

LA EVALUACIÓN DEL DAÑO EN EL MENOR EN EL CONTEXTO DE LA PROTECCIÓN INFANTIL: CONCEPTOS BASICOS

Material Elaborado por: Alberto Porras. Psicólogo. Psicoterapeuta. Técnico en Protección Infantil.

Donostia 2021

INTRODUCCION

La evaluación del daño en menor se inscribe dentro del proceso de investigación-evaluación de sospechas de desprotección infantil para determinar el nivel de gravedad de un caso y las necesidades de tratamiento, así como también dentro del proceso de intervención ya que uno de los cambios que pretendemos producir para mejorar la situación de los menores es reducir su situación de daño.

DAÑO EN EL MENOR

Si definimos la desprotección como una afectación en el desarrollo de un menor como consecuencia de un comportamiento parental, evaluar el nivel de daño en un menor aparece como una cuestión crucial. Te propongo hacer esta evaluación en dos fases.

Lo primero será, lógicamente, conocer lo mejor posible a ese menor. Esto implicará recoger información que realmente nos sirva para ver y conocer como está un niño/a en concreto: como vive, como le afecta la situación familiar, que mecanismos de adaptación tiene...etc. Hemos de tratar de evitar quedarnos en informaciones o descripciones genéricas como “David es un niño de 9 años muy inteligente, hiperactivo y con tendencia a la impulsividad que en ocasiones acaba en peleas con iguales”.

Si nos limitamos a descripciones de este tipo, las etiquetas predominan (inteligente, hiperactivo), pero no vamos más allá de ellas, es decir, como afecta por ejemplo esa hiperactividad a David en el área social, académica, familiar..., o cómo ha evolucionado ese síntoma en los últimos meses. Por ejemplo, bajo la misma descripción dada sobre David arriba puedo encontrar un chico que cuenta con buenos amigos y está bien integrado en su colegio, al día en su currículo formativo (incluso adelantado). Pero también puedo encontrar a un chico con problemas de concentración que le provocan un retraso escolar importante y cuyas peleas con iguales han llegado al punto de que nadie quiere relacionarse con él, es el rarito del colegio y no está bien adaptado. Como ves son dos chicos bien diferentes, sin embargo, ambos “cabén” en la definición original. Esto es posible porque dicha

definición está basada en etiquetas, es excesivamente ambigua, no permite conocer al menor realmente.

En segundo lugar, y una vez de conocer a ese menor, hemos de “ubicarlo” en un continuo de salud-enfermedad. Es decir, hemos de clasificar su situación en términos de desarrollo evolutivo como más o menos normal. Es una tarea compleja y corremos el riesgo de equivocarnos, pero sin un diagnóstico a este respecto estaremos perdidos sobre si el nivel de afectación en un chico/a es más o menos grave.

Poder situar a David en una situación de mayor o menor salud es muy importante para saber si el caso es menos o más grave, si la evolución del caso es positiva o no, si puede el caso cerrarse, si puede David vivir con sus padres...etc.

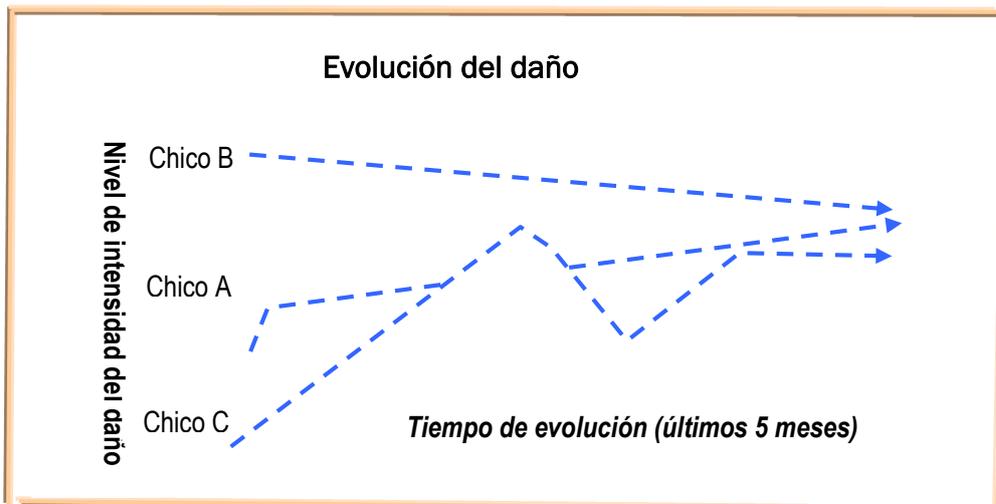
Veamos ahora como hacer estos dos trabajos. He seguido y ampliado para ello lo recogido en el instrumento Balora con un fin práctico para el uso de profesionales.

