitual y bruscamente”:

- Taquicardia
- Palidez
- Opresión torácica
- Sensación de ahogo y falta de aire
- Dificultad para tragar
- Náuseas o vómito
- Retortijón o diarrea
- Sudoración excesiva
- Temblor
- Cefalea o mareo

Otros síntomas “muy frecuentes”:

- Inseguridad y preocupación
- Dificultad para concentrarse
- Apatía
- Incapacidad para adaptarse

¿QUÉ HACER EN EL COLEGIO?

- Llevar a la persona a un lugar apartado y tranquilo.
- Separarla del lugar que le haya podido desencadenar la crisis de ansiedad.
- Calmarla
- Dialogar (situarse cara a cara).
- Dejarle que pueda llorar (si es necesario), que cuente lo que le preocupa, sin forzar.
- Intentar maniobras de relajación:
- Imitar la respiración.
- Contar series de números.
- Cerrar los ojos, ...
- Avisar a la familia o representantes legales.

- Educarle para que en otras ocasiones pueda comunicar la aparición de los primeros síntomas (sudoración, opresión, ...).

La ansiedad va a precisar posteriormente una ayuda especializada y multidisciplinar (psico-pedagogos, salud mental infanto-juvenil, etc).

4.19 ENFERMEDAD CELIACA

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD CELIACA?

La celiaquía es una intolerancia permanente al gluten.

El gluten es una proteína presente en algunos cereales como el **trigo, la cebada, el centeno, la avena, la espelta, sémola, triticale y kamut**.

Se presenta en personas genéticamente predispuestas, en las que se produce una lesión en la mucosa del intestino delgado, provocando como consecuencia una inadecuada absorción de los alimentos.

SÍNTOMAS

La mayoría de los casos son asintomáticos, pero en caso de tener síntomas, los más frecuentes son:

- Diarrea crónica y vómitos
- Anemia por falta de hierro
- Retraso del crecimiento
- Pérdida del apetito y de peso
- Distensión abdominal
- Alteración del carácter

Hay que tener especial precaución en bares o restaurantes (en las excursiones) y en los comedores escolares. Hay que consultar cómo se ha elaborado y los ingredientes de cada plato antes de consumirlos. Por ejemplo: Una tortilla de patatas puede llevar levadura, las salsas pueden estar ligadas con harina, se puede haber echado picatostes a un puré, pueden haber frito patatas en una freidora en la que se han freído croquetas o empanadillas, o al servir un plato de lentejas han quitado el embutido, pero el gluten de ese embutido permanece en la salsa...

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

Se debe evitar la ingesta de alimentos que pueden contener GLUTEN o restos del mismo.

El tratamiento es una dieta sin gluten de por vida

CONTIENEN GLUTEN O PUEDEN CONTENERLO

- Pan, harina, cereales, galletas o productos de repostería.
- Pasta alimenticia: macarrones, tallarines..., rebozados y aderezos.
- Bebidas malteadas, destiladas o fermentadas de estos cereales.
- Alimentos procesados o manufacturados que los contengan en cualquiera de sus formas: almidones, féculas, sémolas, proteínas, levadura, espesantes...
- Conservas de carne o pescado.
- Embutidos y productos de charcutería (mortadela, chorizo, chóped...).
- Patés.
- Quesos fundidos o para untar, especiales para pizzas o rellenos, salas, condimentos y colorantes alimenticios; frutos secos, tostados o fritos.
- Caramelos, golosinas y algunos helados.
- Sucedáneos del café, chocolate u otras bebidas de máquina.

ALIMENTOS QUE NO CONTIENEN GLUTEN Y PUEDEN TOMAR LIBREMENTE

- Cereales y pseudocereales sin gluten: maíz, arroz, mijo, sorgo, trigo sarraceno, soja, quinoa, tapioca, alforfón, araraí, amaranto, teff.
- Leche y derivados naturales no saborizados: quesos, nata, yogures...
- Carnes, pescados y mariscos frescos, congelados o en conserva, al natural o en aceite.
- Verduras, frutas y hortaliza

RECOMENDACIONES

- Consumir productos manufacturados tiene riesgos potenciales. **Hay que leer siempre la etiqueta del producto que se compra.** Se debe comprobar los ingredientes que figuran en la etiqueta.
- En general, **evitar productos a granel, los elaborados artesanalmente y los que no estén etiquetados**, donde no se puede comprobar el listado de ingredientes.
- Tener cuidado con las harinas sin gluten si no certifican que están libres de gluten.
- Se pueden contaminar si la molienda se ha hecho en molinos que también muelen otros cereales.
- Los cereales siguientes no contienen gluten: arroz, maíz, soja, tapioca, fríjoles, quinoa, sorgo, mijo, alforfón, araraí, amaranto y harina de nueces.
- Es aconsejable comprar productos **certificados de calidad de alimentos sin gluten**.
- El alumnado con enfermedad celíaca no está limitado a comer solamente en casa.
- Cada vez es más fácil encontrar alimentos permitidos en supermercados, restaurantes y comedores escolares.
- Cuentan con ayuda para descubrir qué alimentos contienen gluten: Asociaciones de celíacos, guías de productos y aplicaciones para móviles. Con el tiempo el niño/a suele aprender qué alimentos puede comer y cuáles están prohibidos.

