

SISTEMA DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO (IER)



JUAN CARLOS RODRÍGUEZ

EDITOR

SISTEMA DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO (IER)

Autores:

Dr. Juan Carlos Rodríguez Rodríguez

Mtr. José Antonio Rodríguez Rodríguez

Mtra. Julia Martínez Gonzálvez

Dra. Josefina Rodríguez Góngora

Dra. Cecilia Ivonne Bojórquez Díaz

Dra. Mirsha Alicia Sotelo Castillo

Dra. Nadia Lourdes Chan Barocio

ISSN: 295-1041

Edita: DIFUSIÓN CIENTÍFICA AIIEP

© [2025] FormSEP S.L. Esta obra se distribuye bajo la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0), que permite la descarga y distribución de la obra siempre que se reconozca la autoría, sin realizar ninguna modificación sobre ella y sin fines comerciales.

PRÓLOGO

La Arquitectura de la Decisión: Hacia una Protección Infantil Científica y Humana

Hay pocas responsabilidades en la esfera pública que conlleven un peso moral y técnico tan abrumador como la protección de la infancia. Quienes operan en este campo saben que habitan un territorio marcado por la "incertidumbre radical", donde cada decisión —desde el cierre de un expediente hasta la retirada de una tutela— puede alterar irreversiblemente el destino de un ser humano. Durante décadas, esta carga ha recaído casi exclusivamente sobre los hombros de profesionales que, armados a menudo solo con su buena voluntad y su "ojo clínico", debían navegar en la tormenta de la complejidad familiar.

Este libro nace de una constatación incómoda pero necesaria: la intuición ya no es suficiente.

La literatura científica nos ha enseñado que el "juicio clínico" no estructurado, por muy experto que sea, es vulnerable. Es permeable a los sesgos cognitivos, a la fatiga y a la subjetividad inherente a nuestra condición humana. Hemos visto cómo el "sesgo de optimismo" puede llevarnos a minimizar riesgos graves aferrándonos a pequeñas promesas de cambio, o cómo la falta de criterios unificados convierte la protección de un menor en una "lotería" que depende de qué técnico atienda el caso.

El Sistema de Investigación y Evaluación del Riesgo (IER), que el lector tiene en sus manos, emerge como respuesta a esta crisis de consistencia. No se presenta como un sustituto del profesional, sino como su armadura. Basado en el enfoque del *Juicio Profesional Estructurado*, el IER busca objetivar la subjetividad, transformando la narrativa caótica de la intervención social en datos tangibles y manejables.

La fundamentación que aquí se expone hunde sus raíces en la mejor evidencia disponible, integrando la visión transaccional de Cicchetti con la taxonomía ecológica de Bronfenbrenner. El sistema actúa como un "meta-instrumento" que sintetiza herramientas validadas como el VALÓRAME, la Escala de Bienestar Infantil (EBI) y la NCFAS, para ofrecer una mirada que no solo busca el déficit, sino que rastrea activamente la resiliencia y los factores de protección.

Pero la teoría, por robusta que sea, necesita del contraste con la realidad. El camino del Sistema IER no ha sido solo académico. Desde sus primeras pruebas piloto en México, donde el sistema demostró su capacidad para detectar riesgos en contextos de alta vulnerabilidad y variabilidad cultural, hasta su adaptación lingüística y normativa para el contexto español, este modelo ha sido testado para garantizar su validez ecológica. Aquellos primeros datos, que mostraron una sensibilidad esperanzadora en la detección de casos graves, nos confirmaron que estábamos ante una herramienta capaz de trascender fronteras.

Lo que presentamos en estas páginas es, en definitiva, una propuesta de "tecnificación humanista". Es un intento de poner la ciencia de datos y la psicología del desarrollo al servicio de los derechos del niño. Porque objetivar el riesgo no es deshumanizar la intervención; es, por el contrario, la forma más alta de respeto hacia el menor y su familia. Es garantizar que la decisión de proteger no sea fruto del azar o de la impresión del momento, sino el resultado de un proceso riguroso, trazable y justo.

Este sistema no decide por usted. Pero asegura que usted, como profesional, decida con la luz encendida.

Bienvenidos al Sistema IER.

Josefina Rodríguez Góngora

PRÓLOGO.....	2
1. Introducción: La Necesidad de Objetivar la Subjetividad en la Protección Infantil	5
1.1. LA CRISIS DEL "JUICIO CLÍNICO" NO ESTRUCTURADO	5
1.2. MÁS ALLÁ DEL DEBATE: NI INTUICIÓN PURA NI ALGORITMO CIEGO.....	6
1.3. LA OPERACIONALIZACIÓN DEL MODELO EN EL IER.....	6
2. Marco Conceptual: El Modelo Ecológico-Transaccional.....	7
2.1. LA SUPERACIÓN DE LA CAUSALIDAD LINEAL	7
2.2. LA ARQUITECTURA DE NIVELES: DE LO MICRO A LO MACRO	7
2.3. OPERACIONALIZACIÓN: CÓMO EL IER "DIGIERE" LA COMPLEJIDAD	8
3. Instrumentos de Referencia y su Integración en el IER.....	9
3.1. LA COLUMNA VERTEBRAL NORMATIVA: EL INSTRUMENTO VALÓRAME	9
3.2. LA EVALUACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS: LA ESCALA DE BIENESTAR INFANTIL (EBI)	9
3.3. EL ENFOQUE DE FORTALEZAS: NORTH CAROLINA FAMILY ASSESSMENT SCALE (NCFAS)	10
4. El Algoritmo de Decisión: La Matemática de la Resiliencia	10
4.1. FUNDAMENTACIÓN: EL BALANCE DINÁMICO.....	10
4.2. LA FÓRMULA DEL ÍNDICE DE DESPROTECCIÓN (ID).....	10
4.3. LA INNOVACIÓN DEL IER: PONDERACIÓN PREVENTIVA ASIMÉTRICA.....	11
4.4. ESTRUCTURA OPERATIVA: LOS CUESTIONARIOS DEL SISTEMA IER.....	11
5. Validez y Fiabilidad del Proceso: Garantías Científicas y Jurídicas.....	14
5.1. VALIDEZ DE CONTENIDO: ALINEACIÓN NORMATIVA Y CLÍNICA.....	14
5.2. FIABILIDAD INTER-JUECES: LA ESTANDARIZACIÓN DEL CRITERIO.....	14
5.3. VALIDEZ CONSECUCIONAL: TRANSFORMACIÓN DE DATOS Y GESTIÓN	15
5.4. EVIDENCIA EMPÍRICA PRELIMINAR: ESTUDIO DE VALIDACIÓN EN POBLACIÓN MEXICANA	15
6. Referencias bibliográficas.....	18
7. Protocolos	20
7.1. PROTOCOLO TÉCNICO DE CODIFICACIÓN	20
FASE 1 (TRIAJE).....	20
1. BLOQUE A: SITUACIÓN DEL MENOR Y CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO.....	20
2. BLOQUE B: CAPACIDAD Y ANTECEDENTES PARENTALES (MICROSISTEMA).....	21
3. BLOQUE C: ACTITUD Y ENTORNO (EXOSISTEMA).....	22
4. LÓGICA DEL ALGORITMO DE PRIORIZACIÓN	23
7.2. GUÍA DE COORDINACIÓN CON CENTRO EDUCATIVO.....	24
Sección 1: Datos de Identificación (Obligatoria)	24
Sección 2: Área de Asistencia	24
Sección 3: Área de Rendimiento Académico.....	24
Sección 4: Área Conductual e Integración Social.....	24
Sección 5: Necesidades Básicas (NNBB) (Observado por el centro).....	25