1. Conociendo a un menor

Para conocer bien a un menor y evitar estas descripciones genéricas y poco esclarecedoras sobre cómo es un niño o niña a las que antes nos referíamos, recogeremos la siguiente información, a través de entrevistas con la familia, el menor y/o fuentes secundarias:

- Un **listado** completo de los síntomas más relevantes que presenta un menor en concreto. Ej: baja autoestima, autoagresiones, enuresis, bajo rendimiento académico. Como ya hemos dicho, la descripción de síntomas (daño) no debe impedir la descripción de elementos protectores (salud). Hemos de buscar y objetivar tanto los unos como los otros.
- Una **anamnesis** aproximada de los síntomas principales: cuando empezaron y cuál es su evolución en los últimos meses. Es habitual por ejemplo que si nos preguntamos cuando se iniciaron los indicadores de ansiedad en un menor, coincida con algún incidente vital (ej: separación de sus padres). Esto nos puede ayudar a planificar un tratamiento.

Además, la anamnesis nos resultará muy útil para evaluar el nivel de salud de un menor. Te propongo un juego mental para ilustrar esta idea: La gráfica siguiente ubica la situación de tres chicos ficticios (chico A, B y C) en términos de daño en un periodo de tiempo concreto. Observa que a día de hoy su situación en términos de daño es la mismo y observa también la evolución en los últimos 5 meses en cada uno de ellos:



A día de hoy, estos tres chicos cuentan con cuadro sintomatológico idéntico. Dicho cuadro puntúa a día de hoy un nivel de intensidad de 7 sobre 10 (en una escala imaginaria). Sin embargo, en el chico A vemos que en los últimos cinco meses cuando se detecta un especial agravamiento de esta cuestión (hace cinco meses el nivel de intensidad era de 3). En el chico B hace cinco meses presentaba un nivel de intensidad de 10 y por lo tanto evoluciona positivamente. El chico C por su lado en los últimos 5 meses ha pasado por un nivel de intensidad de 3, luego de 6, luego de 9, luego de 7, luego de 3 otra vez y ahora vuelve a estar en 7, es decir, que su evolución es absolutamente caótica.

Convendremos que, pese a que la foto actual a día de hoy sea la misma, estos tres chicos parecen tener una situación completamente diferente. Parece que el chico A tiene un mejor pronóstico que el chico B, que no evoluciona nada bien, y el chico C tiene un patrón muy desorganizado indicativo de un nivel de daño muy importante. Si nos limitamos a describir como está un chico hoy día (o el último mes/dos meses) podemos cometer el error de no diferenciar algo tan diferente como estas tres situaciones descritas arriba clasificarlas todas por igual.

