

# **PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN NEONATOLOGÍA**





---

# **PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN NEONATOLOGÍA**



**Comunidad de Madrid**

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES



## **AUTORES**

El Programa ha sido elaborado por el Grupo de Trabajo compuesto por profesionales del Servicio de Neonatología del Hospital Clínico Universitario de San Carlos y Servicio de Pediatría del Hospital General de Móstoles, coordinado por el Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

## **COORDINACIÓN TÉCNICA**

Servicio de Coordinación y Apoyo Técnico  
Viceconsejería de Sanidad y Servicios Sociales

## **EDITA**

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Tirada: 2.000 ejemplares  
Coste unitario: 179 pesetas  
Edición: 12/98  
Depósito legal: M-48.328-1998  
I.S.B.N.: 84-451-1563-4  
Imprime: **B.O.C.M.**

---

## **PRESENTACIÓN**

El bienestar de la infancia y la adolescencia es una necesidad sentida por las familias y un objetivo prioritario para los poderes públicos. El conjunto de recursos que contribuyen a dicho bienestar, abarca la calidad de las relaciones interpersonales de los menores, la existencia de un marco jurídico que defina y defienda sus derechos, el acceso a servicios que contribuyan a su desarrollo personal y su cuidado y, en último extremo, la garantía de su protección bien por las propias familias, bien por las Administraciones que deben ejercerla subsidiariamente.

El *Instituto Madrileño del Menor y la Familia*, en el marco de sus competencias legales, se propone establecer de manera coordinada con otros servicios y Administraciones, un conjunto de actuaciones que desde distintos ámbitos permitan identificar de manera fiable las situaciones de riesgo o maltrato a las que puedan estar expuestas los menores, para poder establecer las medidas de protección adecuadas a cada caso.

El *Programa para la Detección del Riesgo Social en Neonatología* que ahora se presenta y en cuya elaboración han tenido un papel fundamental el Servicio de Neonatología del Hospital Clínico Universitario de San Carlos y el Servicio de Pediatría del Hospital General de Móstoles, incide singularmente en la responsabilidad que las Administraciones Públicas tienen en relación a la detección e intervención precoz sobre aquellas situaciones en las que los menores puedan estar expuestos a riesgos de carácter social que incidan de manera dramática en su adecuado desarrollo personal.

La detección del riesgo social en los servicios de neonatología de los hospitales, supone uno de los eslabones indispensables para que desde los servicios públicos se pueda detectar e intervenir sobre las situaciones de riesgo social. Un eslabón que sin duda debe engarzarse con actuaciones similares no sólo de otros servicios hospitalarios, sino también con el ámbito de la Atención Primaria como servicios más próximos y continuados de atención a los menores.

El *Programa para la Detección del Riesgo Social en Neonatología*, va a permitir una mayor seguridad técnica en la detección del riesgo social, a la par que va a facilitar una información mas valiosa a los servicios que tienen encomendada la intervención en este tipo de situaciones y una coordinación más eficaz de los mismos.

Quiero agradecer a todos los profesionales de las distintas Administraciones y servicios, el esfuerzo adicional en su quehacer profesional, que ha permitido la implantación del Programa y a todos aquellos que de una u otra forma contribuyen a su permanente mejora.

**Esperanza García García**  
*Directora Gerente*  
*Instituto Madrileño*  
*del Menor y la Familia*



---

## INDICE

	<u>Página</u>
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. FUNDAMENTACIÓN.....	11
3. FINALIDAD Y OBJETIVOS .....	15
3.1. Finalidad .....	17
3.2. Objetivos .....	17
4. DESTINATARIOS .....	19
4.1. Profesionales.....	21
4.2. Población Objetivo .....	21
5. ESTRUCTURA PARA LA GESTIÓN DEL PROGRAMA .....	23
5.1. Estructura .....	25
5.2. Funciones .....	25
6. ACTIVIDADES.....	27
7. METODOLOGÍA	
7.1. Actuación en el Hospital .....	33
7.2. Actuación en la Zona .....	34
8. ÍNDICES DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA .....	35
8.1. Índices de Proceso .....	37
8.2. Índices de Resultado.....	39
9. VALORACIÓN DEL PROGRAMA POR LOS PROFESIONALES.....	41
9.1. Descripción general.....	43
9.2. Aportaciones de las Entrevistas .....	43
9.3. Conclusiones Generales .....	45
9.4. Consideraciones Finales .....	46
10. LA COORDINACIÓN INTERADMINISTRATIVA .....	47
11. PARTICIPANTES EN EL DISEÑO DEL PROGRAMA .....	51
ANEXO 1. PROTOCOLO DE DETECCIÓN-DERIVACIÓN-DEVOLUCIÓN ....	55
ANEXO 2. HOJA DE OBSERVACIÓN EN PLANTA .....	63
ANEXO 3. FACTORES DE RIESGO.....	69





# **1**

## **Introducción**



---

La investigación social aporta actualmente evidencias que permiten establecer una relación entre las condiciones socio-familiares de los menores y su desarrollo personal. La carencia o inadecuación de determinados factores asociados a la calidad de las relaciones familiares y de los recursos comunitarios, pueden condicionar negativamente algunos hitos evolutivos de los niños y de las niñas.

Desde distintos campos del conocimiento, se viene insistiendo en la importancia de la prevención como el conjunto de actuaciones más adecuado para reducir la incidencia de un amplio número de problemas, trastornos y enfermedades. La prevención frente a los factores de riesgo se sustenta fundamentalmente, en criterios de utilidad para las personas y de economía de recursos a largo plazo.

La orientación hacia la prevención viene presentando logros de interés, aunque su implantación se deba en muchos casos y de manera preferente a la motivación de los profesionales de distintos servicios. El Programa que en estas líneas se presenta, tiene su origen precisamente, en la motivación y el empeño personal de un grupo de profesionales de la salud.

En el Servicio de Neonatología del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid, se desarrollaba, desde el año 1990, un *“Programa de Detección y Valoración de Familias con Problemas Sociales Graves”*. Se fundamentaba en la creencia de que cualquier desconsideración a los derechos del niño y la niña supone un maltrato, y que las distintas actuaciones que se establecieran en los hospitales para prevenir el maltrato podrían influir en la reducción del mismo.

Por otra parte, desde el Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Comunidad de Madrid, se desarrollaba un *“Programa de Prevención, Atención y Tratamiento de Situaciones de Maltrato Infantil en la Comunidad de Madrid”*, uno de cuyos proyectos se dirigía a la red sanitaria, y tenía como objetivo general establecer una acción coordinada con el nivel primario y especializado del sistema de salud, para la detección, atención y derivación de casos de malos tratos infantiles.

La confluencia de ambos programas dió paso a un *programa experimental*, con el fin de sistematizar las intervenciones y, así, poder generalizar su aplicación al resto de las áreas de Neonatología de la red hospitalaria pública de la Comunidad de Madrid.

Desde el punto de vista metodológico, se observó la conveniencia de contar con otro centro hospitalario ubicado en un municipio de la *corona metropolitana*, eligiéndose el Hospital General de Móstoles, donde ya existían buenos niveles de coordinación interinstitucional y era conocida la sensibilización de sus profesionales por estos temas.

Durante los años 1994/95, se puso en práctica el Programa en ambos hospitales, lo que permitió ajustar el diseño inicial a la realidad concreta del ámbito hospitalario, mejorando aquellos aspectos que se apreciaron más vulnerables. Posteriormente y de manera gradual, se ha estado implantando en el Hospital Universitario Gregorio Marañón y en el Hospital El Escorial.



---

## **2**

# **Fundamentación**



---

Por malos tratos a la infancia entendemos, en palabras de Odette Masson, *“las distintas formas de disfunciones y carencias en las relaciones entre niños/as y adultos que interfieren en el desarrollo físico, psicológico, afectivo y social de los menores”*.