ALIMENTOS PERMITIDOS		DUDOSOS	NO PERMITIDOS
CEREALES TÚBERCULO	Arroz, maíz, tapioca, quinoa, grano sarraceno, mijo. Pasta y panes de harinas sin gluten.	Patatas fritas envasadas, palomitas coloreadas.	Trigo, avena, cebada, espelta, centeno, triticale, kamut.
FRUTAS	Todas las frutas y zumos naturales, frutas en almíbar.	Fruta manipulada (confitada o gaseada). Fruto seco frito y tostado con sal.	Fruta seca enharinada (higos secos).
VERDURA LEGUMBRE	Todo tipo de verduras y legumbres frescas, secas o congeladas.	Platos precocinados.	Verduras empanadas con pan o harinas no permitidas.
LECHES QUESOS	Leche fresca, pasteurizada, ultra-pasteurizada y evaporada en polvo. Leches infantiles. Yogur natural, nata fresca, quesos frescos y curados. Mantequilla.	Cremas y pudines, yogures con fruta, quesos de untar y de sabores, leche condensada, bebidas a base de leche, helados, margarina.	Platos preparados con queso, empanados con harinas.
CARNE, PESCADO, MARISCO Y HUEVO	Todo tipo de carne, pescado, marisco fresco, congelado, en conserva al natural, en aceite, en sal, ahumado... Todo tipo de huevos y derivados del huevo Jamón curado y Cecina.	Embutidos y patés Conservas de carne o pescado. Platos preparados o precocinados. Huevos pasteurizados o en polvo.	Carnes o pescados empanados con pan o harinas de cereales prohibidos.
GRASAS	Grasas animales: manteca de cerdo, mantequilla, tocino. Aceite vegetal: oliva y semillas Aceite y manteca de coco.		
ESPECIAS, CONDIMENTOS Y LEVADURAS	Especias y hierbas aromáticas, colorantes y aromas naturales sin moler, sal y vinagre de vino, levadura de cerveza fresca y liofilizada, gasificantes: bicarbonato sódico, ácido tartárico.	Salsas preparadas, pastillas para caldo, levadura química, mezcla de especias, colorante alimenticio.	Bechamel de harinas no permitidas. Levadura de harinas no permitidas.
DULCES	Miel, cacao puro en polvo, chocolate Edulcorantes puros. Acelsfamox-K, aspartamo, fructosa, sacarina.	Confituras y mermeladas, chocolate a la taza y en crema, sucedáneo de chocolate, caramelos y gominolas, gelatinas y chicles.	Chocolate con cereales no permitidos, bollos, pasteles, tartas, galletas, bizcochos y demás productos de pastelería.
BEBIDAS	Todo tipo de zumos naturales, refrescos, café e infusiones naturales.	Café soluble, sucedáneo de café, infusiones de bolsa. Bebidas destiladas o fermentadas a partir de cereales.	Bebidas a base de avena, malta, cebada y centeno. Bebidas destiladas o fermentadas a base de estos cereales.

Fuente: Guía de Ayuda a Centros Docentes.AEPap

4.20 CUERPOS EXTRAÑOS EN NARIZ

¿EN QUÉ CONSISTE?

Se trata de la presencia de algún objeto en una o las dos fosas nasales, de forma accidental o voluntaria por parte del niño/a. Es más frecuente en alumnado pequeño y habitualmente sólo en una fosa nasal. Suelen ser pequeños juguetes o sus fragmentos, piedras, gomas de lápices, papel enrollado, poliestireno expandido, chicle, pilas, guisantes, semillas o insectos.

Los cuerpos extraños pueden permanecer en las fosas nasales de forma asintomática, la aparición de síntomas depende del tiempo que haya pasado desde su introducción. Puede aparecer dolor nasal, estornudos u obstrucción y si persiste aparecerá rinorrea y fetidez.

¿CÓMO ACTUAR?

Averiguar de qué tipo de cuerpo extraño se trata: Un juguete, un objeto pequeño o un alimento. Esto es importante porque si se trata de una semilla o hueso de fruta, con la secreción aumenta de tamaño y se agrava la obstrucción.

Si se trata de algún objeto pequeño, se debe taponar el orificio nasal ileso (no el afectado) y decir a la víctima que se suene con suavidad. Es importante respirar por la boca para no introducir más profundamente el objeto. La presión del aire ayudará a que salga.

RECOMENDACIONES:

No introducir los dedos o pinzas para intentar extraer el cuerpo, pues es probable que por accidente se introduzca más profundamente.

No intentar extraer un objeto que no se pueda ver o que no sea fácil de agarrar, ya que se podría dañar más la mucosa.

Al sonar, evitar hacerlo con demasiada fuerza o de forma muy repetitiva, porque la presión interna podría causar daños en el oído.

Si no se expulsa al sonarse informar a la familia o responsables del alumnado afectado lo antes posible.

Derivar a un centro médico.

4.21 CUERPOS EXTRAÑOS EN OÍDO

¿EN QUÉ CONSISTE?

Se trata de la presencia de algún objeto en uno o los dos conductos auditivos, de forma accidental o voluntaria por parte del niño/a. Es más frecuente en alumnado pequeño. Suelen ser pequeños juguetes o sus fragmentos, piedras, gomas de lápices, papel enrollado, poliestireno expandido, chicle, pilas, guisantes, semillas o insectos.

Puede cursar desde formas casi imperceptibles hasta dolor y secreción hemática, si el cuerpo extraño progresiona hacia el conducto auditivo o la membrana timpánica. Con el tiempo se desarrolla una reacción inflamatoria, lo que se puede manifestar con una secreción fétida por el oído y con dolor. Puede presentarse hipoacusia. Las pequeñas pilas pueden causar necrosis a consecuencia del flujo de corriente en un ambiente húmedo. La presencia en el oído de un insecto es muy desagradable y a veces provoca mareos y vómitos.

¿CÓMO ACTUAR?

- No intentar la extracción a ciegas sin ayuda.
- Informar a la familia o responsables del alumnado afectado lo antes posible.
- Derivar al paciente al centro de salud/hospital.

5. CONSEJOS DE HIGIENE Y PREVENCIÓN

A -PIOJOS

Es la enfermedad por parásito más frecuente en alumnado de 3 a 12 años. Se llama pediculosis de la cabeza. La infestación se produce por el piojo de la cabeza. Son insectos muy pequeños que miden unos 2 mm de largo. Son parásitos porque se nutren de la sangre del cuero cabelludo, exclusivamente de los humanos. No afectan a los animales.

Los piojos son difíciles de ver entre el pelo porque son pequeños y tienen un color parecido. Se transmiten casi siempre por contacto directo, de cabeza a cabeza. En algunos casos por objetos personales que comparte el alumnado, tales como peines, sombreros, lazos... No saltan ni vuelan. Tienen preferencia por el entorno cálido que proporciona el pelo largo, sobre todo en la zona de la nuca y detrás de las orejas, por eso son más frecuentes en niñas.

En edad escolar no es un problema de higiene ni de clase social. El alumnado no debe tener miedo o vergüenza por tener piojos. Las recurrencias son generalmente reinfecciones comunitarias. Son bastante contagiosos. Si no se realiza el tratamiento escolar de forma precoz y generalizada, son difíciles de eliminar.

SÍNTOMAS

En ocasiones no producen síntomas y se descubren al observar el pelo, pero lo más frecuente es que produzcan picor debido a la irritación que provoca la saliva del piojo al morder el cuero cabelludo para alimentarse.

También pueden ocasionar:

- Granitos por picadura en el cuero cabelludo.
- Lesiones de rascado que pueden infectarse.
- Malestar e irritabilidad.

No son peligrosos, no transmiten enfermedades.

¿CÓMO ACTUAR?