- Finalmente, realizaremos una descripción de cómo afectan hoy día a la vida diaria cada uno de los síntomas principales. Si hablamos en el listado de síntomas, como, por ejemplo, de la existencia de sentimientos de tristeza importantes en el menor, podremos indicar en dos menores una afectación muy diferente. En el menor A por ejemplo indicaremos que hoy día está provocando que apenas sea capaz de hablar ante terceros, siendo tachado de “rarito” por su grupo de iguales. Esta dificultad parece estar imposibilitando el acceder a un grupo de amigos estable, así como aumentando su vulnerabilidad a sufrir los distintos episodios de bullying que se han producido en los últimos meses. Sin embargo, en el menor B podremos indicar que esta baja autoestima no le impide relacionarse de forma adecuada con sus iguales. Vemos de nuevo que, bajo el mismo síntoma, hay dos niños en situaciones muy diferentes. Describir la afectación en el día a día de los síntomas principales nos ayuda a diferenciarlos.

En el capítulo de procedimiento de este libro veremos cómo recoger información al respecto de estas cuestiones e indicaremos que para analizar el daño en menor necesitaremos información sobre estos tres puntos que provenga a ser posible de diversas fuentes (eso nos permitirá contrastar informaciones y dará más objetividad a nuestro análisis): figuras parentales, el propio menor, el colegio, la familia extensa...etc.

2. Colocando a un menor en el continuo salud-enfermedad

Con esta información previa estaremos en condiciones de determinar el nivel de salud-enfermedad de un menor. Al unir esta información con la relativa a competencia parentales, podremos estimar con más precisión si la situación familiar es la causa de dicho impacto.

Determinar el nivel de salud-enfermedad de un menor no es fácil ¿Cuándo un daño es suficientemente importante como para llamarlo enfermedad? ¿Cuándo una enfermedad es más o menos grave?, ¿Cómo ubicamos a un menor en el continuo salud-enfermedad en un momento dado? Responder a estas preguntas de forma sólida no es tarea fácil y no es objeto de este libro tratar aclarar algo tan complejo como la distinción entre salud y enfermedad. Más bien pretendemos ofrecer algunas herramientas prácticas para realizar este trabajo de forma suficientemente profesional y sería como para adaptarnos a la gravedad de las decisiones que sobre los casos habremos de tomar.

Lo primero es entender que la salud-enfermedad es un continuo en constante movimiento en cada uno de nosotros y donde cualquier de nosotros podemos ubicarnos en un punto del mismo según el momento en que se nos evalúe. Por ello, para ubicar a un menor en un momento dado en un punto de este continuo, hemos primero conceptualizar que entendemos por salud infantil y luego definir cuándo vamos a considerar algo como una enfermedad.

Para lo primero utilizaremos nuestros conocimientos de desarrollo evolutivo infanto-juvenil: consideramos salud lo que entra dentro los parámetros de desarrollo evolutivo habituales para un niño o niña según su edad. Para lo segundo hemos de definir bien donde está el límite entre lo que consideramos aceptable en términos de salud (aunque no sea perfecto) y lo que no. Para ello nos ayudaremos del concepto de daño significativo. Finalmente hemos de contar con herramientas para medir el nivel de salud-daño, ya que éstas nos ayudarán a completar nuestro juicio clínico en un tema tan complejo. Vemos estos tres aspectos por separado.

2.1. Desarrollo evolutivo normal

El criterio evolutivo situará al chico en un continuo de lo “esperable según la edad”. Lo esperable no es otra cosa que lo que la mayoría de su edad hacen. Tiene por lo tanto una carga estadística importante, no deja de ser una comparación entre un niño en particular y el resto de niños: según el conocimiento científico actual, un chico/a de 10 años, siguiendo el criterio estadístico en nuestra cultura occidental

debe haber adquirido una serie de logros evolutivos en sus diferentes áreas de desarrollo diferentes a los de un niño/a de 10 meses u otro de 16 años. Como ves, surge aquí la necesidad de contar con algunos conocimientos sobre desarrollo evolutivo y lo que es o no normal a ciertas edades. No es objeto de este libro entrar en ese terreno, pero lo señalamos como área de entrenamiento imprescindible.