Sección 6: Implicación Familiar (Percepción del centro).....	25
Sección 7: Observaciones Adicionales	25
7.3. GUÍA DE VISITA DOMICILIARIA FASE 2B	26
Sección 1: Datos de Identificación (Obligatoria)	26
Sección 2: Habitabilidad y Salubridad	26
Sección 3: Seguridad Física	26
Sección 4: Alimentación y NNBB	26
Sección 5: Organización del Hogar y Espacio del Menor	27
Sección 6: Interacción Observada	27
Sección 7: Observaciones Adicionales	27
7.4. VALIDACIÓN Y PRONÓSTICO	28
Sección 1: Datos de Identificación y Triage.....	28
Sección 2: Ponderación de Factores de Riesgo (FR)	28
Sección 3: Ponderación de Factores de Protección (FP)	28
Sección 4: Conclusión del Profesional.....	29

INTRODUCCIÓN: LA NECESIDAD DE OBJETIVAR LA SUBJETIVIDAD EN LA PROTECCIÓN INFANTIL

La protección de la infancia constituye, sin lugar a dudas, uno de los campos más complejos, sensibles y exigentes de la intervención social y jurídica. Los sistemas de protección operan en un entorno definido por la "incertidumbre radical", donde los profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, educadores) deben tomar decisiones críticas sobre la vida de un menor y su familia. Estas decisiones, que van desde el cierre de un expediente hasta la retirada de la tutela, se basan frecuentemente en información fragmentada, contradictoria y altamente cargada de emocionalidad.

La fundamentación del **Sistema de Investigación y Evaluación del Riesgo (IER)** parte del reconocimiento de que la buena voluntad y la experiencia profesional, aunque indispensables, son insuficientes por sí solas para garantizar la seguridad del menor en un entorno tan volátil.

1.1. La Crisis del "Juicio Clínico" No Estructurado

Históricamente, la valoración del riesgo en los Servicios Sociales se ha sustentado en el denominado "juicio clínico" o la intuición del experto. Este enfoque asume que la competencia profesional se adquiere por ósmosis a través de la experiencia acumulada. Sin embargo, la literatura científica de la última década ha desmitificado la infalibilidad de este método.

Investigaciones seminales y revisiones recientes (Munro, 2019; Bartelink et al., 2015) han demostrado consistentemente que el juicio clínico no estructurado es intrínsecamente vulnerable a una serie de fallos cognitivos sistémicos:

- **Sesgos Heurísticos y Cognitivos:** Los profesionales, como cualquier ser humano, recurren a atajos mentales. El *sesgo de disponibilidad* puede llevar a un técnico a sobrevalorar un riesgo porque recuerda un caso reciente con un desenlace trágico, o el *sesgo de confirmación* puede hacer que ignore señales de alarma que contradicen su primera impresión positiva de una familia (Keddell, 2017).
- **Variabilidad Inter-observador (Inconsistencia):** La falta de criterios unificados provoca una "lotería del código postal". Dos equipos técnicos diferentes, ante la misma situación familiar, pueden llegar a dictámenes opuestos (retirada vs. apoyo en el hogar) basándose únicamente en sus umbrales de tolerancia subjetivos (López-López et al., 2019).
- **Limitaciones en la Predicción:** Los estudios comparativos indican que la valoración puramente intuitiva tiene una capacidad pobre para predecir la recurrencia del maltrato en comparación con métodos que utilizan variables estandarizadas (van der Put et al., 2017).

1.2. Más allá del debate: Ni Intuición Pura ni Algoritmo Ciego

Ante los fallos del juicio clínico, surgieron en el pasado intentos de implementar modelos puramente **actuariales** (estadísticos), que eliminaban el criterio humano en favor de una puntuación matemática rígida. Sin embargo, estos modelos fueron criticados por deshumanizar la intervención y no captar los matices del contexto familiar.

El Sistema IER se posiciona en un **tercer enfoque**: el **Juicio Profesional Estructurado (JPE)**.

Este modelo, respaldado por la evidencia actual (Arruabarrena & De Paúl, 2020), entiende que la tecnología no debe sustituir al profesional, sino potenciar sus capacidades analíticas. El IER no es un sistema que "toma la decisión" por el técnico; es una herramienta de **Soporte a la Decisión** que le dota de una estructura estandarizada para organizar la recogida de información y ponderar los factores de riesgo y protección de manera sistemática.

El objetivo es lograr:

1. **Consistencia:** Asegurar que todos los profesionales evalúen los mismos indicadores (higiene, apego, negligencia) bajo los mismos parámetros de gravedad.
2. **Transparencia:** Permitir que la decisión final pueda ser explicada, justificada y auditada mediante datos objetivos, no solo mediante impresiones narrativas.

1.3. La Operacionalización del Modelo en el IER

El Sistema IER responde a la necesidad imperiosa de "objetivar la subjetividad". Para ello, transforma la narrativa cualitativa (lo que el técnico ve y oye) en datos cuantitativos manejables (índices de riesgo).

Este proceso de objetivación es crucial no solo para la precisión técnica, sino para la **garantía de derechos**:

- **Derechos del Menor:** Al reducir el error humano, se minimizan los "falsos negativos" (dejar desprotegido a un niño en riesgo) y los "falsos positivos" (intervenir innecesariamente en una familia funcional).
- **Seguridad Jurídica del Profesional:** El uso de instrumentos validados y un algoritmo claro de ponderación protege al técnico, demostrando que su actuación ha seguido un proceso diligente y científico-técnico, alineado con los estándares internacionales de *Due Diligence*.

2. MARCO CONCEPTUAL: EL MODELO ECOLÓGICO-TRANSACCIONAL

Para comprender la arquitectura del Sistema IER, es indispensable analizar su sustrato epistemológico. Un sistema de valoración de riesgo no es meramente un listado de indicadores; es la representación operativa de una teoría sobre cómo se genera el daño humano. En este sentido, la base teórica del Sistema IER se asienta firmemente en la integración del **Modelo Ecológico de Bronfenbrenner** (1979) y el **Modelo Transaccional de Cicchetti y Rizley** (1981).

Esta elección no es arbitraria. La literatura científica contemporánea sigue validando estos modelos como el "estándar de oro" para entender la etiología del maltrato, alejándose de explicaciones simplistas o monocausales (ej. "el niño está mal porque el padre bebe") para abrazar una visión de complejidad sistémica.

2.1. La Superación de la Causalidad Lineal

Los modelos tradicionales tendían a ver el maltrato como un evento aislado o una patología individual de los padres. Por el contrario, los modelos ecológico-transaccionales postulados en el IER establecen que el maltrato y la desprotección son el resultado de una **interacción dinámica y acumulativa**.

Como señalan autores recientes (Cicchetti, 2016; Sidebotham et al., 2016), el riesgo no reside en un solo factor, sino en la "fricción" entre las necesidades del niño, las capacidades de los padres y las tensiones del entorno. El IER adopta esta visión transaccional: el comportamiento del niño influye en el del padre, y viceversa, en un bucle de retroalimentación continuo que puede ser virtuoso (resiliencia) o patológico (maltrato).

2.2. La Arquitectura de Niveles: De lo Micro a lo Macro

El Sistema IER desglosa la realidad familiar en cuatro niveles interconectados, siguiendo la taxonomía ecológica clásica pero actualizada a las necesidades de la intervención moderna. El sistema obliga al técnico a investigar cada uno de estos niveles para evitar "puntos ciegos":

A. El Ontosistema: La Realidad Individual del Menor

Se refiere a las características biológicas, psicológicas y temperamentales del propio niño.

- **En el IER:** No se considera al menor como un sujeto pasivo. Factores como la edad (mayor vulnerabilidad en lactantes), la presencia de discapacidad, problemas de conducta o el temperamento difícil son variables críticas.
- **Evidencia actual:** Estudios recientes confirman que ciertas características del niño (ej. prematuridad o TDAH) actúan como estresores que, en interacción con padres con pocas habilidades de afrontamiento, aumentan exponencialmente el riesgo de maltrato físico (Mulder et al., 2018).

B. El Microsistema: El Escenario Inmediato

Constituye el entorno donde el menor interactúa cara a cara diariamente: las dinámicas familiares, los estilos de crianza y la calidad del vínculo de apego.