El centro educativo enviará una circular informativa a las familias de todo el alumnado en cuyo grupo se detecte la presencia de piojos, en la que se indicarán las siguientes medidas generales de actuación:

- Mantener la higiene corporal y del cuero cabelludo. Recoger en una coleta si se tiene pelo largo.
- Mantener las uñas limpias y cortas.
- Si aparecen heridas infectadas (rojas, dolorosas, supuran), puede aplicarse antibiótico tópico en niños/as que no sean alérgicos. Derivar para valoración, evitar el fomento de automedicación.
- Lavar con agua a 50° la ropa utilizada al inicio del tratamiento: sábanas, gorros y buñuelos. Plancharlos con vapor. Aspirado de colchones, alfombras, almohadas.
- Sumergir los peines en agua a 60° durante diez minutos.
- Pueden meter estas prendas o utensilios en bolsas y cerrarlas herméticamente durante diez días. Eso también mata a los piojos y sus huevos.

Existe una amplia gama de tratamientos. Se dispone de varios productos tópicos que han demostrado eficacia y que deben ser prescritos por los profesionales sanitarios. La retirada de las liendres es imprescindible para asegurar la efectividad del tratamiento, ya que ninguno de los tratamientos mata los huevos al 100%.

Las recaídas suelen ser consecuencia de no haber eliminado por completo las liendres. Se puede hacer de forma manual o con una lendarra. Hay que peinar mechón a mechón, de abajo a arriba y de arriba abajo, y cuantas más juntas estén las púas de la lendarra, mejor.

Se recomienda repetir el tratamiento a los 7-14 días.

PREVENCIÓN

No hay ningún repelente en el mercado que haya demostrado ser lo suficientemente eficaz contra el contagio.

En cuanto reconozcamos la situación, informaremos a la familia del niño/a para que inicie el tratamiento de forma temprana. De esta manera, el niño/a no tendrá que faltar a la escuela y evitaremos problemas de exclusión o reinfección.

También es aconsejable examinar a los demás miembros de la familia y niños/as con contacto estrecho cada tres días y tratar si están afectados.

Insistir en la educación sanitaria grupal con campañas escolares informativas y recordar a las familias que revisen a sus hijos/as para poder instaurar el tratamiento.

B - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Las infecciones forman parte del desarrollo normal del niño/a, permiten que se activen sus defensas y mejore su sistema inmunitario.

La mayoría son banales y producidas por virus.

Muchas veces es difícil controlar su contagio, ya que algunas de ellas pueden transmitirse días previos al inicio de los síntomas y la frecuencia con la que los niños/as interactúan entre ellos (comparten juguetes, balones, cuentos...).

Las formas de contagio de las infecciones son las siguientes:

- Por vía fecal-oral: Los microbios se eliminan por las heces y el contagio se produce al ingerirlos. Esto ocurre habitualmente en las infecciones que cursan con diarrea y en la hepatitis A.
- Por vía respiratoria: Al toser, estornudar o hablar se expulsa al aire gérmenes que

pueden ser inhalados por las demás personas. Ejemplos: Infecciones respiratorias, varicela, sarampión, meningitis, tuberculosis...

- Por contacto con la piel: De persona a persona o a través de objetos que se comparten. Así ocurre con los piojos, la sarna o las infecciones de la piel.
- Por contacto con líquidos orgánicos (sangre, orina, saliva).

El alumnado tiene **más riesgo de contagio** cuanto menor sea su edad, por su inmadurez inmunológica y por sus “medidas higiénicas deficientes” (no se lavan las manos, no controlan la salivación, comparten juguetes u objetos sucios, no se cubren al toser, se llevan todo a la boca).

Un buen **aprendizaje de estas medidas higiénicas** evita el contagio de muchas infecciones y no sería precisa la exclusión del centro escolar durante el proceso infeccioso leve.

RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES

- Mantener una buena higiene en las instalaciones y una buena ventilación.
- Lavar a menudo los juguetes y objetos de uso común (paños de cocina, toallas, ropa de abrigo...).
- Lavado de manos (con agua y jabón) en los educadores/as y en los niños/as. Especialmente antes y después de tocar alimentos, del cambio de pañales y de usar el retrete.
- Mentalizar a las familias para que no lleven sus hijos/as al colegio cuando tengan infecciones según el consejo de su pediatra.
- La vacunación es la mejor manera de prevenir algunas enfermedades contagiosas.
- Limpiar los mocos y la saliva con papel desechable. Enseñar al alumnado a cubrirse la boca al toser, poniendo su antebrazo.
- Comunicar a las familias cualquier brote infeccioso que ocurra en el colegio.
- Si un niño/a se pone enfermo estando en el centro educativo, debería existir la posibilidad de aislamiento del resto del alumnado hasta que su familia lo recoja.

No hay un documento oficial que enumere las infecciones, virus o enfermedades por las que el alumnado no puede ir al colegio. Se deben seguir las recomendaciones de los pediatras.

Se recomienda que el alumnado no asista al colegio cuando la enfermedad no le deja seguir cómodamente las actividades del centro, cuando necesite más atención de la que se le puede proporcionar en el centro y cuando el niño/a favorece la propagación de esa enfermedad, sobre todo en un entorno de riesgo.

El sentido común, junto con las recomendaciones de los pediatras, debe dictar cuándo las familias no deben llevar a sus hijos/as a la escuela, no solo por el riesgo de contagio (hay enfermedades que no son contagiosas) sino también por el bienestar del niño/a.

PROCESOS INFECCIOSOS Y RECOMENDACIONES DE EXCLUSIÓN DEL CENTRO ESCOLAR

Proceso	Exclusión	Comentarios
Gastroenteritis (diarrea y/o vómitos)	Hasta 24-48 horas después de la última diarrea o vómito	Pueden ser producidas por virus, bacterias o protozoos (giardias)
Lombrices	NO	Los niños infectados se deben bañar por las mañanas para eliminar los huevos puestos durante la noche sobre todo en la zona perianal. Insistir en las prácticas de higiene personal y lavado de manos. Hay que tratar a toda la familia
Varicela	Hasta un mínimo de cinco días después de iniciada la erupción o hasta que todas las lesiones estén en forma de costra	
Sarampión, parotiditis y rubeola	Hasta cinco días después del comienzo del exantema o de iniciada la inflamación de la parótida, en el caso de las paperas	Suelen ser enfermedades raras porque los niños suelen estar vacunados
Megalooritema	NO	Se llama "enfermedad de la bofetada" por el enrojecimiento de la cara. Cuando aparece el enrojecimiento, no suele ser Contagiosa.
Exantema súbito	NO	La fiebre alta y el malestar general puede ser la causa de exclusión
Verrugas y moluscum contagioso	NO	Evitar que comparten toallas u otros utensilios con otros niños
Piojos	Hasta iniciar el tratamiento	La presencia de liendres no es motivo de exclusión Son frecuentes las reinfecciones
Sarna	Hasta realizar el primer ciclo de tratamiento	El picor y el rascado de las lesiones favorecen el contagio piel con piel
Micosis (TIÑAS)	NO. Si exclusión en las piscinas.	Se transmite de animales a personas, pero generalmente no entre personas
Catarros	NO, si está sin fiebre y sin dificultad respiratoria	El niño no debe acudir si tiene fiebre, dolor de oído, dificultad respiratoria o malestar, que pueden indicar complicación o gravedad
Gripe	Hasta la recuperación. Cuando esté sin fiebre y mejore el estado general	Los niños con patología crónica deben recibir la vacuna anualmente
Escarlatina	Hasta 24 h después de iniciado tratamiento antibiótico	
Amigdalitis vírica	NO	La Mononucleosis Infecciosa es una forma de amigdalitis vírica que no requiere exclusión.
Aftas Orales	NO, salvo que el niño se encuentre mal	El síndrome mano-pie-boca es una estomatitis a la que se suman