Los casos de maltrato conocidos son únicamente el aspecto observable de un problema cuya incidencia exacta no conocemos. La gravedad de las situaciones detectadas exige la adopción de medidas que faciliten la detección precoz de los casos.

Establecido, por otra parte, que el problema suele obedecer a muy distintas causas, es preciso considerar múltiples aspectos para evitar su reiteración. Por ello es imprescindible la implicación de las Administraciones Públicas desde sus propias competencias, favoreciendo una intervención global sobre el problema, contemplando los diferentes aspectos del mismo e integrando los distintos recursos para una actuación complementaria que evite duplicidades, mejore los procesos y, en definitiva, incremente la eficiencia y calidad de los servicios prestados.

Las investigaciones y la bibliografía disponible vienen aportando cada vez más datos que permiten llegar a un diagnóstico diferencial del maltrato infantil, considerado hoy como una categoría más de la clínica pediátrica.

El Programa considera como factores de riesgo social los problemas económicos, culturales, de desestructuración familiar, conductas anómalas y otras circunstancias personales, familiares o del entorno que afectan a los cuidados y a la atención que reciben los niños y niñas. Estos pueden ser detectados en el período de permanencia del recién nacido en el hospital, y sería deseable que ésto aconteciese durante el embarazo.

Las áreas de neonatología de los hospitales son un marco idóneo de actuación, ya que la permanencia continuada del recién nacido en ellas permite la observación e identificación, por los profesionales que le atienden, de aquellos factores que hacen referencia a situaciones de riesgo social objeto de intervención. Conviene resaltar que la brevedad de las estancias en nidos aconseja dotar a las actuaciones de una especial agilidad e intensidad.

Aproximadamente el 65 % de los niños y niñas que nacen en la Comunidad de Madrid, lo hacen en hospitales públicos y, por razones sociosanitarias, la gran mayoría de los de alto riesgo social.

Es frecuente que los casos de problemáticas sociales lleguen cronificados a los Servicios Sociales, lo que hace difícil, si no imposible, su resolución. Por ello, es fundamental la detección precoz de las situaciones de Riesgo Social, que faciliten una intervención pronta y permitan el análisis y planificación necesarios para ofrecer una respuesta adecuada.

Dentro de nuestro ordenamiento jurídico, recientemente han visto la luz dos leyes, una de ámbito autonómico, la *Ley 6/1995 de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid*, y otra de ámbito estatal, 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, que vienen a refrendar y dar cobertura legal a las actuaciones que desde este Programa se proponen.

---

Así, la Ley Orgánica 1/1996, incluye por primera vez el *Riesgo Social* como una modalidad de desprotección social y la obligatoriedad de la Entidad Pública de actuar sobre dichas situaciones, teniendo presente *“las necesidades de los menores como eje de sus derechos y su protección”* (Exposición de Motivos).

Por su parte, la Ley 6/1995, en el art. 45 Colaboración con las Instituciones Protectoras, enuncia:

*“Los titulares de los Servicios de Salud y el personal sanitario de los mismos, están especialmente obligados a poner en conocimiento de la Comisión de Tutela del Menor y de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal, aquellos hechos que puedan suponer la existencia de desprotección o riesgo infantil, así como colaborar con los mismos para evitar y resolver tales situaciones en interés del niño”.*

Los profesionales de la salud han evidenciado a lo largo de su práctica clínica, que los factores de riesgo biológico están muy relacionados con factores sociales y la labor por ellos desarrollada se ve seriamente dificultada, si no va unida a otras intervenciones más globales que ofrezcan una respuesta adecuada a esas necesidades.

La intervención precoz en las Áreas de Neonatología, aunque fundamental, no tendría ninguna eficacia sin una continuidad de cuidados por otros dispositivos más próximos al núcleo convivencial del niño, que realicen un seguimiento más específico para ofrecer recursos que puedan ayudar a afrontar el problema detectado.

En este contexto, es fundamental la participación en el Programa de tres Instituciones: Atención Primaria de Salud, Servicios Sociales y la Comisión de Tutela del Menor.

Los Servicios Sociales Municipales son los recursos de primer nivel con competencias para intervenir en las problemáticas sociales que presentan los ciudadanos.

La Comisión de Tutela del Menor es la entidad pública que tiene atribuidas las competencias de protección de menores (tutela y guarda), en la Comunidad de Madrid, en aquellos casos que así lo precisen cuando se evidencien situaciones de desamparo.

La implantación de este Programa pretende reducir las situaciones de riesgo en nuestra Región y prevenir cualquier forma de maltrato infantil. La detección precoz es una de las medidas más eficaces para ayudar a las familias.

---

# **3**

## **Finalidad y objetivos**



---

### **3.1. FINALIDAD**

Con la implantación del Programa se pretende detectar las situaciones de riesgo social, con el fin de facilitar la aplicación de los recursos que favorezcan el desarrollo integral de los niños y niñas, procurando sus cuidados básicos (higiene, alimento, afecto) y previniendo situaciones que puedan afectar a su salud física o mental.

### **3.2. OBJETIVOS**

#### **A) GENERALES:**

- 1. Orientar a las familias con problemas sociales graves para que puedan atender y cuidar a sus hijos.*
- 2. Facilitar la detección precoz de situaciones de riesgo social que haga posible una intervención preventiva.*
- 3. Sistematizar la intervención ante situaciones de riesgo social.*

#### **B) ESPECÍFICOS:**

- 1. Estimular y facilitar la relación padres-hijos con el fin de establecer una vinculación consistente con el niño o niña.*
- 2. Detectar y registrar las situaciones de riesgo social observadas en las áreas de Neonatología Hospitalaria.*
- 3. Derivar y garantizar el seguimiento de los niños y niñas y sus familias, valoradas como de riesgo social.*
- 4. Asegurar la intervención multiprofesional en la intervención con niños y niñas en Riesgo Social.*
- 5. Aplicar instrumentos de observación, evaluación y derivación que faciliten la labor de los diferentes profesionales.*
- 6. Ofrecer formación específica y complementaria a los profesionales implicados en el desarrollo del Programa.*



---

# **4**

## **Destinatarios**



---

#### **4.1. PROFESIONALES**

1. *Profesionales que atienden a los recién nacidos en hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.*
2. *Profesionales de salud de Atención Primaria (Centros de Salud, Consultorios, Ambulatorios, Responsables del Programa de Atención al Niño Sano) que puedan ser susceptibles de derivación de los casos detectados.*
3. *Profesionales de Servicios Sociales.*

#### **4.2. POBLACIÓN OBJETIVO**

*Niños y niñas nacidos en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, así como sus familiares, que presenten situaciones de riesgo social.*



---

# **5**

## **Estructura para la gestión del Programa**



---

## 5.1. ESTRUCTURA

La estructura para la gestión del Programa de Detección de Riesgo Social en Neonatología se organiza en tres niveles:

a) Hospitalario, a través del *Comité de Prevención de Riesgo Social en Neonatología*, compuesto por:

- El Jefe o la Jefa del Sº de Neonatología o Pediatría del Hospital.
- El Supervisor o Supervisora de Enfermería del Área de Neonatología o Pediatría.
- El Trabajador o Trabajadora Social adscrito a las Áreas anteriores.
- El Psicólogo o Psicóloga adscrito a las Áreas anteriores.

De entre sus miembros, el *Comité* designará un coordinador del mismo.

b) De Área Sanitaria, mediante la *Comisión Técnica de Seguimiento del Programa*, compuesta por:

- El Jefe del Sº de Infancia y Adolescencia del IMMF, que asumirá la coordinación de la Comisión.
- Un Técnico del Sº de Infancia y Adolescencia del IMMF.
- El Coordinador del *Comité Hospitalario*.
- Los responsables de los SS. Sociales incluidos en el Área Sanitaria.
- Dos representantes designados por la Gerencia de A. Primaria del Área.

c) Regional, por medio de la *Comisión Regional de Seguimiento del Programa*, compuesta por:

- El Jefe del Sº de Infancia y Adolescencia del IMMF que asumirá la coordinación de la *Comisión*.
- Un representante de Atención Especializada designado por el D.P. del Insalud.
- Un representante de Atención Primaria designado por el D.P. del Insalud.
- Un representante de la Comisión de Servicios Sociales de la Federación de Municipios de Madrid.