El uso de este criterio presenta algunos riesgos. El más importante es ver sólo lo normal/anormal que es un comportamiento según la edad de su protagonista y no calibrar adecuadamente la especificidad de la vida de un niño y no ver el sentido de un síntoma en su vida. Por ello, el criterio clínico añadirá a este análisis otros aspectos más subjetivos y no tan normativos, como por ejemplo el significado de un síntoma en la vida de un chico. En el apartado de evaluación nos detendremos en el criterio clínico.

Así pues, el criterio evolutivo, aunque tiene muchas limitaciones, cuenta con una gran ventaja: es práctico, manejable y si se aplica con la suficiente flexibilidad, es bastante eficaz: al aplicar este criterio definiremos la normalidad, es decir, la salud, como aquella situación en términos de desarrollo de un menor que se corresponde a lo que la mayoría de los niños/as de su edad consideramos han de lograr en las distintas áreas de desarrollo: física, emocional, social, cognitiva, sexual y laboral-académica.

Si valoramos que un chico/a empieza a salirse de lo esperable para su edad en una o varias de desarrollo, podremos estar ante un síntoma, que no es sino algo evolutivamente atípico. Si estos síntomas evolucionan negativamente hacia algo totalmente fuera de lo normal, o la afectación se produce en más áreas, la gravedad del síntoma irá aumentando. Es decir, que un niño con 14 meses no ande es evolutivamente atípico y podremos o no considerarlo un síntoma dependiendo de su evolución y de si hay afectación en otras áreas. Si la evolución es negativa y a los 18 meses sigue sin andar, y además tampoco emite sílabas para señalar objetos, la gravedad aumentará. Así que la pregunta relevante aquí es ¿Cuándo un menor tiene un nivel de daño suficiente como para que los Servicios de Protección Infantil debamos prestarle atención?

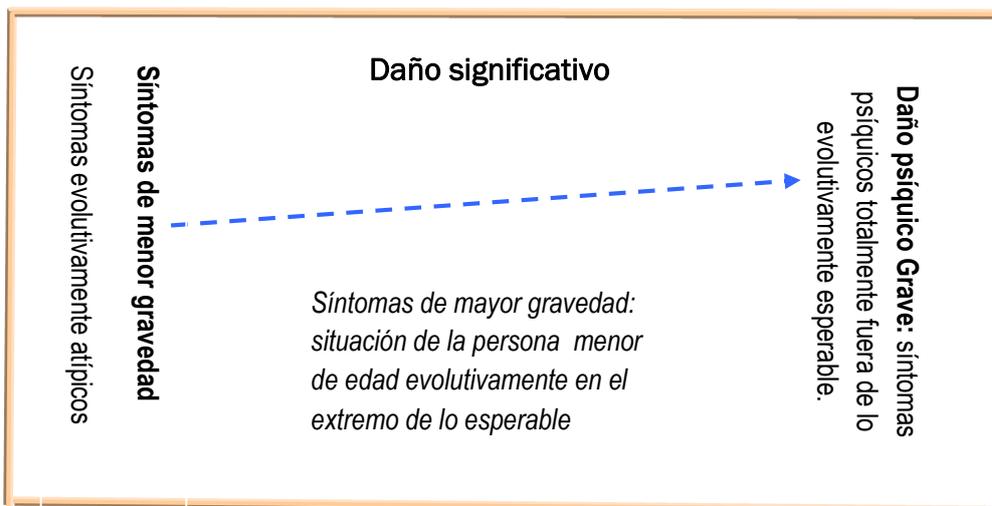
2.2. Daño significativo

El daño significativo es un concepto que proviene del ámbito de la Protección Infantil en el contexto anglosajón. Por ejemplo, en Gran Bretaña la normativa técnica (*Working together to safeguard children*, 2010) estableció en 2010 que la identificación de daño significativo en un menor, consecuencia aparente del comportamiento parental, es el umbral de actuación que los Servicios de Protección Infantil han de usar para iniciar una actuación: la existencia de daño significativo apunta a la existencia de desprotección. Es por lo tanto el punto de inflexión en el continuo salud-enfermedad donde los Servicios de Protección deben plantearse actual, cuando es debida al comportamiento parental.