		lesiones en manos y pies y no necesita exclusión.
Conjuntivitis	Hasta 24 horas de iniciado el tratamiento	Es frecuente que se acompañen con los catarros
Tuberculosis	Seguir las indicaciones del Pediatra, MF o Médico de Salud Pública	No es una infección habitual.
Proceso	Exclusión	Comentarios
Hepatitis A	Hasta 7 días después de que se inicien los síntomas	Vía de transmisión fecal-oral, hay que seguir las recomendaciones de los sanitarios.
Hepatitis B y C	NO	Evitar el contacto con sangre de persona infectada. La vacuna de la hepatitis B está incluida en el calendario vacunal infantil
VIH (SIDA)	NO	No se contagia por dar la mano, abrazar, ni por la tos ni los estornudos
Meningitis Bacteriana (sepsis)	Hasta la recuperación total del niño	Seguir las recomendaciones de las autoridades sanitarias

Fuente: Guía de Ayuda a Centros Docentes de la AEPap. Tabla elaboración propia.

NO SON MOTIVO DE EXCLUSIÓN:

- Otitis media
- Conjuntivitis no purulenta (ojo rojo sin secreciones)
- Manchas en la piel sin fiebre
- Infección por citomegalovirus. Pero se debe insistir en la higiene de las manos después de cambiar los pañales, sobre todo en embarazadas no inmunes, por el riesgo del feto.
- Estado de persona portadora de hepatitis B
- Niños/as con enfermedad infecciosa respiratoria leve o de probable etiología vírica (salvo si cumplen algunos de los criterios de exclusión), pues su transmisión se inicia algunos días antes de los síntomas. La excepción sería el virus respiratorio sincitial (VRS) y el SARS-Cov 2.
- Síndrome boca-mano-pie. La posible transmisión antes del comienzo de los síntomas limita la efectividad de exclusión.
- Tiña, si se localiza en zonas cubiertas.
- Catarro, si el niño/a no tiene fiebre ni dificultad respiratoria.

C - INFECCIÓN CORONAVIRUS

¿QUÉ ES EL NUEVO CORONAVIRUS?

Los coronavirus son una amplia familia de virus que pueden causar una infección en los seres humanos y en una variedad de animales. Se trata de una enfermedad zoonótica, lo que significa que en ocasiones pueden transmitirse de los animales a las personas. El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus, que afecta a los humanos y se transmite de persona a persona. Aún hay muchas cuestiones que se desconocen en relación al virus y a la enfermedad que produce COVID-19.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE COVID-19?

Los síntomas más comunes incluyen fiebre, tos y sensación de falta de aire. Otros síntomas son vómitos, diarrea, dolor abdominal, disminución del gusto y del olfato, escalofríos, dolor de garganta, dolor de cabeza, debilidad general y dolores musculares. Se han observado también lesiones variadas en piel, en el pecho o en los dedos de las manos o pies, generalmente en niños/as y adolescentes sin otros síntomas.

En caso de presentar alguno de estos síntomas, el paciente debe **quedarse en casa**, no acudir al centro escolar y consultar con los servicios sanitarios.

Si algún alumno/a presenta **sintomatología compatible o de sospecha** deberá ser aislado en el lugar que el centro determine y llamar a su familia o tutores, que contactarán con el Centro de Atención Primaria donde reciba atención el paciente. En los casos que se requiera por la situación clínica del paciente, se contactará con el centro sanitario de referencia del centro educativo.

La mayoría de los casos presentan síntomas leves, en los casos más graves la infección puede causar neumonía, dificultad importante para respirar, fallo renal e incluso muerte. Los casos más graves generalmente ocurren en las personas de edad avanzada o que padecen alguna enfermedad crónica.

Con los conocimientos adquiridos desde el inicio de la epidemia, ha quedado claro que los niños/as **no son** una población particularmente vulnerable a los efectos graves de la enfermedad, los casos graves son altamente infrecuentes y con muy pocas excepciones, la mayoría de las infecciones transcurren de forma leve o incluso asintomáticos.

Los grupos de población vulnerables son los mayores de 60 años y aquellas personas diagnosticadas de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias, embarazo (por principio de precaución). También se consideran más vulnerables las personas que viven o trabajan en instalaciones cerradas, con especial atención a las personas mayores que viven en las residencias.

¿CÓMO SE TRANSMITE EL NUEVO CORONAVIRUS?

Según los datos de los que se dispone a día de hoy, se transmite por contacto directo con las gotas respiratorias que se emiten al hablar, gritar, toser y estornudar de una persona enferma. Su contagiosidad depende de la cantidad del virus en las vías respiratorias. Estas gotas infectan a otra persona a través de la nariz, los ojos o la boca directamente, también pueden infectar al tocar la nariz, ojos o boca con las manos que han tocado superficies contaminadas por esas gotas.

Parece poco probable la transmisión por el aire a distancias mayores de 1,5-2m. La mayoría de las personas adquieren la enfermedad de otras personas sintomáticas, sin embargo, cada día hay más evidencia del papel que tienen en la transmisión del virus las personas con síntomas leves o antes de su aparición.

Con respecto al papel que tienen los niños/as en la transmisión de la enfermedad existe todavía cierta incertidumbre, la mayor probabilidad de contagio entre los menores ocurre en su domicilio. Varios estudios epidemiológicos observan que el número de casos que se producen entre los contactos de un caso en el periodo de transmisibilidad pueden ser inferiores en la infancia.