---

## **5.2. FUNCIONES**

Las funciones del Comité y de las Comisiones, en sus respectivos ámbitos son:

- a) *Garantizar la correcta aplicación del Programa.*
- b) *Canalizar las propuestas y sugerencias que identifiquen elementos de ineficiencia del Programa y contribuyan a su superación.*
- c) *Contribuir a la sensibilización y formación de los profesionales, así como a la unificación de criterios y formas de actuación.*
- d) *Elaborar las correspondientes Memorias Anuales y remitir los datos que sean solicitados por el IMMF para su explotación estadística.*

---

# **6**

## **Actividades**



---

La implantación del Programa supone el desarrollo de las siguientes actividades generales:

1. *Constitución de la estructura de gestión del Programa.*
2. *Información a los profesionales que participan en el Programa.*
3. *Aplicación de los instrumentos específicos del Programa, en las áreas de Neonatología de los hospitales.*
4. *Derivación de los casos detectados a los dispositivos de Atención Primaria y Servicios Sociales de la zona, o a CTM si el problema lo requiere.*
5. *Evaluación continuada del Programa.*
6. *Memoria anual del desarrollo del Programa.*

Una de las finalidades del programa es su generalización. Para que la generalización sea posible es preciso que el proceso esté bien definido en los momentos clave o críticos. Esto permitiría que respetándose las peculiaridades de cada hospital se facilite y sistematice la toma de decisiones.

En la intervención del personal del hospital con la población atendida se dan multitud de contactos altamente cualificados. Algunos de estos se pueden identificar con momentos especialmente críticos y relevantes para este programa. Los momentos claves definidos son:

- a) Decisión del profesional sanitario de incluir en el *Protocolo de Detección-Derivación-Devolución* (anexo 1) a un recién nacido y su familia, tras el contacto con el entorno familiar y/o el estudio de la historia clínica o la *Hoja de Observación* (anexo 2). Es el *descubrimiento del presunto caso*.
- b) Decisión de poner en conocimiento del equipo psico-social los casos, lo que supone una *selección* de los mismos mediante la identificación de *factores de riesgo* (anexo 3).
- c) Decisión del equipo psico-social de *derivar* los casos a los servicios de zona.

En resumen, la aplicación del *Programa de Detección de Riesgo Social en Neonatología*, implica superar una serie de etapas definidas:

1. *Identificación de factores de riesgo.*
2. *Observación y valoración.*
3. *Derivación a recursos extrahospitalarios.*
4. *Cumplimentación y envío del Protocolo de Detección-Derivación-Devolución.*



---

# **7**

## **Metodología**



---

## 7.1. ACTUACIÓN EN EL HOSPITAL

Las tareas que se deben desarrollar en el ámbito hospitalario son las siguientes:

### A) APERTURA DE LA HOJA DE OBSERVACION

- El Programa es de aplicación a todo niño o niña nacido o ingresado en las unidades de neonatología.
- El personal facultativo y/o de enfermería debe abrir la Hoja de Observación y cumplimentar la misma, en base a los datos que se obtengan del estudio de la historia clínica y del contacto directo con el recién nacido y su familia.

### B) OBSERVACIÓN Y VALORACIÓN EN PLANTA

- En el momento de la identificación de algún factor de riesgo los profesionales de enfermería y los facultativos, en la dinámica habitual de trabajo de cada profesional, deben cumplimentar su parte correspondiente del *Protocolo de Detección-Derivación-Devolución*.
- A su vez, solicitarán la intervención al equipo psicosocial mediante el habitual parte de interconsulta (PIC), de utilización en todos los hospitales.
- A partir de recibir el PIC, el trabajador social y el psicólogo en su caso, mediante solicitud de información a otros profesionales y a través de entrevistas a los progenitores y otros familiares, ampliarán la información sobre el caso, valorando definitivamente la situación.

### C) DERIVACIÓN A ZONA

- Una vez valorada la situación concreta, al alta del recién nacido y en todo caso dentro de los 15 días posteriores a la misma, el trabajador social del hospital a través de la cumplimentación y envío del *Protocolo de Detección-Derivación-Devolución*, se asegurará la derivación del caso a los recursos oportunos, según la gravedad del riesgo detectado establecida por los siguientes criterios:

1.º *Se evidencia situación de riesgo. Necesidad de apoyo y seguimiento:*

- Derivación a Servicios Sociales Comunitarios.
- Derivación al Centro de Salud.

2.º *Se evidencia situación de alto riesgo, pero existen figuras familiares que se hacen cargo del recién nacido. Necesidad de valoración y/o apoyo y seguimiento:*

- 
- Derivación a Comisión de Tutela del Menor (C.T.M.).
  - Derivación a SS.SS. Comunitarios.
  - Derivación al Centro de Salud.

3.º *Se evidencia una situación de desprotección, ante la imposibilidad de que el recién nacido permanezca con sus progenitores:*

- Derivación a C.T.M.
- Derivación a SS.SS. Comunitarios (excepto renuncia expresa o abandonos).

## **7.2. ACTUACIÓN EN LA ZONA**

El Hospital derivará los casos de riesgo social a los dispositivos de salud y servicios sociales de su ámbito territorial, que serán los encargados de su seguimiento.

Se realizará en los Centros de Atención Primaria (Programa del Niño Sano) o Centros Municipales de Salud en caso de no disponer de cobertura sanitaria y de Servicios Sociales municipales o distritales.

Ambas Instituciones se coordinarán a través de los mecanismos establecidos en cada municipio o distrito, priorizando los *Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia*, en el momento en que los mismos estén implantados.

En el plazo de tres meses, aproximadamente, notificarán al hospital derivante la confirmación o no de la situación de riesgo y en su caso los recursos aplicados.

---

# **8**

## **Índices de Evaluación del Programa**



---

Los datos hasta ahora existentes sobre el riesgo social en neonatología son escasos y poco sistematizados. La extensión del Programa a más hospitales permitirá hacer comparaciones temporales y geográficas sobre la incidencia del riesgo social en el conjunto de la población recién nacida, así como identificar los principales factores de riesgo social.

El protocolo de actuación pone de manifiesto los momentos claves del proceso de detección del Riesgo Social. En base a ello, se ha visto conveniente confeccionar los índices de proceso (*Alarma, Selección y Derivación*), que permiten cuantificar, explicar y comparar los resultados obtenidos en los diferentes hospitales.

Así mismo, se definen dos índices de resultado, el de *Riesgo Social Estimado* y el de *Confirmación del Riesgo*, que informan sobre el riesgo social efectivo entre los recién nacidos.

## **8.1. ÍNDICES DE PROCESO**

### **A) ÍNDICE DE ALERTA**

Relaciona el número de casos protocolizados con el número total de casos atendidos en unidades de nido y patología. Aporta una medida sobre el grado de utilización del protocolo por parte del personal sanitario, que lo aplica en los casos en que aprecia *a priori* la existencia de un posible riesgo social. Se trata, por tanto, de *una medida de la efectividad de uso del protocolo*.

### **B) ÍNDICE DE SELECCIÓN**

Se obtiene al relacionar el número de casos derivados para valoración por el equipo psico-social hospitalario con el número de casos protocolizados. Proporciona una estimación sobre el grado de autoconfirmación de las apreciaciones previas del personal sanitario. Se trata, por tanto, de *una medida de la eficacia del protocolo*.