Es por lo tanto un concepto muy importante porque define la línea entre lo que consideramos algo atípico o anormal, pero que no precisa de mayor atención o tratamiento, y aquello que precisa de nuestra intervención. En España hemos adaptado este concepto de la siguiente forma: entendemos el daño significativo como una afectación en cualquier área de desarrollo del menor que es persistente, y le coloca en lo extremo de lo evolutivamente esperable. Esto incluye un rango de síntomas que pueden ir desde afectaciones importantes, pero de menor gravedad y con consecuencias reparables a corto-medio plazo, hasta afectaciones muy graves que colocan al menor en riesgo de sufrir secuelas difícilmente reparables, irreparables o incluso la muerte.

Estos últimos son los que nos propone que enmarquemos dentro del concepto de Daño Psíquico Grave, de forma que serían por lo tanto síntomas que, dentro del continuo de daño significativo, se encuentran en el rango más grave.

La gráfica siguiente ilustra estas ideas:



Así pues, el instrumento Balora nos propone que tengamos en cuenta este continuo y ubiquemos en él al menor que estamos evaluando (con la información que previamente hemos recogido de él siguiendo el apartado 3.1.: puede estar fuera de él si su comportamiento encaja dentro de lo evolutivamente normal, en la parte de la izquierda su comportamiento empieza a ser atípico y preocupa por que no mejora, en la parte del centro, si sigue sin mejorar y no sólo es atípico, sino que es algo en el límite de lo esperable (casi ningún niño “normal” de su edad esta en esa situación), o irnos a la parte de la derecha si sigue sin mejorar y además es un comportamiento absolutamente fuera de lo normal, todos los niños que presentan esos síntomas tienen un trastorno importante (daño psíquico grave).

Además, nos propone para ello, en consonancia con nuestro marco legislativo, que para hacer esta clasificación tengamos en cuenta no solo el daño actual, sino el potencial. Es decir, que actuemos preventivamente cuando sea necesario porque el

nivel de daño hoy día no es relevante, pero dadas las características familias e individuales del menor, es muy probable que aparezca en un futuro. Veamos un ejemplo:

Un bebe de 6 meses está aparentemente sano, aunque sus padres sean toxicómanos viviendo en un contexto muy marginal con continuos cambios de vivienda y episodios violentos que el niño presencia. Sin embargo, en esa situación es muy posible que tendremos que hablar de daño potencial y no debemos ubicar al bebe dentro de nuestro continuo, en el polo de la salud, pese a que no muestre retraso ni síntomas en ninguna área de desarrollo: Existe hoy día conocimiento médico y psicológico suficiente para suponer con un grado de certeza suficiente que existe daño en dicho bebe, aunque no sea visible “desde fuera” fácilmente. Este daño se está generando en términos neuroanatomicos, hormonales, musculares y del sistema nervioso. Por ejemplo: sabemos que niños sometidos a niveles excesivamente altos y crónicos de estrés (Porges, 2011, Le doux, 1999), tiene altas posibilidades de tener atroñas en el hipocampo (que ayuda a procesar de una forma ordenada en el tiempo la información que recibimos del exterior y generar un recuerdo estructurado de una situación), una hiperactivación de la amígdala (que se encarga de advertirnos cuando un estímulo es amenazante), una mayor presencia de hormonas de estrés (adrenalina y noradrenalina) que a su vez activan en exceso el sistema nervioso e impiden la atención centrada y una hipoactivación de los lóbulos frontales, encargados de las funciones más racionales del cerebro (procesamiento de la información).