Los niños/as se infectan de forma similar a las personas adultas, pero al expresar la enfermedad de forma más leve o asintomática se convierten en fuentes de transmisión silenciosas. Además, el modo de interactuar de los niños/as, es ya de por sí un factor de riesgo, con un contacto físico constante y con las medidas higiénicas más difíciles de implementar.

Existe, en el momento actual, una falta de evidencia en relación con el cierre de las escuelas de forma aislada para el control de la epidemia y obliga a plantearse otro tipo de intervenciones de distanciamiento físico en las escuelas que sean menos perjudiciales que el cierre completo y que puedan contribuir sustancialmente a mantener el control de la pandemia. El impacto negativo del cierre de los centros educativos supera con creces los posibles beneficios relacionados con la limitación de la transmisión de la infección.

La experiencia del pasado curso nos ha demostrado que las escuelas con las medidas de seguridad adecuadas son lugares seguros y no son centros propagadores de la pandemia.

¿QUÉ SE PUEDE HACER PARA PROTEGERSE DEL CORONAVIRUS?

Para ofrecer un entorno escolar seguro al alumnado y personal de los centros educativos se deben establecer una serie de medidas de prevención e higiene y arbitrar medidas de especial protección para aquellos colectivos de mayor vulnerabilidad para COVID-19.

Para el curso 21-22, la mayoría del profesorado ya ha recibido la pauta completa de vacunación y el ritmo de esta en los alumnos de nuestra región nos hace ser optimistas para pensar que una gran parte del alumnado esté vacunado o tenga al menos una dosis al iniciar el curso.

Las medidas de higiene recomendadas son:

- Higiene de manos frecuente: Lavado con agua y jabón y con soluciones hidroalcohólicas con capacidad viricida (ver apartado 5 del presente documento).
- Mantener la distancia de seguridad de al menos 1 metro y medio con otras personas.
- Uso adecuado de la mascarilla con su adecuada renovación.
- Al toser o estornudar, cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado.
- Usar pañuelos desechables y tirarlos tras su uso.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca, ya que las manos facilitan su transmisión.
- Desinfectar superficies de uso frecuente y común.
- Evitar el contacto con personas que presenten síntomas.
- Ventilación de las aulas
- Evitar aglomeraciones.

¿QUÉ HACER SI SE CONOCE A ALGUIEN CON SÍNTOMAS DE CORONAVIRUS?

Se debe saber si se ha tenido contacto estrecho o no.

Se considera como contacto estrecho:

- Se ha cuidado a una persona con coronavirus o sospecha de estar contagiado.
- Se ha mantenido una relación próxima, menos de 1,5 metros, y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas.

En el caso de ser un contacto estrecho, se atenderá a las instrucciones establecidas por las autoridades sanitarias.

SI SE ES CONTACTO ESTRECHO, ¿QUÉ SE DEBE HACER?

Si se es un contacto estrecho, se actuará de manera distinta en función de si se está o no vacunado:

- **Si se tiene la pauta completa de vacunación** frente a la COVID-19 no es necesario hacer cuarentena. Aunque sí se recomienda reducir todo lo posible las interacciones sociales utilizando de forma constante la mascarilla, vigilar la posible aparición de síntomas y evitar el contacto con personas vulnerables.
- **Si no se está vacunado o no se tiene la pauta completa**, se debe hacer una cuarentena de **7 días** y ponerse en contacto con su centro de salud.

SI NO SE ES CONTACTO ESTRECHO, ¿QUÉ SE DEBE HACER?

- Se atenderá a las instrucciones establecidas por las autoridades sanitarias.

MEDIDAS FUNDAMENTALES

El lavado de manos, el distanciamiento físico, el uso de las mascarillas y la ventilación de las aulas.

Medidas de prevención COVID-19



- Lavarse las manos con jabón o solución hidroalcohólica (Mira que la etiqueta incluya UNE EN 14476)
- Mantener la distancia de 1,5 metros con otras personas.
- Uso correcto de la mascarilla
- Desinfectar las superficies comunes y los objetos personales con frecuencia
- Usar pañuelos desechables y mantener la etiqueta respiratoria (toser en el codo)





16 junio 2020

Consulta fuentes oficiales para informarte
www.mscbs.gob.es
@sanidadgob

#ESTEVIRUS
LO PARAMOS UNIDOS

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

HIGIENE DEL LAVADO DE MANOS

Lavarse las manos es una de las mejores formas de prevenir la propagación de infecciones y enfermedades. La mayoría de las infecciones comunes (80%) se pueden transmitir a través de las manos. Esta medida de higiene es fundamental en el actual estado de la pandemia de Covid 19 y es necesaria para mantener la seguridad en el ámbito escolar.

El lavado de manos es algo fácil de hacer. Se debe hacer en todos los lugares, desde la casa propia, el sitio de trabajo, hasta los centros de atención infantiles y colegios, y los hospitales. Las manos limpias pueden evitar que los microbios pasen de una persona a otra y a toda la comunidad.

Cuando los niños y niñas ya son suficientemente grandes para ir solos al baño, también lo son para aprender a lavarse las manos. Los niños/as aprenden en gran parte por imitación, viendo a sus mayores cómo hacen las cosas.

CUÁNDO HAY QUE LAVARSE LAS MANOS

- Antes de las comidas o de beber.
- Antes de alimentar a los niños/as, sea lactancia artificial o materna.
- Antes y después de preparar la comida, sobre todo cuando se manipulan alimentos crudos.
- Después de usar el baño o de ayudar a un niño/a a ir al baño.
- Antes y después de cambiar pañales.
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar sobre las manos.
- Antes y después de estar con una persona enferma.
- Antes y después de curar una herida.
- Después de jugar con juguetes o tocar objetos que se han compartido con otros niños/as.
- Después de tocar a una mascota o tener contacto con sus desperdicios.
- Después de jugar en el suelo, arena, césped u otras superficies que puedan estar sucias.
- Después de tocar basura.

RECOMENDACIONES PARA EL COLEGIO O CENTRO DOCENTE

Debe asegurarse de que hay jabón disponible en los aseos del centro tanto para el alumnado como para el profesorado y otros trabajadores del centro docente.

Deben disponer de lavamanos en los espacios que se dedican al cuidado o a trabajar con el alumnado o cerca de él.

Usar jabón común. Funciona tan bien como el jabón antibacteriano. No es necesario usar este último, ya que puede producir resistencias bacterianas.

En las normas de conducta del colegio debería incluirse la higiene de las manos de forma rutinaria.

Las personas mayores (profesorado, cocineros/as, cuidadores/as, enfermeros/as, celadores/as, etc.) deben enseñar con el ejemplo.