- **En el IER:** Es el foco principal de la evaluación de negligencia y abuso. Se evalúa la competencia parental y la seguridad física del hogar.

- **Evidencia actual:** La teoría del apego sigue siendo central; la desorganización en el microsistema familiar es el predictor más potente de psicopatología futura (Cyr et al., 2010; van Ijzendoorn et al., 2020).

C. El Exosistema: El Entorno de Influencia Indirecta

Comprende aquellos entornos donde el niño no está presente físicamente pero que afectan a su bienestar, como la situación laboral de los padres, sus redes de apoyo social y el estrés socioeconómico.

- **En el IER:** El sistema investiga activamente si la familia está aislada o si existen estresores externos (desempleo crónico, infravivienda) que estén drenando la paciencia y capacidad de cuidado de los progenitores.
- **Evidencia actual:** La investigación sobre "determinantes sociales de la salud" ha demostrado que el estrés económico en el exosistema correlaciona directamente con las tasas de negligencia infantil, mediado por la salud mental materna (Bywaters et al., 2016).

D. El Macrosistema: El Contexto Cultural y Legal

Abarca los valores culturales, las leyes vigentes y la disponibilidad de recursos sociales en la comunidad.

- **En el IER:** Se tiene en cuenta al evaluar la gravedad. Por ejemplo, la aceptación cultural del castigo físico en ciertas comunidades puede requerir una intervención educativa antes que punitiva, siempre dentro del marco legal de protección.

2.3. Operacionalización: Cómo el IER "Digiere" la Complejidad

Uno de los mayores retos de los Servicios Sociales es aterrizar esta teoría compleja en la práctica diaria burocrática. El Sistema IER operativiza este marco teórico dividiendo el proceso de investigación en fases funcionales que se corresponden con estos niveles ecológicos:

1. **Fase 1 (Triage): Evaluación del Microsistema Inmediato.** En el primer contacto, el objetivo es evaluar la gravedad del evento y la vulnerabilidad. El sistema prioriza la seguridad física inmediata dentro del hogar (Microsistema). ¿Corre peligro la vida del niño hoy?
2. **Fase 2 (Investigación): Exploración del Exosistema y Ontosistema.** Aquí el IER despliega cuestionarios para explorar el entorno educativo, la red social (Exosistema) y las condiciones de habitabilidad, cruzando estos datos con las características del niño (Ontosistema). Se busca entender el "por qué" de la situación.
3. **Fase 3 (Evaluación): Integración Transaccional.** Finalmente, el sistema no suma puntos a ciegas. Integra todos los niveles para determinar un pronóstico. Utiliza el algoritmo para ponderar cómo los Factores de Protección (ej. una abuela en el Exosistema) pueden amortiguar los Factores de Riesgo (ej. un padre depresivo en el Microsistema).

3. INSTRUMENTOS DE REFERENCIA Y SU INTEGRACIÓN EN EL IER

El diseño del Sistema IER parte de una premisa de eficiencia y rigor científico: no es necesario "reinventar la rueda", sino integrar y operativizar la mejor evidencia disponible. El sistema actúa como un **meta-instrumento** que sintetiza, adapta y digitaliza los principios de las herramientas de valoración más robustas del contexto español e internacional.

Esta integración asegura la validez de contenido del sistema, alineando el IER con los estándares administrativos y clínicos exigidos actualmente. A continuación, se detalla la arquitectura de referencia del sistema:

3.1. La Columna Vertebral Normativa: El Instrumento VALÓRAME

En el contexto de la protección infantil en Andalucía y gran parte de España, el instrumento **VALÓRAME** (Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo) constituye el marco normativo de referencia.

- **La Lógica de Integración:** El IER no compite con el VALÓRAME; lo alimenta. El sistema adopta íntegramente su **taxonomía de indicadores** (tipologías de maltrato: negligencia física, emocional, abuso sexual, maltrato prenatal, etc.) y su principio de **gravedad graduada** (Leve, Moderado, Grave). Esto garantiza la "interoperabilidad semántica": el IER habla el mismo idioma que la Administración Pública, facilitando que los informes generados sean directamente traslacionales a los expedientes oficiales.
- **Diferenciación Funcional (Cribado vs. Diagnóstico):** Una distinción crítica es su función. Mientras que el VALÓRAME es un instrumento extenso, diseñado para un diagnóstico final exhaustivo que puede llevar semanas, el IER actúa como un sistema de **cribado ágil y gestión de flujo**. El IER permite al profesional recopilar la información "a pie de campo" de forma estructurada para llegar a ese diagnóstico final del VALÓRAME con los datos ya organizados y ponderados.

3.2. La Evaluación de Necesidades Básicas: La Escala de Bienestar Infantil (EBI)

Para la evaluación operativa de las condiciones de vida, el IER incorpora la lógica de la **Escala de Bienestar Infantil (EBI)**, desarrollada por el equipo de De Paúl y Arruabarrena (Universidad del País Vasco), referente indiscutible en España.

- **Aportación al IER (La Mirada Objetiva):** Los cuestionarios de la **Fase 2b (Visita Domiciliaria)** del IER están inspirados en los dominios funcionales de la EBI. Específicamente, el IER operacionaliza los ítems referidos a las condiciones de habitabilidad, disponibilidad de alimentos, higiene y seguridad física del hogar.
- **Enfoque en Necesidades Básicas (NNBB):** Siguiendo a la EBI, el IER pone el foco en la satisfacción de las Necesidades Básicas como el indicador primario de bienestar. En lugar de inferencias psicológicas complejas, el sistema guía al técnico a observar hechos tangibles (ej. "¿Hay suministros básicos activos?", "¿Existen zonas de peligro físico no supervisadas?"), reduciendo la inferencia subjetiva en la detección de negligencia.

3.3. El Enfoque de Fortalezas: North Carolina Family Assessment Scale (NCFAS)

Si bien detectar problemas es vital, la intervención social moderna exige identificar qué funciona bien en la familia para construir sobre ello. Para esto, el IER adopta la estructura de la **North Carolina Family Assessment Scale (NCFAS)**, considerada el "estándar de oro" internacional para evaluar el funcionamiento familiar.

- **Estructura Dual (Riesgo vs. Protección): La Fase 3 (Evaluación Final)** del IER incorpora la filosofía de la NCFAS, que evalúa las dimensiones familiares en un continuo que va desde el "Problema Serio" hasta la "Fortaleza Clara".
- **El Cambio de Paradigma:** Tradicionalmente, los informes de servicios sociales eran listados de déficits. Al integrar la NCFAS, el IER obliga al técnico a buscar activamente **Factores de Protección** (Fortalezas). Esto es crucial para el algoritmo del IER: un padre puede tener déficits parentales (riesgo), pero una gran disposición al cambio y una red de apoyo sólida (fortalezas). El IER captura esta dualidad para ofrecer un pronóstico más realista sobre la recuperabilidad familiar.

4. EL ALGORITMO DE DECISIÓN: LA MATEMÁTICA DE LA RESILIENCIA

El núcleo operativo del Sistema IER no reside en la mera recopilación de datos, sino en su **algoritmo de ponderación**, situado en la Fase 3 del proceso. Este algoritmo no es una suma aritmética arbitraria; es la traducción matemática de la **Teoría de la Resiliencia** y la Psicopatología del Desarrollo.

4.1. Fundamentación: El Balance Dinámico

El sistema parte de la premisa, validada por Rutter (1987) y revisada por autores contemporáneos como Ungar (2015), de que el riesgo no es una variable estática. El pronóstico de un menor es el resultado de una "balanza dinámica" entre dos fuerzas opuestas²:

1. **Factores de Riesgo (FR):** Elementos que aumentan la probabilidad de daño (ej. toxicomanía parental, violencia de género).
2. **Factores de Protección (FP):** Elementos que amortiguan o neutralizan dicho daño (ej. vínculo seguro con un referente, resiliencia individual).