2.3. Daño Psíquico Grave

Veamos ahora la definición del en la que entrarían los chicos y chicas que están en la parte más derecha del gráfico de arriba. Según el instrumento Balora, existirá cuando se den alguna de las siguientes tres circunstancias: a) existencia de un trastorno psicológico-psiquiátrico diagnosticado por profesionales, b) presencia síntomas clínicos tras la pasación de test que cumplan condiciones de validación adecuadas y c) la existencia de otros problemas de comportamiento severos que comprometen seriamente el proceso de desarrollo y adaptación personal y social.

En protección infantil la opción c) es muy habitual, por lo que nos detendremos en ella: *¿Qué son “problemas de comportamiento severos que comprometen seriamente el proceso de desarrollo y adaptación personal y social...”?* y *¿Cómo recoger información sobre ellos?* Veamos lo que dice el instrumento Balora, al respecto: son aquellos síntomas externalizantes o internalizantes que cumplen TODAS estas 5 condiciones:

1. Problemas/síntomas claramente perceptibles, al menos 2 áreas de desarrollo (física, sexual, cognitiva...).
2. Problemas/síntomas se manifiestan en un ámbito de la vida (familiar, escolar...).
3. Problemas/síntomas interfieren o limitan algunas de estas circunstancias (no todas, solo algunas):
 - El mantenimiento de relaciones interpersonales positivas y constructivas con iguales y con adultos.
 - su adaptación a los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve (p.ej., familia, entorno escolar¹/formativo/laboral, social),
 - el logro de los hitos evolutivos, la consecución del grado de autonomía, la asunción de responsabilidades o la realización de actividades esperables a la edad,
 - la preservación de su propia seguridad e integridad o la de otras personas,
 - la preservación de su salud física o el autocuidado de necesidades físicas básicas esperable a la edad (p.ej., descanso, alimentación, nivel de actividad, salud),
 - el respeto a las normas sociales (es decir, implican conductas antisociales).
4. El comportamiento (tipo e intensidad) no se corresponde con la etapa evolutiva, sexo, cultura....
5. Requiere intervención inmediata.

Si redactamos estas cinco condiciones tendríamos una definición operativa que nos ayuda a clasificar los problemas/síntomas que observamos en un menor como “problemas severos que comprometen seriamente su desarrollo” y por lo tanto indicativos de Daño Psíquico Grave. Dicha definición sería esta:

Son dificultades/síntomas que aparecen en un menor y que aunque pueden afectar solo a un ámbito de su vida (familiar, social, escolar...), comprometen al menos dos áreas de desarrollo (emocional, cognitiva, sexual...) de tal forma que

¹ Se incluye rendimiento y comportamiento escolar

limitan seriamente el funcionamiento en alguna de estas competencias básicas de tal forma que impiden su funcionamiento mínimamente normal: relaciones interpersonales saludables, adaptación al entorno, adquisición de los logros evolutivos esperables a su edad, su propia seguridad o la de los demás, el autocuidado y el respeto por las normas sociales. Por lo tanto, el menor requiere una inmediata intervención. Todo esto ocurre pese a la existencia de factores compensadores/protectores en el menor o su entorno, es decir, éstos no son suficiente para impedir que las áreas mencionadas de desarrollo estén seriamente comprometidas. Como ves, es una definición abierta a la interpretación (como todas las clasificaciones) y hemos por lo tanto de aplicarle nuestro juicio clínico.

¿Cómo redactar en un informe dichos problemas de forma adecuada para justificar un daño psíquico grave?

Una vez recogida y analizada esta información, será necesario que quede adecuadamente reflejada en un informe de valoración. Si queda adecuadamente recogido, dicho informe podrá determinar la existencia de daño psíquico grave, para lo cual deberá ir firmado por un psicólogo/psiquiatra. Si no existe posibilidad de que el informe sea elaborado y firmado por un psicólogo, pero la información está adecuadamente recogida, será suficiente para que un psicólogo o psiquiatra ajeno al servicio que emite el informe pueda acreditar dicho daño psíquico grave, si así lo considera. Esto último puede darse por ejemplo al derivar un caso desde un servicio social de base donde no exista psicólogo/a a un servicio territorial donde sí exista.