El aprendizaje acumulativo que proporciona la utilización del protocolo, genera un *feedback* que permite al usuario del mismo ir ajustando sus apreciaciones previas sobre la existencia de un posible riesgo social en los niños ingresados.

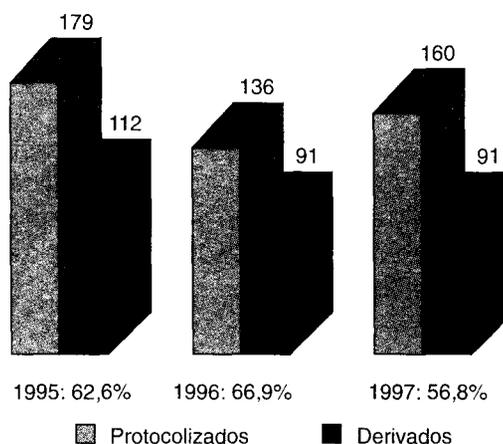
Un índice de 100% de coincidencia no sería deseable, ya que pondría de manifiesto que los usuarios iniciales del protocolo sólo lo utilizan en aquellos casos en los que están seguros, pero no en los dudosos, corriéndose el riesgo de dejar fuera a presuntos casos verdaderos positivos. En última instancia, haría inútil el protocolo, ya que bastaría con la apreciación *a priori* del usuario inicial del mismo.

En sentido contrario, un índice bajo de coincidencias, después de un período de aprendizaje por parte de los usuarios iniciales del protocolo, indicaría un bajo nivel de eficacia.

### C) ÍNDICE DE DERIVACIÓN

Relaciona el número de casos derivados para valoración por los SS. Sociales de la zona de referencia, con el número de casos valorados por el equipo psicosocial del Hospital. Proporciona una estimación sobre el grado de confirmación de las apreciaciones previas de los usuarios iniciales del protocolo. Se trata, por tanto, de *una medida de la validez (estimada) del protocolo*.

Los valores óptimos de este índice variarán de forma considerable si se contrasta la coincidencia relativamente alta de las unidades de patológicos, con el mayor porcentaje de *falsos positivos* en las unidades de nido. Esto se podría explicar por la mayor facilidad para la observación con que cuentan los primeros por disponer de períodos dilatados de tiempo para perfilar sus primeras impresiones. Estas primeras impresiones en las unidades de nido han de llevar aparejada la petición de intervención del equipo psicosocial, solo con ligeras sospechas de riesgo.



En la evaluación realizada durante los años 1995, 1996 y 1997 (*cuadro 1*), se aprecia la evolución en la coincidencia entre las valoraciones realizadas por los usuarios iniciales (personal de planta) y el equipo psico-social del hospital.

Mientras que entre los dos primeros años se observa un incremento en dicha coincidencia en línea con lo esperable, entre el año 1997 y el anterior, esa coincidencia se reduce incluso a valores inferiores al primer año de implantación del Programa. Las causas que subyacen a este fenómeno no están suficientemente explicadas, aunque podrían tener relación con los cambios de personal habidos en el último año.

---

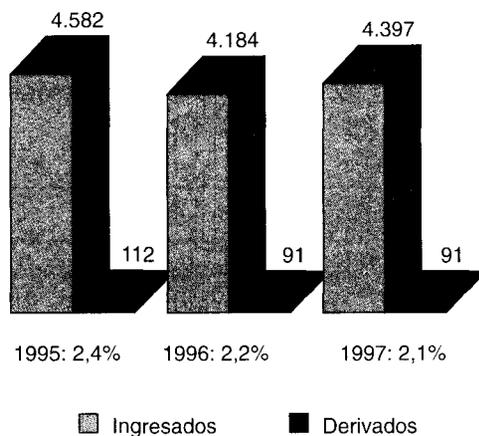
## 8.2. ÍNDICES DE RESULTADO

### A) ÍNDICE DE RIESGO SOCIAL ESTIMADO

Relaciona el número de casos derivados para valoración por los servicios sociales de la zona de referencia, con el número total de casos atendidos. Proporciona una estimación sobre la incidencia de riesgo social detectado en el ámbito hospitalario.

Al proporcionar datos epidemiológicos estimados, las diferencias que se puedan observar en los datos *interhospitalares* e *intrahospitalares*, se podrían explicar en base a factores externos al proceso de detección (estacionales, poblacionales...). Estos datos merecerán una investigación exhaustiva en el caso de presentar una desviación significativa respecto a los valores medios.

CUADRO 2. ÍNDICE RIESGO SOCIAL ESTIMADO  
Ingresados/Derivados



En la evaluación de los años 1995, 1996 y 1997 (*cuadro 2*), no se aprecia una variación importante de este índice. Los equipos psico-sociales de los hospitales han venido identificando un número bastante estable de situaciones de riesgo social en relación al total de niños nacidos e ingresados. Este índice nos permitiría establecer la estimación del riesgo social, a la espera de su confirmación por los Servicios Sociales de Zona y de su extensión a todo el ámbito regional, en torno a los valores señalados en el gráfico. Incidencia que justificaría por una parte la implantación del programa, a la vez que pone de manifiesto que dada su magnitud, los costes adicionales que implica para los hospitales su aplicación, no son de especial consideración, presentando una relación de coste-efectividad positiva.

### B) ÍNDICE DE CONFIRMACIÓN DEL RIESGO

Relaciona el número de casos confirmados por zona con el número de casos derivados desde el hospital. Proporciona el grado de precisión de las apreciaciones del per-

sonal hospitalario y supone el último *screening* del proceso. Se considera como elemento de validación del proceso, por ser el criterio de los profesionales de los SS. Sociales comunitarios, ajenos al ámbito hospitalario, pero próximos y conocedores del medio social donde se incorpora el recién nacido.

#### CUADRO RESUMEN DE INDICES

Índices de Proceso		
<b>Alerta (IA)</b>	Relaciona los casos totales atendidos con los casos incluidos en el protocolo	$CIP \times 100/CTA$
<b>Selección (IS)</b>	Relaciona los casos incluidos en protocolo con los casos derivados para valoración psicosocial	$CVS \times 100/CIP$
<b>Derivación (ID)</b>	Relaciona los casos derivados para valoración psicosocial con los derivados para valoración por los SS.SS. de zona	$CDZ \times 100/CVS$
Índices de Resultado		
<b>Riesgo Social Estimado (IRSE)</b>	Relaciona los casos derivados para valoración por los SS.SS. de zona con el total de casos atendidos	$CVS \times 100/CTA$
<b>Confirmación del Riesgo (ICR)</b>	Relaciona los casos derivados para valoración por los SS.SS. de zona con los casos confirmados por dichos SS.SS	$CCR \times 100/CDZ$

*CTA: Casos Totales Atendidos (nido y patológicos).*

*CIP: Casos Incluidos en el Protocolo.*

*CVS: Casos Valorados por equipo psicosocial hospitalario.*

*CDZ: Casos Derivados a SS.SS. de Zona.*

*CCR: Casos de Riesgo Confirmados por SS.SS. de Zona.*

---

## **9**

# **Valoración del programa por los profesionales**



---

## 9.1. DESCRIPCIÓN GENERAL

Con la finalidad de conocer la opinión que tenían del Programa los usuarios del mismo, al término de la fase experimental se realizó una encuesta entre distintos profesionales.

Las entrevistas fueron dirigidas a los profesionales de SS. Sociales Municipales y Atención Primaria de Salud receptores de los casos detectados y derivados por los hospitales desde el Programa.

Previamente se elaboró un cuestionario-guión por el equipo técnico del IMMF encargado del Programa, con preguntas abiertas y respuestas cuantitativas y cualitativas, centradas en cuatro grandes apartados:

1. Perfil del profesional entrevistado.
2. Valoración sobre aspectos formales.
3. Valoración sobre aspectos funcionales.
4. Aspectos relacionados con el Proyecto.