La higiene en general y la de las manos en particular debe enseñarse al alumnado en las aulas. Debe formar parte de su programa educativo.

¡Lávate las manos!

Lávate las manos de forma correcta, con agua y jabón, elimina los microbios que estén en ellas y ayuda a prevenir las enfermedades



¿Por qué?

Porque en la mano y entre los dedos encontramos viajeros no deseados: gérmenes y bacterias



¿Cuándo?

Antes de cocinar y comer	Antes y después de cuidar a una persona enferma	Después de usar transporte público
Después de acariciar a mascotas	Cuando se está enfermo después de estornudar, sonarse la nariz o toser	Antes de tocar a bebés
Antes y después de usar el WC	Después de jugar en la calle	Siempre que tus manos estén visiblemente sucias

¿Cómo?  sólo te llevará 40 segundos



Mójate las manos con agua y jabón
Enjabónate muy bien la palma, el dorso, entre los dedos y las uñas
Aclárate bien los restos del jabón y si es necesario repite el proceso
Sécate bien con una toalla de papel

¡Comparte esta información con tu familia!



TÉCNICA DEL CORRECTO LAVADO DE LAS MANOS.

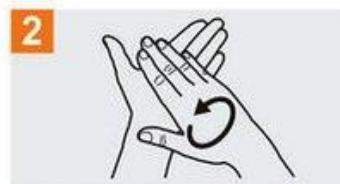
0 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Mójese las manos con agua;



Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



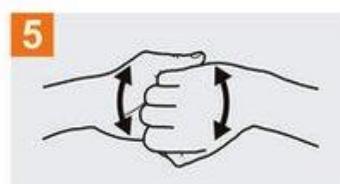
Frótese las palmas de las manos entre sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



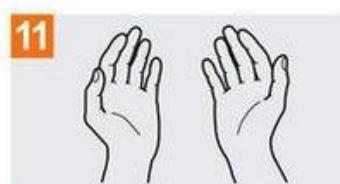
Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Enjuáguese las manos con agua;



Cómo realizar un correcto lavado de manos



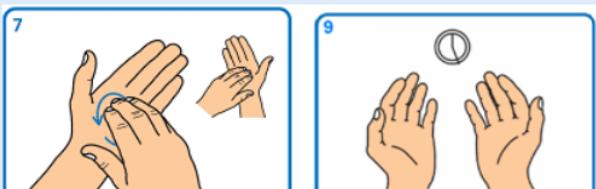
Aplicando jabón y frotando las palmas entre sí



Frotando la palma de una mano contra el dorso de la otra, entrelazando los dedos.



Frotando las palmas con los dedos entrelazados



Frotando el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta

Rodeando los pulgares con la palma y frotando con un movimiento de rotación

Frotando la punta de los dedos contra la palma, haciendo un movimiento de rotación

Mojando las muñecas
Utilizando una toalla desechable para cerrar el grifo

USO CORRECTO DE LA MASCARILLA

El uso de mascarilla es obligatorio para las personas de **seis años** en adelante en:

- En la vía pública, en espacios al aire libre y en cualquier espacio cerrado de uso público o que se encuentre abierto al público, siempre que no se pueda garantizar la distancia de seguridad interpersonal de, al menos, 1,5 metros.
- En los medios de transporte aéreo, marítimo, en autobús, o por ferrocarril, así como en los transportes públicos.
- En transportes privados complementarios de viajeros en vehículos de hasta nueve plazas, incluida la persona conductora, si los ocupantes de los vehículos de turismo no conviven en el mismo domicilio.

Para las personas menores de seis años, el uso de la mascarilla se establece como una recomendación. En cualquier caso, se atenderá a las instrucciones establecidas por las autoridades sanitarias.

¿Quiénes están exentos de esta obligación?

El uso obligatorio de la mascarilla no será exigible para las personas que:

- Presenten algún tipo de enfermedad o dificultad respiratoria que pueda verse agravada por el uso de mascarilla.
- Por su situación de discapacidad o dependencia presenten alteraciones de conducta que hagan inviable su utilización.
- Realicen ejercicio de deporte individual al aire libre.
- Cuando haya causa de fuerza mayor o situación de necesidad.
- Cuando por la propia naturaleza de las actividades, el uso de la mascarilla resulte incompatible, con arreglo a las indicaciones de las autoridades sanitarias.

¿Qué se debe tener en cuenta a la hora de utilizar la mascarilla?

Un uso incorrecto de la mascarilla puede generar más riesgo de contagio. Por ello, a la hora de utilizarla es importante seguir las siguientes recomendaciones sanitarias:

- Lavarse las manos antes.
- Tomar la mascarilla por las gomas.
- Colocarla sobre la cara con la zona azul hacia fuera y el alambre situado en la parte superior.
- Cubrir nariz, boca y barbilla.
- Evitar tocar la mascarilla mientras se lleve puesta.
- Para retirarla, se deben tomar las gomas sin tocar la mascarilla, desecharla en un cubo y no olvidarse de lavar las manos.

EL LAVADO DE MANOS LA DISTANCIA DE SEGURIDAD EL USO CORRECTO DE LA MASCARILLA

Son clave para evitar la propagación del virus

CÓMO SE DEBE USAR LA MASCARILLA



Antes de ponerte la mascarilla, debes lavarte las manos



Cógela por las gomas laterales, colocando el alambre arriba



Cubre la nariz, boca y barbilla



Evita tocar la mascarilla, mientras la lleves puesta

PARA RETIRARLA



Retírala tomando las gomas, sin tocar la parte frontal



Si es de un solo uso deséchala en un recipiente cerrado



Lávate las manos después

**Un uso incorrecto de la mascarilla puede generar más riesgo de contagio
Sigue las medidas de prevención indicadas por las autoridades sanitarias**

**ESTE VIRUS
LO PARAMOS UNIDOS**



Consulta más información en:

@sanidadCLM

facebook.com/sanidadclm

<https://sanidad.castillalamancha.es>

D - PREVENCIÓN LESIONES MEDULARES

La mayoría de las lesiones de la médula espinal se producen debido a accidentes. Al generar conciencia y tomar precauciones, muchos de estos accidentes, y las lesiones de la médula espinal resultantes, se podrían prevenir. Para las personas preocupadas por la calidad de vida de los jóvenes, la prevención de lesiones de la médula espinal debe ser una prioridad.

¿EN QUÉ CONSISTE?