Condiciones que requiere un informe para poder afirmar que recoge adecuadamente la información sobre problemas severos de comportamiento:

- Ha de explicar con claridad TODAS las cuestiones indicadas anteriormente: listado de síntomas, graves y leves, anamnesis, impacto hoy día y propuesta de factores compensadores. Importante: una lista de síntomas por sí misma no es suficiente si no describe cómo afecta al día a día del menor, ni cómo evolucionan esos síntomas.
- La redacción ha de ser clara y centrada en el describir la afectación en el menor.
- La jerga técnica relativa a vinculación, psicopatología, apego, relaciones familiares...etc no es necesaria y en ningún caso debe sustituir una explicación de cuál es la afectación concreta que sufre el menor en su vida diaria en las áreas física, social, emocional y cognitiva.
- Las fuentes de información que sustentan la información descrita deben ser contrastadas y objetivas. Es conveniente que las informaciones cruciales sean preguntadas al menos en dos diferentes fuentes de información y en diferentes contextos (ej: colegio y menor, o familia extensa y padres...), aunque no será necesario que la sintomatología se dé de igual forma en todos los contextos (un niño puede presentar fobia a la escuela y estar bien en su casa. o un adolescente ser un estupendo alumno y ejercer violencia contra su madre...).

3. Ejemplo aproximado de redacción adecuada de unos “problemas de comportamiento severos que comprometen seriamente el proceso de desarrollo y adaptación personal y social” que justificarían un daño psíquico grave.

Mikel (8 años): En lo que la sintomatología individual se refiere Mikel muestra hoy día: a) enuresis primaria, b) encopresis primaria muy frecuente, c) retrasos madurativos importantes (lectoescritura, aprendió a masticar con 4 años, todavía no controla esfínteres), d) retraso e inadaptación escolar grave, e), hiperactividad f) riesgo de desarrollo de conductas autolíticas (en la actualidad no se producen), y g) agresividad. Más allá de estos síntomas, la información recogida permite identificar un funcionamiento individual general en distintas áreas de su vida basado en cuatro elementos: 1) hiperactividad: en la mayoría de las entrevistas no puede centrarse en una actividad más de unos segundos, cambia de actividad de forma constante sin llegar a construir nada (juego, dibujo, formas de plastilina...etc.). El colegio ratifica lo observado en las entrevistas (ver informe centro escolar). En dicha actividad busca a menudo ponerse en peligro físico real para llamar la atención del evaluador o profesor (se sube a una ventana y la abre, se escapa y sube a sitios en los que puede dañarse...), 2) momentos de agresividad incontrolada: en una de las entrevistas realizadas fue necesario agarrarlo fuertemente para evitar que se lesionara, rompiera mesas o sillas o lesionara a evaluador. Resultó muy difícil controlarle pese a su edad y la diferencia de tamaño entre evaluador y menor, 3) retrasos importantes en el desarrollo, tanto a nivel escolar, como social y emocional 4) gran capacidad de repuesta vinculación afectiva y respuesta positiva cuando recibe una atención afectiva individualizada e intensiva, todos los profesionales coinciden, y en las sesiones se percibe que entre estas conductas agresivas y desestructuradas, Mikel busca lo afectivo (contacto físico, besos, caricias), aunque no tenga registro interno de ello. Además se ha observado en diferentes contextos (colonias de verano, momentos en que profesores han podido estar con él largos periodos de tiempo a solas...) que el menor responde rápida y positivamente a dicha atención afectiva individualizada e intensiva (dibuja, escribe, se relaja...).

La evolución e impacto en el día a día de estos síntomas es dispar: la enuresis y encopresis es primaria, es decir, nunca ha llegado a controlar esfínteres (todos los días se tiene episodios). Esto ha le ocasiona sentimientos de vergüenza en el colegio, ante salidas escolares y baja autoestima, se describe como “un meón y un cagón” no es capaz de referir ningún adjetivo positivo sobre sí mismo.