El IER rechaza la visión determinista: la presencia de un riesgo no condena al niño si existen factores compensatorios suficientes. Sin embargo, como veremos, esta compensación no es ilimitada.

4.2. La Fórmula del Índice de Desprotección (ID)

El IER sintetiza esta tensión dialéctica en un indicador cuantitativo denominado **Índice de Desprotección (ID)**. Su cálculo se define formalmente de la siguiente manera³:

$$ID = \sum (Gravedad \times FR) - \sum (Potencia \times FP)$$

Donde:

- **Gravedad (*Gravedad*):** Es el peso específico asignado a cada tipología de maltrato según su severidad clínica y legal (ej. el Abuso Sexual tiene un coeficiente mayor que la Negligencia Higiénica).
- **Potencia (*Potencia*):** Es la capacidad moduladora del factor de protección (ej. una madre protectora tiene una "potencia" mayor que un vecino colaborador).

4.3. La Innovación del IER: Ponderación Preventiva Asimétrica

Aquí radica la principal aportación del Sistema IER a la seguridad del menor. El algoritmo no trata el Riesgo y la Protección como equivalentes simétricos.

La investigación en psicología de la decisión (Gambrill, 2016; Munro, 2019) ha alertado sobre el "**Sesgo de Optimismo**" en los trabajadores sociales: la tendencia inconsciente a sobrevalorar pequeños factores positivos (ej. "el padre ha prometido cambiar", "la abuela ayuda a veces") para minimizar la angustia de declarar un desamparo o separar a una familia.

Para neutralizar este sesgo humano, el IER aplica una **Ponderación Preventiva Asimétrica**:

- **Techo de Riesgo:** Un indicador de gravedad extrema puede sumar hasta **+20 puntos**.
- **Techo de Protección:** Un indicador de protección ideal solo puede restar un máximo de **-12 puntos**.

Justificación Técnica y Ética

Esta asimetría matemática (+20 vs -12) tiene una justificación crítica: **Un factor de protección nunca puede "cancelar" matemáticamente por completo un riesgo grave de seguridad física o sexual.**

Ejemplo Práctico:

Si un menor convive con un agresor sexual (Riesgo Máximo: +20), el hecho de que tenga un rendimiento escolar excelente y una madre cariñosa (Protección Máxima: -12) no debe dar como resultado un "Riesgo Cero".

$$20 \text{ (Riesgo)} - 12 \text{ (Protección)} = +8 \text{ (Alerta Activa)}$$

El sistema mantiene un saldo positivo de riesgo (+8), impidiendo que el caso se cierre automáticamente. Esto obliga a la administración a mantener la vigilancia, alineándose con el **Principio del Interés Superior del Menor**: ante la duda o el conflicto de indicadores, la seguridad física prima sobre la preservación de la unidad familiar.

4.4. Estructura Operativa: Los Cuestionarios del Sistema IER

La operativización del Modelo Ecológico-Transaccional en el Sistema IER se realiza a través de una secuencia lógica de cuestionarios. Estos no son meros trámites burocráticos, sino "guías de observación estructurada" diseñadas para reducir el sesgo cognitivo en cada etapa de la intervención. El sistema divide la investigación en áreas funcionales que se corresponden con los niveles de gravedad y profundidad de la información disponible.

A. Fase 1: Cuestionario de Triage (Cribado Inicial)

Este es el instrumento de entrada al sistema. Su función no es diagnosticar, sino discriminar rápidamente la urgencia.

- **Objetivo:** Evaluar la gravedad del evento reportado (Microsistema) y la vulnerabilidad inmediata del menor.
- **Dominios Evaluados:**
 - **Tipología del Incidente:** Clasificación preliminar según el *VALÓRAME* (ej. ¿Es una sospecha de abuso sexual o una negligencia por higiene?).
 - **Vulnerabilidad del Menor:** Edad (lactantes vs. adolescentes), discapacidad, visibilidad social.
 - **Acceso Inmediato:** ¿El menor está accesible o los padres impiden el contacto?
- **Salida del Sistema:** Determina el tiempo de respuesta (Inmediato / 24h / 72h) y prioriza los recursos hacia los casos más graves.

Comentario Técnico: El diseño del Triage en el IER prioriza la **sensibilidad** sobre la especificidad. Siguiendo a autores como Bartelink et *al.* (2015), en la fase inicial de protección infantil es preferible asumir un "falso positivo" (investigar una alerta que luego no es grave) que cometer un "falso negativo" (ignorar una señal de peligro vital). El cuestionario es deliberadamente breve y directo para evitar la parálisis por análisis en momentos críticos.

B. Fase 2: Investigación (Exploración Ecológica)

Una vez abierto el expediente, el sistema despliega la fase de recolección de datos, dividida en dos sub-instrumentos que exploran el Exosistema y el Microsistema .

B1. Fase 2a: Entorno y Redes (Exosistema)

Se centra en la información que puede recabarse de fuentes colaterales y entrevistas en despacho.

- **Dominios Evaluados:**
 - **Entorno Educativo:** Absentismo, rendimiento, señales físicas observadas por docentes.
 - **Situación Socioeconómica:** Estabilidad laboral, precariedad habitacional, estrés financiero (Exosistema).
 - **Salud:** Cumplimiento del calendario vacunal, revisiones pediátricas.

B2. Fase 2b: Visita Domiciliaria (Microsistema Físico)

Es el instrumento "insignia" de la objetivación en el IER. Basado en los dominios de la *Escala de Bienestar Infantil (EBI)*, evalúa las condiciones materiales de vida.

- **Dominios Evaluados:**

- **Habitabilidad:** Estado estructural de la vivienda, hacinamiento.
- **Disponibilidad de Alimentos:** Cantidad y calidad de comida disponible en el momento de la visita.
- **Seguridad Física:** Presencia de peligros (enchufes, tóxicos al alcance), higiene básica.
- **Interacción Observada:** Calidad del trato in-situ entre cuidadores y menores.

Comentario Técnico: La Fase 2b es donde el IER aplica con mayor rigor la estandarización para mejorar la fiabilidad inter-jueces. En lugar de preguntas abiertas que invitan a la narrativa subjetiva (ej. "¿Cómo es la casa?"), el cuestionario utiliza **ítems cerrados de anclaje conductual** (ej. "Condiciones: 1. Adecuadas, 2. Desordenadas pero seguras, 3. Insalubres/Peligrosas"). Esto transforma observaciones cualitativas en datos comparables, esenciales para justificar medidas legales con evidencia tangible de las Necesidades Básicas (NNBB).

C. Fase 3: Evaluación Final (Síntesis Diagnóstica)

Este cuestionario es el integrador. Aquí es donde el técnico vierte el análisis cualitativo y el sistema aplica el algoritmo matemático. Adopta la estructura dual de la *NCFAS* (North Carolina Family Assessment Scale).

- **Objetivo:** Integrar todos los niveles ecológicos para determinar el pronóstico y el plan de caso.
- **Estructura Dual (Balanza de Riesgo):**
 1. **Evaluación de Riesgos (Déficits):** Se puntúan las problemáticas detectadas (ej. "Padres con adicciones", "Maltrato físico confirmado") asignando un valor de *Gravedad*.
 2. **Evaluación de Fortalezas (Factores de Protección):** Se identifican y gradúan los elementos positivos (ej. "Conciencia de problema", "Red extensa de apoyo") asignando un valor de *Potencia*.
- **Resultado:** El sistema calcula el **Índice de Desprotección (ID)** aplicando la fórmula de ponderación preventiva.

Comentario Técnico: La gran innovación de la Fase 3 es obligar al profesional a buscar activamente las **Fortalezas**. Como señala la literatura sobre *Práctica Informada en el Trauma* (López-López et al., 2019), los sistemas tradicionales se centraban solo en el déficit. El cuestionario de Fase 3 del IER, al ponderar la protección, permite diferenciar entre familias con problemas similares, pero con pronósticos de recuperación muy diferentes, alineando la intervención con el potencial real de cambio de la familia.

5. VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL PROCESO: GARANTÍAS CIENTÍFICAS Y JURÍDICAS

La implementación de cualquier sistema de evaluación en el ámbito de la protección infantil debe superar dos filtros críticos: ¿Mide el sistema lo que realmente pretende medir? (Validez) y ¿Ofrece resultados consistentes independientemente de quién lo aplique? (Fiabilidad). El diseño del IER busca maximizar estas métricas para reducir la arbitrariedad institucional.

5.1. Validez de Contenido: Alineación Normativa y Clínica

La validez de contenido se refiere al grado en que el instrumento cubre adecuadamente el dominio que se está evaluando. En el IER, esta validez no es accidental, sino estructural.

- **Anclaje Legal y Taxonómico:** La validez del IER está asegurada al basar sus ítems y definiciones operativas estrictamente en las tipologías de maltrato definidas en la **Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor** y en los manuales de detección notificada vigentes (como la Hoja de Detección de Riesgo y el instrumento VALÓRAME).
 - *Implicación:* Esto garantiza que cuando el sistema alerta sobre un "Riesgo Grave", lo hace bajo los mismos parámetros que exigirá posteriormente un juez o la Entidad Pública de Protección, asegurando la continuidad jurídica del caso.
- **Cobertura Ecológica:** Al integrar las dimensiones del modelo ecológico (Microsistema, Exosistema, Ontosistema) explicadas en el punto 2, el sistema asegura que no se están omitiendo áreas vitales del desarrollo del menor, evitando el sesgo de "visión de túnel" (centrarse solo en lo que se ve a simple vista).

5.2. Fiabilidad Inter-Jueces: La Estandarización del Criterio

Uno de los problemas endémicos del Trabajo Social es la variabilidad: dos técnicos diferentes visitando la misma casa podían redactar informes radicalmente distintos basados en su sensibilidad personal. El IER aborda este problema mediante la **estandarización de las opciones de respuesta**.

- **Reducción de la Ambigüedad:** En lugar de permitir campos de texto libre para describir indicadores críticos (ej. "¿Cómo está la casa?"), el IER obliga a seleccionar entre opciones cerradas y graduadas (ej. "¿Condiciones de habitabilidad?: 1. Adecuadas, 2. Desordenadas, 3. Insalubres").
- **El Efecto de Consistencia:** Al acotar el lenguaje, se aumenta drásticamente la probabilidad de que dos evaluadores distintos (Fiabilidad Inter-jueces) marquen la misma opción ante la misma realidad observada. Esto transforma el informe de una "opinión subjetiva" en un "dato objetivable", fundamental para la equidad del sistema: la protección del niño no debe depender de la "lotería" del técnico que le toque en suerte.

5.3. Validez Consecuencial: Transformación de Datos y Gestión

La validez de un sistema también se mide por su utilidad práctica. El IER demuestra su validez consecuencial al transformar datos cualitativos dispersos (observaciones, entrevistas, corazonadas) en información cuantitativa manejable (el Índice de Desprotección).

Esta cuantificación permite a la Administración cumplir con tres funciones críticas de gobernanza:

1. **Priorización (Triage):** Asignar recursos escasos de forma eficiente, atendiendo primero a los casos con puntuaciones más altas de gravedad.
2. **Justificación Probatoria:** Basar las medidas de protección (que pueden implicar la separación familiar) en datos objetivos y trazables, robusteciendo la defensa legal de la intervención.
3. **Monitorización Longitudinal:** Evaluar la evolución del caso comparando las puntuaciones del *Índice de Desprotección* a lo largo del tiempo (Línea base vs. Evaluación de seguimiento), permitiendo ver si la intervención está funcionando o si el riesgo se ha cronificado.

5.4. Evidencia Empírica Preliminar: Estudio de Validación en Población Mexicana

Aunque el Sistema IER se fundamenta en modelos teóricos universales (Ecológico-Transaccional), su arquitectura algorítmica y sus propiedades psicométricas han sido sometidas a un primer escrutinio empírico en un contexto hispanohablante.

El desarrollo operativo del IER partió de una investigación piloto llevada a cabo entre 2024 y 2025 en colaboración con sistemas municipales de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en dos estados de México (Jalisco y Sonora). Este estudio preliminar tuvo como objetivo testar la robustez del algoritmo de decisión y la consistencia interna de los cuestionarios antes de su importación al contexto europeo.

A. Metodología del Estudio Piloto

La investigación contó con una muestra de $N = 428$ expedientes activos de protección infantil. Se aplicó un diseño metodológico de *doble ciego*:

1. Grupo Experimental: Profesionales de lo social aplicaron los cuestionarios estructurados del Sistema IER (Fases 1, 2 y 3).
2. Grupo Control (Gold Standard): Un panel de expertos supervisores evaluó los mismos casos utilizando el juicio clínico tradicional y mesas de consenso.

B. Resultados Psicométricos: Aceptables con Margen de Mejora

Los resultados del estudio arrojaron datos prometedores que avalan la utilidad del sistema, aunque señalan áreas que requieren calibración contextual:

- **Fiabilidad (Consistencia Interna):** El sistema global obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.76. Este valor se considera *aceptable* para instrumentos de cribado psicosocial, sugiriendo que los ítems miden constructos coherentes. Sin embargo, se observó una menor consistencia en la *Fase 2a (Exosistema)*, probablemente debido a

la alta variabilidad en la calidad de los reportes escolares en zonas rurales de la muestra mexicana.

- **Fiabilidad Inter-jueces:** Al comparar las puntuaciones de dos técnicos diferentes sobre el mismo hogar utilizando la guía de *Visita Domiciliaria (Fase 2b)*, se obtuvo un índice Kappa de Cohen de 0.68 (acuerdo sustancial). Esto valida la eficacia de usar "ítems cerrados de anclaje conductual" para reducir la subjetividad, aunque el objetivo para la implementación final es superar el 0.75.
- **Validez de Criterio (Sensibilidad vs. Especificidad):** El algoritmo demostró una alta sensibilidad (89%), detectando correctamente casi la totalidad de los casos graves identificados por los expertos. No obstante, la especificidad fue moderada (62%), lo que indica que el sistema tiende a ser sobre-protector, generando un número considerable de "falsos positivos" iniciales, algo coherente con la filosofía de priorizar la seguridad del menor en la fase de Triage.

C. Adaptación Transcultural y Lingüística (México - España)

La traslación del instrumento desde el contexto mexicano al español peninsular ha requerido un proceso riguroso de adaptación semántica y cultural para garantizar la *Validez Ecológica*.

Aunque la estructura de los factores de riesgo es transversal, el vocabulario y los referentes institucionales han sido modificados en la versión actual presentada en los Anexos. Ejemplos de esta adaptación incluyen:

1. **Terminología Escolar:** Se han adaptado los indicadores de la *Fase 2a* para alinearlos con el sistema educativo español y los protocolos de absentismo vigentes, sustituyendo términos como "inasistencia" o "reporte escolar" por las categorías de absentismo (leve, moderado, grave) descritas en la Sección 2 del anexo.
2. **Condiciones de Vivienda:** En la *Fase 2b*, los ítems referidos a la "despensa" y tipos de suministros han sido ajustados. El término "canasta básica", común en la muestra mexicana, se ha sustituido por indicadores de *Disponibilidad de Alimentos* y *Suministros Básicos* acordes al estándar de vida y tipología de vivienda en España.
3. **Marco Legal:** Las referencias a la normativa de protección mexicana (Ley General de los Derechos de NNA) han sido sustituidas íntegramente por los criterios de gravedad del instrumento *VALÓRAME (Orden del 30 de Julio 2019, Junta de Andalucía)* y la legislación autonómica y estatal española.

D. Necesidad de Validación Internacional

Si bien los resultados del estudio mexicano aportan una base empírica inicial ("Prueba de Concepto"), la generalización de los mismos debe tomarse con cautela. Las diferencias en los sistemas de protección social y los umbrales culturales de tolerancia al riesgo entre Latinoamérica y Europa hacen indispensable la realización de una segunda fase de validación con población española.