Se llevaron a cabo 6 entrevistas, correspondientes a las zonas de SS. Sociales, ya que una zona no consideró oportuno participar en esta fase del Programa. Asimismo, se realizaron 12 entrevistas en las dos Áreas de Salud.

## 9.2. APORTACIONES DE LAS ENTREVISTAS

### A) ASPECTOS FAVORABLES

- Facilita la *“coordinación interinstitucional”*. Ha sistematizado el *“contacto entre Atención Primaria de Salud, SS. Sociales y el Hospital”*.
- Ha creado circuitos de *“transmisión de información”* relevante, útiles para la buena práctica profesional.
- Ha dotado de más celeridad al proceso de intervención. Es muy importante la *“rapidez con que llegan los informes”*.
- Va creando un *“lenguaje común”* entre los profesionales.
- Se *“unifican”* y *“sistematizan”* los instrumentos de trabajo. *“Facilita un trabajo estructurado, que posibilita una intervención coherente”*.
- *“Facilita la “detección precoz”*. Es fundamental *“la intervención en etapas precoces, para evitar cronificaciones”*.
- Posibilita la *“intervención temprana”* y en momentos de *“reestructuración familiar”*, *“aumentando la probabilidad de éxito en la intervención”*.
- *“Tener enfocados los casos desde el Hospital, ayuda para abordar a las familias”*.

- 
- Los datos facilitados *“actualizan la información sobre las familias”* que se conocen y, facilitan *“el primer acercamiento”* con las nuevas.
  - Aumenta la *“fiabilidad de los diagnósticos”* al contar con la opinión de más profesionales y el *“conocimiento de la familia en diferentes ámbitos”*. Que *“la información esté elaborada por un profesional de lo social, ayuda a ver mejor este aspecto”*.
  - *“Da una visión más global, que ayuda a poder atender mejor al niño desde el punto de vista puramente médico”*.
  - Posibilita la detección de *“casos que se escapan a los Servicios Sociales”* y a los pediatras.
  - Con la llegada del Informe, se hace un *“seguimiento más cercano”, “más intenso”, se “está más pendiente de otros indicadores”*. Permite *“retomar casos”* con los que se venía trabajando y que alguno estaba en punto muerto.
  - Para los pediatras recibir los *Informes*, favorece y agiliza la relación con la Trabajadora Social del Centro, que *“antes sólo se daba en casos muy graves”*.
  - De cara a la familia, es bueno *“que sientan que hay otros dispositivos implicados”* y *“Servicios Sociales no son siempre los malos”*.

## **B) ASPECTOS DESFAVORABLES**

En general no se señalaron aspectos desfavorables del Programa. Solamente algunas consecuencias de su aplicación, que habría que tener en consideración.

- Hay *“familias que se sienten molestas”* por haber sido incluidas. Quizás los *“Factores de Riesgo que presentaban eran poco significativos”* como para haberlas incluido.
- *“Se siguen escapando algunos casos”*.
- En general los informes llegan muy rápidamente, pero *“algunos han llegado muy tarde”*. Se debería procurar *“mandarlos en los diez días desde el alta del Hospital”*.
- Debido a la disparidad de criterios respecto al *Informe de Seguimiento*, parece conveniente *“mejorar”* tanto el diseño como el contenido (resultado de estas opiniones es el nuevo protocolo P-DDD que se incluye en el anexo).
- El tiempo de un mes para la devolución del *Informe de Seguimiento* es poco, porque *“no se conoce bien a la familia”* (actualmente este período se ha ampliado a tres meses).

---

## **C) PROPUESTAS**

### **1. DE LOS SERVICIOS SOCIALES**

- Que a las familias detectadas, se les prepare y motive desde el hospital, para la intervención de SS. Sociales, sin crear expectativas respecto al tipo de intervención a aplicar.
- Potenciar los niveles de coordinación entre instituciones y apoyar las Coordinadoras de Atención a la Infancia (actualmente denominados Consejos), implantadas en unos municipios y en otros en fase de creación.
- Sistematizar la utilización de otros recursos y no sólo SS. Sociales para la intervención en problemáticas sociales.
- Implicar a los profesionales sanitarios en el Programa, y no sólo a los Trabajadores Sociales de los dispositivos de salud.

### **2. DE ATENCIÓN PRIMARIA**

- El Programa se debería *“aplicar no sólo a los Neonatos”*, sino a todos los niños y niñas que sean atendidos en el hospital.
- Junto al Informe Social *“debería llegar el Informe Médico”*.
- El Trabajador Social del Centro de Salud, *“también”* debería recibir el *Informe de Derivación*, o al menos que conste *“que se le debe informar”*.
- Se debería *“evitar la burocracia”*. La respuesta al hospital *“sería suficiente con que fuese por teléfono”*.
- Desde donde corresponda, se *“deberían dar pautas para actuar cuando el maltrato no es de adulto a niño, sino del niño al adulto, o entre niños”*.

## **9.3. CONCLUSIONES GENERALES**

### **I.**

El desarrollo del Programa favorece y estimula a los profesionales de distintos sectores, acercándoles para el desempeño de una tarea común, donde los protagonistas son el recién nacido y su familia.

### **II.**

Al intentar ofrecer una asistencia de calidad, se ha puesto de relieve una recomendación de los profesionales hospitalarios: la necesidad de potenciar la relación madre-hijo. Para ello ha de crearse un entorno de confianza, y espacios adecuados

---

donde puedan permanecer los padres el mayor tiempo posible, sobre todo en situaciones de hospitalización prolongada dada la existencia de un riesgo biológico añadido.

### III.

Introduce criterios de calidad al favorecer la intervención precoz e integral, superando la dimensión estrictamente clínica. Así se produce un cambio cualitativo en el enfoque del problema y en los criterios de preferencia en la actuación para los profesionales sanitarios. Estos incorporan dentro de su práctica habitual nuevas habilidades que aumentan su cualificación y dedicación al paciente. En este sentido hay que considerar la conveniencia de promover la especialización e incorporación de trabajadores sociales y psicólogos a las áreas materno-infantiles de los hospitales.

Si bien la generalización del Programa no supone modificaciones sustanciales, ni en la práctica de los profesionales ni en la organización de los servicios, es indudable que los avances innovadores suponen reajustes de recursos.

### IV.

La aportación de instrumentos técnicos, depurados a lo largo de la experiencia, ordena y facilita la cohesión de actuaciones que ya eran habituales en el medio hospitalario, pero que sin duda ahora reciben un nuevo impulso y mayor reconocimiento.

### V.

El análisis de la experiencia ha demostrado que cada hospital posee sus propias peculiaridades de organización y funcionamiento. Esta circunstancia, unida al principio de igualdad de oportunidades, que supone asegurar una mínima equidad en la atención que se dispense desde cualquier centro hospitalario, ha marcado la necesidad de elaborar un *Manual de Procedimiento* como apoyo para la implantación del Programa.

### VI.

Con objeto de ordenar todo el proceso de detección y hacerlo más comprensible, se han aislado diversas etapas de gran significación, por coincidir con momentos claves de toma de decisiones de los diferentes profesionales que intervienen. Es el origen de los denominados *Índices (Alerta, Derivación y Riesgo Social Estimado)*.

## 9.4. CONSIDERACIONES FINALES

El esfuerzo adicional de muchos de los profesionales implicados en el desarrollo del Programa, durante el tiempo transcurrido desde que finalizó la *fase experimental*, ha permitido ir dando respuesta a algunas de las recomendaciones señaladas en el punto anterior, que han dado como resultado el documento que aquí se presenta.