La médula espinal es el conjunto de nervios que se encuentran dentro de la columna vertebral. Los nervios de este conjunto, que se distribuyen por todo el cuerpo, controlan las acciones voluntarias, como mover un brazo o una pierna, y las acciones involuntarias, como la digestión de los alimentos y la respiración. La lesión de la médula espinal provoca la parálisis de las extremidades afectadas, así como trastornos parciales o totales de las acciones involuntarias, que incluye el funcionamiento de los intestinos, la vejiga y la función sexual.

Entre 1.500 y 2.000 nuevas lesiones de la médula espinal afectan a niños/as y adolescentes cada año. Aproximadamente el 50 por ciento de las lesiones ocurren en la región cervical (cuello), lo que afecta la capacidad para respirar y el funcionamiento de la parte superior e inferior del cuerpo. El cincuenta por ciento de las lesiones ocurren en la región torácica (espalda), lo que afecta principalmente el funcionamiento de la parte inferior del cuerpo.

CONSEJOS DE SEGURIDAD Y PREVENCIÓN EN LA ESCUELA.

- Verificar el patio y los campos de juego para asegurarse de que estén debidamente mantenidos y los equipos cumplan con las normas de seguridad.
- No puede realizarse la actividad de recreo o juegos en las zonas escolares sin la supervisión del personal del centro.
- Cuidado con los saltos desde altura, empujones y otras actuaciones que puedan dañar o precipitar una caída, al contrario.
- A la hora de hacer deporte, usar ropa y calzados adecuados con las medidas de seguridad que correspondan.
- Aprender las técnicas correctas de los movimientos que se utilizan en los diferentes deportes.
- Jugar según las reglas.
- Asegurar que haya la debida supervisión.
- En aquellos centros que cuenten con piscina hay que tener en cuenta:
 - Tienen que existir indicadores de profundidad visibles a lo largo de toda la piscina.
 - Evitar las zonas poco profundas para las zambullidas.
 - El área de la piscina debe estar bien iluminada.
 - Debe existir supervisión de seguridad.

La prevención comienza con la concienciación

E - BOTIQUÍN

- **Pegado en el botiquín:**
 - Teléfono de toxicología: 915 620 420
 - Teléfono de emergencias: 112
- Suero fisiológico, al 0.9%: ampollas de 10cc y otras de 100cc
- Clorhexidina al 2%
- Gasas estériles
- Compresas estériles
- Vendas
- Esparadrapo hipoalergénico
- Termómetro
- Guantes
- Mascarillas
- Bolsas de plástico limpias
- Azúcar
- En caso de tener **alumnado con alguna patología**, se guardarán los medicamentos proporcionados por la familia para aplicarlos a estos niños/as en caso de necesidad.
Por ejemplo:
 - Adrenalina
 - Glucagón intranasal

EN NEVERA

- Hielo
- **Glucagón inyectable si hay alumnado diabético**

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Guía de ayuda para centros docentes. Manejo de los problemas pediátricos de salud más frecuentes. Madrid 2016.
2. Consejería de Educación, cultura y deportes. Guía de atención a emergencias sanitarias en los centros educativos. Gobierno de Canarias 2011.
3. Consejería de Educación. Protocolos de actuación ante emergencias sanitarias. Junta de Castilla y León 2004.
4. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Protocolo de actuación ante urgencias sanitarias en los centros educativos de Extremadura. Junta de Extremadura 2016.
5. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Información sobre coronavirus. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/enfermedades-infecciosas/coronavirus/preguntas-frecuentes-sobre-el-coronavirus-covid-19/prevencion>
6. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Emergencias Sanitarias en Centros Educativos y deportivos andaluces. Protocolos de actuación. Junta de Andalucía 2011.
7. Decálogo de actuación en los colegios ante la alergia:
https://www.seicap.es/3ec-decalogocolegiosalergia_30481.pdf
8. Diario Oficial de Castilla-La Mancha. Resolución 08/04/2011, de la Viceconsejería de Educación y Cultura y del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha por la que se regula la cooperación entre centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos y los centros de salud de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, y se establecen los procedimientos de vinculación entre ambos centros.
9. Documento de consenso sobre la Alimentación en los Centros Educativos. 2010. Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
10. Documento de consenso sobre recomendaciones para una escolarización segura del alumnado alérgico a alimentos y/o látex:
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/Alergia_Alimentos_latex.pdf
11. Documento informativo sobre anafilaxia. Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica.
12. Guía de Actividad Física y Salud para Padres. Ministerio de Sanidad y Consumo 1999.
13. Guía Informativa alergia a alimentos y/o al látex en los centros educativos. Escolarización segura: <http://sede.educacion.gob.es/publiventa/detalle>.
14. Hodar González, I. Escudero Raya, C. Protocolos de actuación ante enfermedad o accidente de los alumnos. Ponencia 5. Jornada para equipos directivos EL CONTRATO EDUCATIVO EN UN CENTRO CATÓLICO CONCERTADO.
15. Martínez, L. Morell, JJ. Nuñez, C. La nueva normalidad educativa y de ocio. Save the Children y Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria 2020.
16. Ministerio de Sanidad y Ministerio de Educación y Formación Profesional. Medidas de Prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 para centros educativos en el curso escolar 2020-21. Documento de fecha 10-06-2020. Ministerio de Sanidad. Medidas de Prevención, Higiene y Promoción de la salud frente a COVID 19 para Centros Educativos en el Curso 2021-22. Documento de fecha 29-06-2021.