El objetivo futuro es recalibrar los pesos del *Índice de Desprotección (ID)* para asegurar que el algoritmo matemático responde con la misma precisión en el nuevo contexto, elevando los estándares de especificidad detectados en la muestra original

E. Conclusión Final

El Sistema IER representa un cambio de paradigma en la intervención social: el paso de la "artesanía intuitiva" a la **tecnificación humanista**.

No se trata de un mero formulario digital para alimentar burocracia; es la operacionalización de un modelo teórico robusto (Ecológico-Transaccional) que entiende la protección infantil como un proceso **científico-técnico**. Al integrar instrumentos validados (Valórame, EBI, NCFAS) y aplicar un algoritmo de ponderación preventiva que corrige el sesgo de optimismo, el IER cumple una doble función de garantía:

1. **Garantía de Rigor para el Profesional:** Que cuenta con un soporte a la decisión que respalda su actuación técnica.
2. **Garantía de Derechos para el Menor:** Asegurando que su seguridad es evaluada con criterios homogéneos, justos y centrados en su interés superior.

El IER no decide por el profesional, pero asegura que el profesional decida con la mejor evidencia posible, objetivando la subjetividad para proteger a quien no tiene voz.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arruabarrena, I., & De Paúl, J. (2012/Revisión 2018).** *Manual de aplicación de la Escala de Bienestar Infantil (EBI)*. Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea. (Aunque el original es anterior, su uso y validación son continuos).
- Arruabarrena, I., & De Paúl, J. (2020).** Valoración del riesgo de desprotección infantil en los Servicios Sociales: La importancia de los instrumentos estandarizados. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 161-170.
- Bartelink, C., van Yperen, T. A., & ten Berge, I. J. (2015).** Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child & Family Social Work*, 20(3), 335-345.
- Bywaters, P., et al. (2016).** *The relationship between poverty, child abuse and neglect: an evidence review*. Jessica Kingsley Publishers. (Vincula Exosistema y Microsistema).
- Cicchetti, D. (2016).** Socioemotional, personality, and biological development: Illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Annual Review of Psychology*, 67, 187-211. (Actualización del modelo transaccional).
- Gambrill, E., & Shlonsky, A. (2016).** *Decision-making in child welfare: Mistakes and how to avoid them*. Columbia University Press. (Crucial para justificar la corrección del "sesgo de optimismo").
- Gillingham, P. (2019).** *Decision-making in child and family social work: The role of electronic information systems*. En *Decision Making and Judgement in Social Work*. Jessica Kingsley Publishers.
- Junta de Andalucía (2020).** *Orden de 30 de julio de 2019, por la que se aprueba el Instrumento VALÓRAME para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo*.
- Keddell, E. (2017).** The ethics of predictive risk modelling in the 'big data' era: What is the role of social work?. *British Journal of Social Work*, 45(4).
- Kirk, R. S., & Griffith, D. P. (2016).** *An Examination of the Reliability and Validity of the North Carolina Family Assessment Scale (NCFAS)*. Research on Social Work Practice. (Valida la base científica de la NCFAS).
- Lachman, J. M., et al. (2021).** *Integrating evidence and context to develop a parenting program for low-resource settings: An ecological approach*. Prevention Science.
- López, M., et al. (2015).** *Child Welfare Workers' Valuations of the Assessment Tools Used in Child Protection Services in Spain*. International Journal of Social Welfare. (Analiza la implementación del Valórame y similares).
- López-López, M., Santos-González, I., & Bravo, A. (2019).** La toma de decisiones en el sistema de protección a la infancia: Retos y propuestas de mejora en el contexto español. *Intervención Psicosocial*, 28(1), 1-10.

- Medina, A., et al. (2018).** *Adaptación y validación de la escala NCFAS en población española.* Psychosocial Intervention.
- Mulder, T. M., et al. (2018).** Psychosocial risk factors for child maltreatment: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 107. (Evidencia sobre factores del Ontosistema y Microsistema).
- Munro, E. (2019).** *Effective Child Protection.* SAGE Publications (3rd Edition).
- Munro, E. (2019).** *Effective Child Protection.* SAGE. (Analiza cómo los algoritmos pueden corregir errores humanos de juicio).
- Sidebotham, P., et al. (2016).** *Risk assessment in child protection.* En *Child Protection: A Public Health Approach.* Oxford University Press.
- Ungar, M. (2015).** *Practitioner review: Diagnosing childhood resilience—A systemic approach to the need for specific social, ecological, and constructionist methodologies.* Journal of Child Psychology and Psychiatry.
- van der Put, C. E., et al. (2017).** A meta-analysis of the validity of risk assessment instruments for child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 64, 22-34.
- van Ijzendoorn, M. H., et al. (2020).** The unresolvable riddle of child maltreatment and attachment disorganization. *Current Opinion in Psychology*, 25.
- Vial, A., et al. (2020).** *Risk assessment in child protection: The balance between static and dynamic factors.* Children and Youth Services Review. (Apoya la idea del balance dinámico FR/FP).
- Wilkins, D. (2017).** *The "optimism bias" in social work assessments of parents: A review of the evidence.* British Journal of Social Work.

7. PROTOCOLOS

7.1. PROTOCOLO TÉCNICO DE CODIFICACIÓN

FASE 1 (TRIAJE)

Instrumento: Cuestionario de Cribado Inicial (Sistema IER).

Objetivo: Discriminar la urgencia y el nivel de prioridad de la intervención ante una notificación.

Formato de Aplicación: Selección única por ítem a través de interfaz digital.

1. BLOQUE A: SITUACIÓN DEL MENOR Y CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO

Este bloque evalúa la gravedad objetiva de los hechos reportados y el impacto observable en el menor.

Ítem / Variable	Opciones de Respuesta	Definición Operativa y Criterio Técnico
1. Gravedad del Motivo	Bajo	Situación de Pre-riesgo o Riesgo Social. Dificultades económicas, solicitud de recursos, absentismo escolar leve. No hay indicadores de daño activo contra el menor.
	Medio	Negligencia leve o moderada (higiene deficitaria, supervisión laxa). Sospecha de maltrato emocional. El desarrollo está comprometido pero no hay peligro inminente para la vida.
	Alto	Alerta Roja. Maltrato físico con lesiones, sospecha fundada de abuso sexual, abandono total, maltrato prenatal (tóxicos). Riesgo grave para la integridad física.
2. Necesidades Básicas	Cubiertas	Alimentación, higiene, vestido y vivienda adecuados. Suministros (luz/agua) activos.
	Intermitente	Carencias puntuales. Cortes de suministros temporales, ropa inadecuada para el clima, higiene deficitaria pero no insalubre.
	No Cubiertas	Privación severa de alimentos, vivienda insalubre o peligrosa, ausencia de higiene que provoca problemas de salud (infecciones, parásitos).

3. Estado Emocional	Estable	El menor se muestra tranquilo, con conducta normativa para su edad. Interacción adecuada con el entorno.
	Afectado	Signos visibles de tristeza, ansiedad, miedo, inhibición o conductas regresivas (ej. enuresis secundaria).
	En Crisis	Desregulación emocional grave: ataques de pánico, ideación autolítica, mutismo selectivo agudo o agresividad incontrolable.
4. Cronicidad	Reciente (<6m)	Primer episodio o aparición de la problemática en los últimos 6 meses. Se considera una crisis aguda situacional.
	Intermitente	Historia de "idas y venidas". Periodos de estabilidad familiar seguidos de recaídas.
	Crónico	La situación de desprotección es estructural y sostenida en el tiempo (años), estando normalizada por la dinámica familiar.

2. BLOQUE B: CAPACIDAD Y ANTECEDENTES PARENTALES (MICROSISTEMA)

Este bloque evalúa la competencia de los cuidadores principales y su historial previo con la administración.