---

# **10**

## **La coordinación interadministrativa**



---

La participación en el diseño y desarrollo del Programa, de distintas Administraciones Públicas, profesionales y servicios, supone una ventaja en cuanto al incremento de recursos de todo tipo, pero a la vez es un reto en tanto que supone complementar diferentes culturas de trabajo y poner en común conocimientos que tienen distintos orígenes y niveles de desarrollo.

En este proceso de colaboración institucional, necesariamente debe existir un liderazgo capaz de aglutinar intereses y necesidades diversos. La asunción de este liderazgo se deriva de su legitimidad, que viene dada no sólo por lo que normativamente pueda establecerse, sino también y fundamentalmente, por la aceptación que de dicho liderazgo manifiesten todos los actores implicados en el Programa.

Desde esta perspectiva, el trabajo interadministrativo presenta ciertas peculiaridades que inciden singularmente en el rigor del diseño y desarrollo del Programa, en el que se debe adoptar la flexibilidad necesaria para combinar prudentemente la diversidad de planteamientos profesionales, la peculiaridad de los procedimientos de trabajo y los propios intereses institucionales.

Por todo lo anterior, es necesario alcanzar compromisos que surgan del consenso de los profesionales y las instituciones, en un marco en el que se favorezca la participación de todos los implicados. Esta estrategia, que en ocasiones puede demorar el desarrollo del Programa, a largo plazo sienta las bases necesarias para la confianza mutua y la colaboración efectiva que deben redundar, sin duda, en el bienestar de la infancia en nuestra Comunidad.



---

**11**  
**Instituciones y profesionales  
que participan en el diseño  
del Programa**



---

***Instituto Madrileño del Menor y la Familia (Comunidad de Madrid):***

**Dña. Esperanza GARCÍA GARCÍA.** Directora-Gerente.  
**D. Jesús BAEZ PEREZ DE TUDELA.** Jefe Sº de Infancia y Adolescencia.  
**D. José Fco. GARCÍA GUMIEL.** Psicólogo.  
**Dña. M.ª Luisa GORDILLO MARTÍNEZ.** Trabajadora Social.

***Hospital Clínico Universitario de San Carlos (Insalud):***

**D. José ARIZCUN PINEDA.** Jefe Sº Neonatología.  
**Dña. Teresa BRUN.** Trabajadora Social.  
**Dña. Concha GUTIERREZ DE LOS RÍOS.** Coordinadora Unidad Trabajo Social.  
**Dña. Mercedes VALLE TRAPERO.** Psicóloga.

***Hospital General de Móstoles (Insalud):***

**D. Pedro J. PUYOL BUIL.** Jefe Sº de Pediatría.  
**Dña. María BERMÚDEZ CAÑETE.** Trabajadora Social.  
**D. Benito PEINADOR GREGORIO.** Supervisor Neonatología.

***Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Comunidad de Madrid):***

**D. Vicente PEREZ SCHERIFF.** Jefe Sº Neonatología.  
**Dña. Sol ALONSO ÁLVAREZ.** Trabajadora Social.  
**Dña. Elvira ASENJO CHICHARRO.** Supervisora Obstetricia.  
**Dña. Nuria COLL GARCÍA.** Supervisora Enfermería.  
**Dña. Inmaculada GANCEDO SANTOS.** Supervisora Neonatología.  
**Dña. Mercedes GÓMEZ PELLICO.** Pediatra. Médico Neonatólogo.  
**Dña. Margarita MEDINA.** Supervisora Obstetricia.  
**Dña. Angela MORUNO.** Jefa T. Social.  
**Dña. M.ª Jesús PEIRO RIESCO.** Psicóloga.

***Hospital de El Escorial (Comunidad de Madrid):***

**D. Emilio MANCEBO.** Jefe Sº de Pediatría.  
**Dña. Guadalupe GIMENEZ CASTRO.** Supervisora Pediatría.  
**Dña. Pilar ROBLES CASCALLAR.** Pediatra.

***Ayuntamiento de Madrid:***

**Dña. Teresa BENÍTEZ ROBREDO.** Área de Salud Pública. Jefa Área del Niño.  
**M.ª Concepción BRUGERA MORENO.** Centro Integrado de Salud Chamberí.  
Pediatra.  
**Dña. Gloria CASTRO CASTRO.** Centro Integrado de Salud Latina. D.U.E.

---

**Dña. Paula COLLADO CABELLO.** Directora Centro SS. Sociales Gallur/Distrito Latina.

**Antonia FRUTOS.** Programa Familia e Infancia Distrito Chamberí. T. Social.

**Dña. Mercedes JAÉN JIMÉNEZ.** Centro Integrado de Salud Chamberí. Trabajadora Social.

**Ana Isabel LÓPEZ VALERO.** Programa Familia e Infancia Distrito Centro. T. Social.

**Dña M.<sup>a</sup> Cristina MUCIENTES RUFO.** Centro Integrado de Salud Latina. Pediatra.

**D. Manuel RAMÍREZ DORREGO.** Jefe División Infancia. Área de SS. Sociales.

**Dña. Mercedes SÁNCHEZ DÍAZ.** Área de Salud Pública. D.U.E.

---

# **Anexo 1**

## **Protocolo de**

### **Detección-Derivación-Devolución**

#### **(P-DDD)**



---

En el anexo figuran los ejemplares M1 y M2 del Protocolo de Detección-Derivación-Devolución (P-DDD), que constituye el soporte documental básico del Programa y que permite tanto la comunicación entre los distintos servicios implicados, como la recogida de datos necesaria para una explotación estadística que permita la evaluación continuada del Programa.

El ejemplar M1 es un cuadernillo compuesto por tres hojas autocopiativas. La primera (blanca) para los servicios sociales de zona; la segunda (amarilla) para el Equipo de Atención Primaria o Centro Municipal de Salud en caso de usuarios sin cobertura sanitaria; la tercera (azul) para el hospital.

El ejemplar M2 es un cuadernillo compuesto por tres hojas autocopiativas. La primera (azul) para el hospital; la segunda (amarilla) para el IMMF; la tercera (blanca) para los servicios sociales de zona.

## **NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA EL PERSONAL DEL HOSPITAL**

El personal del Hospital deberá realizar acciones en relación al Protocolo, en dos momentos distintos:

### **1.º Remisión de las Hojas de los modelos M-1 y M-2.**

- El modelo M-1 una vez cumplimentado en su totalidad, incluyendo las valoraciones realizadas por el personal de planta y especializado (trabajador/a social y psicólogo/a en su caso) del centro hospitalario, se separará en las tres hojas que lo componen.

En el caso de que el personal especializado estime que no existe el riesgo social detectado preliminarmente por el personal de planta, remitirá cumplimentada al IMMF, la hoja amarilla del modelo M-2 para su inclusión en la base de datos, dando por finalizadas las actuaciones.

En el caso contrario, se actuará como sigue.

- La hoja azul, *EJEMPLAR PARA EL HOSPITAL*, permanecerá en el centro hospitalario.
- La hoja amarilla, *EJEMPLAR PARA EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA/CENTRO MUNICIPAL DE SALUD*, se remitirá al Centro que proceda.
- La hoja blanca, *EJEMPLAR PARA LOS SERVICIOS SOCIALES DE ZONA*, se remitirá a dichos servicios junto con las tres hojas del modelo M-2, del que se deberán completar los apartados específicos señalados hasta el *número de llamada 13*.

*La remisión de la hoja, supone la notificación de un presunto caso de riesgo social que debe ser confirmado o desestimado por los Servicios sociales municipales.*

---

## **2.º Recepción de las Hojas del modelo M-2.**

Los Servicios Sociales deberán devolver las hojas azul, *EJEMPLAR PARA EL HOSPITAL* y amarilla *EJEMPLAR PARA EL IMMF* del modelo M-2, en un plazo no superior a tres meses desde su envío por el Hospital, habiendo cumplimentado los apartados específicos señalados con los *números de llamada 13 y sucesivos*.