17. Ministerio de Sanidad. Manejo pediátrico en atención primaria del COVID-19. Documento de fecha 18-06-2020.
18. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en la comunidad en el contexto del COVID-19. Documento de 10 de junio de 2020.
19. Protocolo de actuación ante situaciones que impliquen alteraciones del estado de salud de alumnado en centros educativos no universitarios. Región de Murcia. Consejería de Educación y Cultura.
20. Protocolo de general de actuación en los centros escolares de la Comunidad Autónoma de Euskadi frente al Coronavirus (SARS-Cov-2). Gobierno Vasco 2020.
21. ¿Qué es la Enfermedad Celiaca?: <http://www.familiasalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/problemas-con-alimentos/que-es-la-enfermedad-celiaca>.
22. Seijas Martínez-Echevarría, L. Causas infecciosas de exclusión escolar. Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Disponible en http://www.guia-abe.es/files/pdf/causas_infecciosas_exclusion-escolar
23. G.D. Perkins G.D. et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary, Resuscitation (2021). Traducción oficial al castellano del Consejo Español de RCP (CERCP).
24. Nolan J.P. et al. European Resuscitation Council COVID-19 Guidelines: Executive summary, Resuscitation (2020). Traducción oficial al castellano del Consejo Español de RCP (CERCP).
25. Manual del Curso de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada Pediátrica (Curso Europeo de Soporte Vital Pediátrico). Guías del ERC. Edición 2015.
26. Manual del Curso de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada Pediátrica (Curso Europeo de Soporte Vital Pediátrico). Guías del ERC. Edición 2010.
27. Manejo práctico de los problemas de salud más frecuentes en el ámbito escolar. SPMYCM (Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha). 2020.
28. Protocolo de Atención en Urgencias Sanitarias y Atención Educativa al alumnado con enfermedad crónica. Xunta de Galicia. Consellería de Educación, Universidad de Formación Profesional. 2018.
29. Casado Flores J, Jiménez García R. Guía de primeros auxilios para padres. Editorial Ergón. 2017.
30. Protocolo de actuación ante urgencias sanitarias en los centros educativos de Extremadura. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. 2016.
31. Guía de ayuda para centros docentes. Manejo práctico de los problemas de salud pediátricos más frecuentes. Consejos para el profesorado y los cuidadores escolares. Grupo Educación para la Salud de AEPAP (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria). 2015.
32. Protocolos de actuación ante emergencias sanitarias en centros educativos y deportivos andaluces. Junta de Andalucía. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. 2006.
33. Protocolos de actuación ante urgencias sanitarias en los centros educativos de Castilla y León. Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León. 2004.
34. Guía para la gestión de casos sospechosos o confirmados por COVID-19 en los centros educativos de Castilla – La Mancha ([enlace a la última versión online](#))

CAMPAÑA DE EDUCACIÓN SANITARIA

PIOJOS FUERA



SI NO HAY PIOJOS
no debe realizarse
ningún tratamiento
SOLO OBSERVACIÓN

Consejos para mamás y papás

SI HAY PIOJOS EN EL COLE...

- Revisad la cabeza de los niños con un peine de púas finas (lendrera). Sobre todo, debéis buscar en la nuca, en el flequillo y detrás de las orejas.
- Es mejor hacerlo con el pelo húmedo, una lupa y mucha luz.
- Limpiad los peines y cepillos a menudo.

SI ENCONTRAMOS PIOJOS...

- Es necesario hacer tratamiento con **pediculicida**.
- Debemos **avisar al colegio** para poder detectar posibles contagios con rapidez.
- A las **24 horas** de realizar el tratamiento, los niños ya **pueden ir otra vez al cole**.

SI HAY QUE HACER EL TRATAMIENTO

- Debe aplicarse con el **pelo seco**.
- Después debe lavarse el pelo y, con él **húmedo**, eliminar los piojos y liendres con una **lendrera**.
- Debe realizarse a **todos** los niños y familiares afectados, **el mismo día**.
- Conviene **repetir** el tratamiento a los **7 – 10 días**.

Estimadas familias,

En el centro **se han detectado piojos**. Enviamos esta información para que podáis actuar con vuestros hijos/as. Es muy importante que **NO enviéis** el niño o niña al centro hasta pasadas 24 h. de iniciar el tratamiento.

¿CÓMO SON?

Los piojos de la cabeza son diminutos parásitos que afectan solo a las personas, especialmente a los niños de entre 3 y 10 años. Un piojo adulto vive de 23 a 30 días. En una cabeza puede haber entre 10 y 12 piojos.

¿CÓMO EVITAR EL CONTAGIO?

Los piojos no saltan ni vuelan de una cabeza a otra, solo se contagian por contacto directo o a través de los objetos compartidos:

- Evitar el contacto directo con la cabeza infectada.
- No utilizar gorras, peines, bufandas o toallas de personas contagiadas o que lo hayan estado.
- Desinfectar los objetos que hayan estado en contacto con el pelo infectado.
- Lavar la ropa contaminada en agua caliente (a más de 55 grados) y sumergir en agua hirviendo cepillos, gorras y cintas durante 10 minutos.
- No es necesario cortarse el pelo: la longitud y el peinado no influyen en el contagio.

Y no olviden que los piojos no aparecen por falta de higiene, incluso prefieren el pelo limpio. Cualquiera puede contagiarse.

¿CÓMO DETECTARLOS?

Si te pica la cabeza más de lo normal o alguien cercano a ti tiene piojos es aconsejable que algún familiar te examine la cabeza detenidamente.

- La única forma de detectarlos es verlos. No los confunda con la caspa.
- Las liendres están fuertemente pegadas al pelo.
- Con el pelo mojado se ven mejor. Aunque se ven con facilidad, puede utilizar una lupa.

¿CÓMO ACABAR CON ELLOS?

Acabar con las liendres es muy fácil, con los cuidados oportunos. La OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda:

- Utilizar una loción antipiojos sobre el pelo seco, dando un masaje suave con los dedos.
- Si la infestación es severa, lavar la cabeza con un champú antipiojos.
- Peinar mechón a mechón con un peine especial de púas finas (lendrera) para retirar las liendres.

RECUERDE QUE LOS TRATAMIENTOS SOLO DEBEN UTILIZARSE EN NIÑOS CONTAGIADOS CON PIOJOS, NO COMO PREVENCIÓN.

ANEXO 10

JUSTIFICANTE DE FALTAS DEL ALUMNADO

D/Da: _____ con DNI: _____

Justifico que el alumno /alumna _____

no ha asistido a clase en el tramo horario, día o días señalados a continuación:

(Completar el que corresponda)

- El tramo horario de _____ a _____ h. del día _____ de _____ de 20 ____.
- El día _____ de _____ de 20 ____.
- Los días del _____ al _____ de _____ de 20 ____.

Por el siguiente motivo:

- Enfermedad.
- Indisposición durante la jornada escolar.
- Visita médica con cita previa (dentista ...)
- Muerte/enfermedad grave de un familiar.
- Otros motivos: _____

Aporta documentación: Si No

En caso afirmativo, indicar cual:

En _____, a _____ de _____ de 20 ____.

Fdo. Padre/madre o tutor/a legal.

ZONA 4

PATIO 7
ZONA DE JUEGOS

1º - 6º

PATIO 8
FÚTBOL

3º - 6º

ZONA 2

PATIO 2
Ed. Infantil 4 y 5 años

PARKING DE BICIS

PATIO 3
ZONA DE JUEGOS
1º - 6º

BALONCESTO
3º - 4º

PATIO 4
FÚTBOL
1º - 2º

ZONA 1
PATIO 1
Ed. Infantil
3 años

ZONA DE JUEGOS

PATIO 6

ZONA DE JUEGOS
1º - 6º

PATIO 5
BALONCESTO
5º - 6º

ZONA DE JUEGOS