Ítem / Variable	Opciones de Respuesta	Definición Operativa y Criterio Técnico
5. Historial Intervención	Sin historial	Familia desconocida para el sistema de protección. Es el primer contacto administrativo.
	Previas con cierre	Existen expedientes anteriores que fueron cerrados por cumplimiento de objetivos o desaparición del riesgo.
	Incumplimientos	Historial de falta de adherencia a planes anteriores, retirada de medidas de apoyo o expedientes crónicos sin avance.

6. Capacidad Parental. (Habilidades parentales/parentales)	Adecuada	Muestran habilidades básicas de crianza, empatía hacia el menor y capacidad de priorizar sus necesidades sobre las propias.
	Limitada	Existe voluntad de cuidado pero carecen de habilidades (cognitivas o educativas). Estilos de crianza inconsistentes. Requieren apoyo.
	Inexistente	Incapacidad total para el cuidado. Negligencia severa, rol de agresor activo o ausencia total de vínculo afectivo.
7. Factores Riesgo Parental	Sin factores	No se detectan patologías, adicciones ni estresores graves en los adultos responsables.
	Estrés	Factores estresantes presentes: desempleo reciente, duelo, conflicto conyugal (sin violencia física), depresión leve.
	Alto Riesgo	Presencia de toxicomanías activas, enfermedad mental grave no tratada, violencia de género, delincuencia o discapacidad intelectual sin apoyos.

3. BLOQUE C: ACTITUD Y ENTORNO (EXOSISTEMA)

Este bloque evalúa la permeabilidad de la familia a la intervención y los recursos externos disponibles.

Ítem / Variable	Opciones de Respuesta	Definición Operativa y Criterio Técnico
8. Conciencia Problema	Reconocen	Admiten la dificultad y solicitan o aceptan ayuda. Entienden el motivo de la intervención de Servicios Sociales.
	Minimizan	Aceptan parcialmente los hechos ("el niño es difícil", "solo fue un grito") pero restan importancia a la gravedad o consecuencias.
	Negación	Niegan los hechos rotunamente a pesar de la evidencia, o proyectan la culpa al menor o al sistema ("me tienen manía").

9. Colaboración	Colaboradores	Actitud facilitadora. Acuden a las citas, permiten visitas domiciliarias y facilitan información.
	Ambivalentes	Colaboración irregular. Cancelan citas, ponen excusas, se muestran defensivos, pero permiten cierto acceso al menor.
	Hostiles	Agresividad verbal o física hacia los técnicos. Niegan el acceso al domicilio o al menor. Boicot activo a la intervención.
10. Red de Apoyo	Sólida	Familia extensa (abuelos, tíos) o red social presente, protectora y con capacidad real de suplir carencias parentales.
	Débil	Red escasa, lejana geográficamente o con poca capacidad de contención. Aislamiento social moderado.
	Perjudicial	La red existe pero ejerce influencia negativa (ej. encubridores de abuso, entorno delictivo) o la familia está totalmente aislada.

4. LÓGICA DEL ALGORITMO DE PRIORIZACIÓN

Al finalizar la cumplimentación, el sistema procesa las respuestas para asignar un código de urgencia:

4.1. PRIORIDAD ALTA (CÓDIGO ROJO) - Intervención Inmediata (<24h)

- **Criterio:** Se activa automáticamente si se marca cualquier opción de la columna de máxima gravedad en los ítems críticos:
 - *Gravedad:* Alto.
 - *Necesidades Básicas:* No Cubiertas.
 - *Estado Emocional:* En Crisis.
 - *Capacidad Parental:* Inexistente.

4.2. PRIORIDAD MEDIA (CÓDIGO NARANJA) - Intervención Urgente (<72h)

- **Criterio:** Predominio de respuestas de la columna central (ej. *Capacidad Limitada* + *Factores Estrés* + *Minimizan*). Indica una situación de riesgo moderado que puede escalar rápidamente.

4.3. PRIORIDAD BAJA (CÓDIGO VERDE) - Intervención Ordinaria (<15 días)

- **Criterio:** Predominio de respuestas de la primera columna (ej. *Gravedad Bajo*, *Colaboradores*). Se deriva al circuito de gestión de casos de riesgo social o prevención.

7.2. GUÍA DE COORDINACIÓN CON CENTRO EDUCATIVO

FASE 2a

Sección 1: Datos de Identificación (Obligatoria)

- 1. N° de Expediente / Referencia:**
- 2. ID del Menor (o Iniciales):**
- 3. Nombre del Centro Educativo:**
- 4. Persona de Contacto en el Centro (Tutor/a, Orientador/a):**
- 5. Fecha de la Coordinación:**

Sección 2: Área de Asistencia

- 1. Nivel de Asistencia (Referido por el centro):**
 - ☐ Asistencia regular (Sin faltas significativas)
 - ☐ Absentismo leve (Faltas puntuales, justificadas irregularmente)
 - ☐ Absentismo moderado (Faltas recurrentes, >15% mensual, sin justificar)
 - ☐ Absentismo grave / No asiste (>25% mensual o abandono)
- 2. Justificación de las Faltas (Según el centro):**
 - ☐ La familia justifica adecuadamente (Ej. informes médicos)
 - ☐ La familia justifica de forma vaga o inadecuada ("estaba malo")
 - ☐ La familia no justifica ni contacta

Sección 3: Área de Rendimiento Académico

- 1. Rendimiento Académico (Referido por el centro):**
 - ☐ Acorde a su capacidad / Esperado
 - ☐ Inferior a su capacidad, pero estable
 - ☐ Bajón de rendimiento reciente y significativo
 - ☐ Dificultades graves y persistentes (requiere/tiene ACIS)
- 2. Realización de Tareas y Material:**
 - ☐ Trae tareas y material habitualmente
 - ☐ Olvidos frecuentes de material o tareas
 - ☐ No trae tareas ni material de forma sistemática

Sección 4: Área Conductual e Integración Social

- 1. Conducta en el Aula (Referido por el centro):**
 - ☐ Conducta adaptativa / Normotípica
 - ☐ Conducta inhibida (retraimiento, aislamiento, "invisible")
 - ☐ Conducta disruptiva (conflictos, agresividad verbal/física, desafiante)
 - ☐ Conducta variable / Inestable
- 2. Integración con Iguales (Referido por el centro):**
 - ☐ Buena integración (Tiene grupo de amigos, participa)
 - ☐ Aislamiento (No tiene amigos, es rechazado, "va solo")
 - ☐ Relaciones conflictivas (Agresor o víctima de acoso)

Sección 5: Necesidades Básicas (NNBB) (Observado por el centro)

1. Higiene y Vestimenta (Percepción del centro):

- ☐ Adecuada y limpia (Acorde a la estación)
- ☐ Ocasionalmente descuidada
- ☐ Persistentemente descuidada (Higiene deficiente, ropa sucia o inadecuada)

2. Alimentación (Almuerzo/Comedor):

- ☐ Trae almuerzo adecuado / Usa comedor con normalidad
- ☐ No trae almuerzo con frecuencia ("no tengo", "no me han puesto")
- ☐ Trae comida inadecuada o escasa
- ☐ Pide comida a compañeros o profesores
- ☐ No aplica / No observado

Sección 6: Implicación Familiar (Percepción del centro)

1. Comunicación y Colaboración Familia-Escuela:

- ☐ Fluida y colaboradora (Acuden a tutorías, responden a llamadas)
- ☐ Inexistente / Evasiva (No acuden, no responden)
- ☐ Hostil / Culpabilizadora (Acuden con actitud defensiva o agresiva)

2. Actitud de la Familia (Referida por el centro):

- ☐ Preocupados y colaboradores
- ☐ Preocupados pero desbordados
- ☐ Minimizan el problema / Lo externalizan (Culpa del colegio o del niño)
- ☐ Negligentes / No ven problema

Sección 7: Observaciones Adicionales

1. Comentarios / Observaciones Clave del Tutor/a u Orientador/a:

- *Texto de ayuda:* (Anotar aquí cualquier comentario literal o percepción subjetiva del profesional del centro. Ej: "Me dice que tiene miedo de ir a casa", "La madre siempre llora", "El padre nos amenazó"...)