- La hoja azul permanecerá en el centro hospitalario completando así con la hoja correspondiente del M-1 el soporte documental del *Protocolo*.
- La hoja amarilla se remitirá para su inclusión en la base de datos, en un plazo no superior al mes desde su recepción por el Hospital, al IMMF.

## **NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA LOS SERVICIOS SOCIALES DE ZONA**

Los Servicios Sociales recibirán del Hospital de referencia:

1.º Hoja en color blanco del modelo M-1 *EJEMPLAR PARA LOS SERVICIOS SOCIALES DE ZONA*.

Deberá haber sido cumplimentada en su totalidad por el personal del Hospital y se incorporará a la documentación propia de los Servicios Sociales.

Otra hoja de este modelo M-1 es remitida también por el Hospital al Equipo de Atención Primaria de referencia para el menor. Además, una tercera copia permanece en el Hospital.

En la hoja, además de los datos de identificación personal del menor y la familia, se incluyen las valoraciones realizadas por el personal de planta y especializado (trabajador/a social y psicólogo/a en su caso) del centro hospitalario.

- La recepción de la hoja, supone la notificación de un presunto caso de riesgo social que debe ser confirmado o desestimado por los Servicios sociales municipales.
- Los Servicios sociales municipales, procurarán la coordinación con Atención Primaria de Salud en relación al caso.

2.º Modelo M-2 completo, con sus tres hojas correspondientes.

Deberá estar cumplimentado en parte por el personal del Hospital.

- Los Servicios Sociales deberán completar los apartados específicos señalados con los *números de llamada 13 y sucesivos*.
- Una vez cumplimentado el juego de papel autocopiativo, se separará la hoja de color blanco *EJEMPLAR PARA LOS SERVICIOS SOCIALES DE ZONA* que per-

---

manecerá en los propios Servicios Sociales, completando así con la hoja correspondiente del M-1 el soporte documental del *Protocolo*.

- *Las dos primeras hojas EJEMPLAR PARA EL HOSPITAL y EJEMPLAR PARA EL IMMF (colores azul y amarillo), se remitirán juntas al Hospital de referencia en un plazo no superior a los tres meses desde su recepción por los Servicios Sociales.*

## **NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN PRIMARIA**

Atención Primaria de Salud recibirá del Hospital de referencia la Hoja en color amarillo del modelo M-1 *EJEMPLAR PARA EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA/CENTRO MUNICIPAL DE SALUD*.

*Deberá haber sido cumplimentada en su totalidad por el personal del Hospital y se incorporará a la documentación propia del Centro de Salud.*

*Otra hoja de este modelo M-1 es remitida también por el Hospital a los Servicios sociales municipales de la zona de referencia para el menor. Además, una tercera copia permanece en el Hospital.*

*En la hoja, además de los datos de identificación personal del menor y la familia, se incluyen las valoraciones realizadas por el personal de planta y especializado (trabajador/a social y psicólogo/a en su caso) del centro hospitalario.*

- *Atención Primaria procurará la coordinación con los Servicios sociales municipales en relación al caso.*

<b>M-1</b>	<b>PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN RECIÉN NACIDOS</b>	<b>N.P.º</b>		
------------	--	--------------	--	--

<b>M E N D R E</b>	Apellidos:				Nombre:									
	Sexo <sup>º</sup>	F.N. <sup>º</sup>			Hospital								R.N. <sup>º</sup>	

<b>M A D R E</b>	Apellidos:				Nombre:									
	E.C. <sup>º</sup>				F.N. <sup>º</sup>								N.I.F.	

<b>F A M I L I A</b>	Nombre <sup>º</sup>	PA	EC	ED	OC	CO	Nombre	PA	EC	ED	OC	CO	

<b>D</b>	C/				nº	Población				C.P.			
	Régimen tenencia:				Nº Conviventes:				Teléfono:		Dtº Municipal		

<b>A</b>	Centro SS.SS.:						Profesional:					
	Equipo A.P./Centro Municipal de Salud:						Profesional:					

<b>1. VALORACIÓN EN PLANTA<sup>º</sup></b>
--

Descripción:	
	Firma
Puesto	Nombre

<b>2. VALORACIÓN PSICOSOCIAL<sup>º</sup></b>
--

Situación socio-familiar:	
Problemas planteados/detectados:	
Valoración interdisciplinar:	
	Firma
Puesto	Nombre

---

## INSTRUCCIONES (M1):

### 1. N° Protocolo.

Se numerará de forma consecutiva el orden de apertura del Protocolo, reservando los dos espacios de la derecha para los dos últimos dígitos del año.

### 2. Sexo.

Se consignará: **1** para los niños; **2** para las niñas.

### 3. FN: Fecha de Nacimiento.

Se anotará de izquierda a derecha: año; 4 dígitos / mes; 2 dígitos / día; 2 dígitos. En caso de ser desconocida, se consignará código 1111 11 11.

### 4. R.N.

Se anotará: **1** para Recién Nacido Sano; **2** para R.N. Ingresado; **3** para Lactante.

### 5. EC: Estado Civil.

Se consignará el estado civil y el código, de acuerdo a las siguientes categorías:

- |                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| 1. Soltera/o.    | 5. Separada/o.          |
| 2. Casada/o.     | 6. Unión de hecho.      |
| 3. Viuda/o.      | 9. Otros (especificar). |
| 4. Divorciada/o. |                         |

### 6. Núcleo familiar y convivencial en relación al recién nacido.

Se indicarán los apellidos y nombre de cada miembro de la **unidad familiar** (padre y hermanos) o de **convivencia** (excluida la madre), señalando el código correspondiente a cada una de las columnas, de acuerdo con las siguientes categorías:

**PA** (parentesco): **1** para padre; **2** para hermano/a; **3** para abuelo/a; **4** para tío/a; **9** para otros.

**EC** (estado civil): se codificará igual que en el apartado 6.

**ED** (edad): se indicará el valor en años.

- OC** (ocupación):
- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. Ocupado estable.     | 5. Parado sin subsidio. |
| 2. Ama de Casa.         | 6. Jubilado.            |
| 3. Ocupado inestable.   | 9. No procede.          |
| 4. Parado con subsidio. |                         |

**CO** (conviviente): se señalará **1** si se prevé su convivencia al alta con el recién nacido; **0** si no se prevé su convivencia; **9** si no se posee información suficiente.

### 7. Domicilio.

Se consignarán los datos referidos al domicilio en el que vaya a residir el menor.

### 8. Derivación al Alta Hospitalaria.

Se señalarán los servicios y profesionales a los que se envía el Protocolo.

### 9. A cumplimentar por el personal de planta.

### 10. A cumplimentar por el trabajador/a social y/o psicólogo/a del hospital.



## INSTRUCCIONES (M2):

1. **Nº Protocolo.** Se numerará de forma consecutiva el orden de apertura del Protocolo, reservando los dos espacios de la derecha para los dos últimos dígitos del año.

2. **A cumplimentar por el IMMF.**

3. **Fecha de Nacimiento:** Se anotará de izquierda a derecha: año; 4 dígitos / mes; 2 dígitos / día; 2 dígitos. En caso de ser desconocida 1111 11 11.

4. **El sexo del menor.** Se consignará: **1** para los niños; **2** para las niñas.

5. **Partos Múltiples:** Se anotará de izquierda a derecha el número de nacidos vivos y el orden que ocupa entre éstos. En partos únicos codificar 1 1.

6. **R.N.** Se anotará: **1** para Recién Nacido Sano; **2** para R.N. Ingresado; **3** para Lactante.

7. **EC: Estado Civil.** Se consignará el estado civil y el código, de acuerdo a las siguientes categorías:

1. Soltera/o; 2. Casada/o; 3. Viuda/o; 4. Divorciada/o; 5. Separada/o; 6. Unión de hecho; 9. Otros.

8. **Hospital.** Se anotará su código correspondiente, de acuerdo con la catalogación nacional de hospitales del Mº de Sanidad y Consumo.