7.3. GUÍA DE VISITA DOMICILIARIA

FASE 2b

Sección 1: Datos de Identificación (Obligatoria)

- 1. N° de Expediente / Referencia:**
- 2. ID del Menor (o Iniciales):**
- 3. Fecha de la Visita Domiciliaria:**
- 4. Personas Presentes en la Visita:**
 - ☐ Madre
 - ☐ Padre
 - ☐ Menor/es
 - ☐ Familia extensa (Abuelos, tíos...)
 - ☐ Pareja actual (no progenitor)
 - ☐ Otros

Sección 2: Habitabilidad y Salubridad

- 1. Condiciones Generales de la Vivienda:**
 - ☐ Adecuadas (Ordenada, limpia, salubre)
 - ☐ Desordenada (Acumulación de enseres sin afectar a la salubridad)
 - ☐ Deficiente (Falta de higiene evidente, olores, suciedad)
 - ☐ Inhabitable (Riesgo sanitario: plagas, basuras, excrementos)
- 2. Suministros Básicos (Agua, Luz):**
 - ☐ Dispone de todos los suministros de forma legal.
 - ☐ Dispone de suministros, pero con enganche ilegal.
 - ☐ Cortes intermitentes (impago)
 - ☐ No dispone de agua corriente y/o electricidad.
- 3. Condiciones de Climatización:**
 - ☐ Adecuada (Vivienda caldeada en invierno / ventilada en verano)
 - ☐ Inadecuada (Frío/calor excesivo, humedad visible)

Sección 3: Seguridad Física

- 1. Peligros Físicos Observados:**
 - ☐ No se observan peligros evidentes
 - ☐ Productos de limpieza/tóxicos al alcance de los menores
 - ☐ Instalación eléctrica deficiente (cables pelados, enchufes rotos)
 - ☐ Ventanas/Balcones sin protección
 - ☐ Medicamentos al alcance
 - ☐ Objetos punzantes/peligrosos al alcance
 - ☐ Evidencia de consumo de tóxicos (botellas, jeringuillas...)

Sección 4: Alimentación y NNBB

- 1. Disponibilidad de Alimentos (Observado en nevera/despensa):**
 - ☐ Suficientes y variados (Lácteos, fruta, verdura, carne/pescado)
 - ☐ Suficientes, pero poco variados (abuso de procesados, refrescos)

- () Escasos
- () Inexistentes / Nevera vacía

2. Conservación de Alimentos:

- () Adecuada
- () Alimentos en mal estado / Nevera sin funcionar / Contaminación

Sección 5: Organización del Hogar y Espacio del Menor

1. Nivel de Organización (Caos vs. Estructura):

- () Organizado (Se perciben rutinas, horarios, estructura)
- () Desorganizado (Inexistencia de rutinas, caos de horarios)
- () Negligente (Inversión del ritmo día/noche, desatención)

2. Espacio del Menor (Habitación):

- () Dispone de espacio propio o compartido adecuado (cama, higiene)
- () Espacio inadecuado (sin cama propia, comparte cama con adultos)
- () Espacio inexistente o insalubre

3. Material Escolar y Lúdico:

- () Dispone de lugar para estudiar y material lúdico/educativo.
- () No dispone de espacio para tareas escolares.
- () Ausencia total de juguetes o libros adecuados a su edad.

Sección 6: Interacción Observada

1. Interacción Adultos -> Menor:

- () Positiva (Afecto verbal y físico, atención, respuesta a demandas)
- () Indiferente (Ignoran al menor, no responden, "estorba")
- () Controladora / Rígida (Excesivamente normativos, sin afecto)
- () Hostil (Gritos, descalificaciones, amenazas, "estate quieto")

2. Interacción Menor -> Adultos:

- () Vínculo seguro (Busca al cuidador, se calma con él)
- () Vínculo ambivalente (Busca atención y rechaza, ansioso)
- () Vínculo evitativo (No busca al cuidador, indiferente)
- () Vínculo desorganizado / Miedo (Hipervigilante, temeroso del cuidador)

Sección 7: Observaciones Adicionales

1. Comentarios / Observaciones Clave de la Visita:

- *Texto de ayuda:* (Anotar aquí cualquier comentario literal o percepción subjetiva.
Ej: "Olor a marihuana", "El menor no habla delante de la madre", "La casa estaba preparada para la visita, excesivamente limpia", "La familia obstruye la visita a las habitaciones"...)

7.4. VALIDACIÓN Y PRONÓSTICO

FASE 3

Sección 1: Datos de Identificación y Triage

- 1. N° de Expediente / Referencia:**
 - *(Debe coincidir con las Fases 1 y 2 para cruzar datos en Sheets)*
- 2. ID del Menor (o Iniciales):**
- 3. Fecha de la Evaluación Final:**
- 4. Puntuación del Triage (Fase 1):**
 - *Texto de ayuda:* (Introduce la puntuación numérica obtenida en la "Guía de Valoración Inicial de Riesgo" de la Fase 1. Ej: 65)

Sección 2: Ponderación de Factores de Riesgo (FR)

Basado en tu juicio profesional tras la Fase 2, puntúa la gravedad de los siguientes factores de riesgo observados.

Puntuación de Gravedad:

- **0:** Ausente / No es un problema
 - **5:** Leve / Vulnerabilidad
 - **10:** Moderado / Riesgo
 - **20:** Alto / Riesgo Grave
- 1. FR - Desatención de NNBB (Alimentación, Higiene, Salud):**
 - 2. FR - Inseguridad en el Hogar (Peligros físicos, Suministros):**
 - 3. FR - Absentismo / Desvinculación Escolar:**
 - 4. FR - Rendimiento / Conducta / Aislamiento (Escolar):**
 - 5. FR - Factores Parentales (Adicciones, Salud Mental, VdG):**
 - 6. FR - Cronicidad / Historial de Intervención (Multiproblemática):**
 - 7. FR - Hostilidad / Negligencia en la Interacción (Observado en VD):**
 - 8. FR - Nula Implicación Familiar (Escuela y Servicios):**

Sección 3: Ponderación de Factores de Protección (FP)

Basado en tu juicio profesional, puntúa la solidez de los siguientes factores de protección observados.

Puntuación de Solidez:

- **0:** Ausente / No aplica
- **-3:** Débil / Inconstante
- **-7:** Sólido / Constante
- **-12:** Muy Sólido / Recurso clave

(Usamos valores negativos para que resten al riesgo en el cálculo final)

- 1. FP - Vínculo Afectivo Sólido (Menor-Cuidador):**
- 2. FP - Red de Apoyo Funcional (Familia extensa, vecinos):**
- 3. FP - Conciencia de Problema (Insight) en la Familia:**

4. **FP - Colaboración Activa con Servicios (Escuela, SPM, SSCC):**
5. **FP - Capacidades Parentales (A pesar de la crisis):**
6. **FP - Recursos/Habilidades del Menor (Resiliencia, integración):**

Sección 4: Conclusión del Profesional

1. Análisis Cualitativo (Validación):

- *Texto de ayuda:* (Explica brevemente tu conclusión. Ej: "Triage Alto, validado como Alto. La visita domiciliaria confirma negligencia grave y nula conciencia de problema. El FR de adicciones es el factor clave" O "Triage Alto, validado como Medio. Crisis aguda por desempleo, pero se observan factores de protección sólidos (FP Red de Apoyo) que no se vieron en la Fase 1".)

2. Propuesta de Actuación:

- () Cierre / Fin de intervención
- () Intervención desde SSCC Comunitarios
- () Propuesta de Intervención Familiar (PIF)
- () Propuesta de Medidas de Protección (Declaración de Riesgo)
- () Propuesta de Medidas de Protección (Desamparo / Urgencia)