9. **Domicilio.** Se consignarán los datos referidos al domicilio en el que vaya a residir el menor.

10/11/12. **Fecha de Detección/Derivación/Devolución.** Se anotará de izquierda a derecha: año; 4 dígitos / mes; 2 dígitos / día; 2 dígitos, y respectivamente: (10) la fecha de petición de interconsulta para valoración psico-social; (11) la fecha de derivación del hospital a la zona, o en caso de que no proceda, al IMMF con código 1111 11 11; (12) la fecha de devolución del Protocolo de la zona al hospital.

13. **A cumplimentar por el trabajador/a social de los SS.SS. de la zona, que devolverá las dos primeras hojas (ejemplares para el hospital y para el IMMF) al hospital.**

14. **A cumplimentar por:**

a) El trabajador/a social de los Servicios Sociales de la zona, indicando el tipo de núcleo de convivencia del menor en el momento de cumplimentar el protocolo.

b) El trabajador/a social del Hospital, si no procede la derivación a zona.

En ambos casos, según los siguientes códigos: **1** Padres; **2** Familia Extensa; **3** Padres y Familia Extensa; **4** Centro de Acogida; **5** Adopción; **6** Otros.

15. **Se indicará comenzando por la primera casilla de la izquierda:**

Casilla 1: Coordinación con Equipo Atención Primaria. Indicar código 1.

Casilla 2: Coordinación con Centro Municipal de Salud. Indicar código 2.

Casilla 3: Coordinación con SS.SS. especializados. Indicar código 3.

Casilla 4: Otros. Indicar código 4. (especificar en el espacio reservado a la izquierda).

Indicar código 9 en las casillas correspondientes que no se halla establecido coordinación. La coordinación puede haberse establecido con uno o más de los recursos señalados.

16. **FR: Factores de Riesgo.** Se anotarán los factores de riesgo observados, en orden de importancia desde el 1º, hasta un máximo de 6.

**Factores socio-económicos.**

11. Familias con problemas económicos (precariedad económica, carencia de domicilio...).

12. Aislamiento social (emigración, falta de apoyos familiares y sociales...).

13. Otros hijos con medida de protección (guarda/tutela).

14. Dificultad social (prostitución, delincuencia, narcotráfico, mendicidad, privación de libertad...).

**Factores familiares.**

21. Padre/madre con problemas de drogadicción, alcoholismo

22. Familias con historia de violencia (física o verbal) y/o maltrato infantil (entre adultos y adultos-niños/as).

23. Padres muy jóvenes, (menores de edad).

24. Situación de ruptura familiar o familias monoparentales.

25. Padre/madre con enfermedad orgánica crónica.

26. Padre/madre con minusvalía.

27. Padre/madre con historia de enfermedad mental.

**Embarazos Problemáticos.**

31. Embarazos no controlados/ocultados.

32. Embarazos en preadolescentes y adolescentes, donde se ignore la identidad del padre (sospecha de abuso sexual).

33. Embarazos no suficientemente espaciados y/o familias con número elevado de hijos.

**Relación madre (padre)-hijo/a**

41. Separación de la madre en el período neonatal precoz, con imposibilidad absoluta de lactancia en la primera semana de vida.

42. Desinterés por el recién nacido (estar con él, alimentarle, vestirle...)

43. Padres con actitudes intolerantes, indiferentes o con excesiva ansiedad ante las responsabilidades de crianza de los hijos/as.

44. Padre/madre con comportamientos extraños (llanto, gran tristeza, excitación, continuas preguntas, incomunicación total, contradicciones, ocultamientos...).

45. Escasas visitas cuando el niño/a está ingresado o éstas son inconsistentes y con poco interés.

**50. Factores Biológicos.**

Menores que por sus características especiales supongan un valor añadido a las dificultades de crianza, pudiendo comprometer la estabilidad familiar (gran prematuro, polimalformaciones, deficiencias...).

**60. Otros.**



---

## **Anexo 2**

# **Hoja de Observación en Planta**



NOMBRE:	FACTORES DE RIESGO:	FECHA INGRESO FECHA ALTA:
---------	---------------------	------------------------------

VISITAS QUE RECIBE	1.ª semana			2.ª semana			3.ª semana			4.ª semana			OBSERVACIONES (2)
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
DIARIA													
FRECUENTE (de > 3 por semana)													
OCASIONAL (< de 3 por semana)													
HORARIO INUSUAL (Ej. horas noct.)													
NO EXISTEN													
ACTITUD DE LOS PADRES (hacia el niño)													OBSERVACIONES (3)
CARINOSA Y AFECTIVA													
PASIVA (no le tocan no le hablan)													
BUSQUEDAD CONTACTO CON NIÑO													
INMADURA (respecto al aprendizaje del manejo del niño)													
ANSIOSA O ANGUSTIADA (Ej. preocupación excesiva)													
ESCASO INTERES													
AGRESIVA (respecto a la pareja o hacia el personal)													
FASE PREALTA	SÍ	NO	PREDICCIÓN DE LA ADAPTACIÓN AL HOGAR										OBSERVACIONES (3)
RELAJADOS Y CONFIADOS EN SU CAPACIDAD													
APOYO MUTUO ENTRE LA PAREJA													
ANSIEDAD (persistente, excesiva)			COMPORTAMIENTO DEL NIÑO (llorón, tranquilo, irritable)										
PERSISTENTE FALTA DE INTERÉS													

1) En los casos de Nido rellenar sólo la 1ª semana. 2) Indicar quien realiza la visita. 3) Indicar si hay diferencias entre padre/madre.



---

## **Anexo 3**

# **Factores de Riesgo**



---

## **FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS**

11. Familias con problemas económicos (precariedad económica, carencia de domicilio...).
12. Aislamiento social (emigración, falta de apoyos familiares y sociales...).
13. Otros hijos con medida de protección (guarda/tutela).
14. Dificultad social (prostitución, delincuencia, narcotráfico, mendicidad, privación de libertad...).

## **FACTORES FAMILIARES**

21. Padre/madre con problemas de drogadicción, alcoholismo.
22. Familias con historia de violencia (física o verbal) y/o maltrato infantil (entre adultos y adultos-niños/as).
23. Padres muy jóvenes, (menores de edad).
24. Situación de ruptura familiar o familias monoparentales.
25. Padre/madre con enfermedad orgánica crónica.
26. Padre/madre con minusvalía.
27. Padre/madre con historia de enfermedad mental.

## **EMBARAZOS PROBLEMÁTICOS**

31. Embarazos no controlados/ocultados.
32. Embarazos en preadolescentes y adolescentes, donde se ignore la identidad del padre (sospecha de abuso sexual).
33. Embarazos no suficientemente espaciados y/o familias con número elevado de hijos.

## **RELACIÓN MADRE (PADRE)-HIJO/A**

41. Separación de la madre en el período neonatal precoz, con imposibilidad absoluta de lactancia en la primera semana de vida.
42. Desinterés por el recién nacido (estar con él, alimentarle, vestirle...)

- 
43. Padres con actitudes intolerantes, indiferentes o con excesiva ansiedad ante las responsabilidades de crianza de los hijos/as.
  44. Padre/madre con comportamientos extraños (llanto, gran tristeza, excitación, continuas preguntas, incomunicación total, contradicciones, ocultamientos...).
  45. Escasas visitas cuando el niño/a está ingresado o éstas son inconsistentes y con poco interés.

**50. Factores Biológicos.**

Menores que por sus características especiales supongan un valor añadido a las dificultades de crianza, pudiendo comprometer la estabilidad familiar (gran prematuro, polimalformaciones, deficiencias...).

**60. Otros.**





CONSEJERIA DE SANIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES

**Comunidad de Madrid**