La hiperactividad y agresividad del menor se inician hace unos dos años y desde entonces han ido en aumento. En los últimos meses ha llegado a un extremo en el que el menor es incapaz de seguir una clase de 30 minutos, ni actividad ninguna que requiere más de unos segundos de concentración, lo que está en la base de su gran retraso escolar (según el centro escolar presenta un retraso académico equivalente a dos cursos). Así mismo el retraso madurativo que presente hace que esté muy lejos de habilidades básicas que otros menores de su edad tienen como son las sociales (no sabe relacionarse con iguales si no es a través del conflicto), emocionales (es incapaz de expresar verbalmente ninguna emoción) o cognitivas (su lenguaje es muy básico y no corresponde con un niño de su edad, siendo equiparable al de un niño de cinco años).

Por otro lado, todas las semanas protagoniza algún incidente agresivo con algún igual: pega a compañeros, profesores y es difícil según el centro escolar calmarle, ha ocasionado heridas superficiales a otros alumnos en varias ocasiones en los dos últimos meses. Debido a esto, Mikel presente un fuerte rechazo social en su ikastola: nadie

quiere jugar con él y es percibido por todos sus compañeros como alguien conflictivo a evitar. En cuanto a las conductas autolíticas, se han limitado a un periodo aproximado de tres meses durante el año pasado y en la actualidad no se dan. En aquel momento fueron golpes contra la pared con su cabeza cuando se enfadaba, así como pequeñas heridas en la mano realizadas con la punta de los lápices.

Más allá de la gravedad del caso, el ejemplo ilustra qué información recoger y cómo integrarla en lo que sería la evaluación del nivel de daño de un menor. Primero presentamos sus síntomas y cómo inciden en su forma de funcionar. Luego vemos cómo afectan a su vida diaria. Por otro lado, analizamos su evolución. Como puede verse, no es necesario para ello expresar demasiados tecnicismos diagnósticos, sino describir lo que hemos visto o nos han contado del menor para darle una forma coherente que describa su situación. Esto nos permitirá en último lugar colocar al menor en un nivel de salud-enfermedad determinado. Obviamente en este caso la situación de Mikel es muy grave, y existe daño psíquico grave: el chico tiene afectadas competencias de su vida muy básicas a un nivel muy profundo que evolucionan negativamente y le impiden seguir un desarrollo mínimamente normal, está claro que necesita tratamiento

2.4 Daño en el menor: resumen

En resumen, te proponemos seguir cuatro pasos para evaluar el daño existente en un menor:

- Recoge información detallada, de varias fuentes siempre que sea posible, sobre los tres puntos explicados en el apartado 2.1.: cuáles son sus principales síntomas y factores de protección, cómo afectan a su vida diaria y cuál ha sido su evolución en los últimos 6-12 meses
- Integra la información disponible en una versión coherente que describa bien al menor. La información de varias fuentes no siempre será coincidente y es necesario integrarla.
- Redacta esa versión coherente de forma comprensible y sin grandes tecnicismos. Trata de que cualquier que lo lea pueda “ver” con precisión al menor.
- Coloca a ese menor en el continuo salud-daño significativo-daño psíquico grave: si tienes dudas sobre si el menor se encuentra en el extremo más grave de este continuo, aplica la definición del párrafo anterior para determinar si es así o no lo es.

La tabla siguiente resume lo dicho hasta ahora:

Evaluación del daño en el menor: resumen	
	Contenido/Preguntas a responder
Conocer al menor: recoger información detallada y de varias fuentes sobre	
Descripción de síntomas/factores protección	Que síntomas son los más relevantes en la vida del menor. Que elementos de protección hay en su vida.
Impacto en la vida diaria	Como afectan su vida cotidiana, según su edad, esos síntomas. Que hitos evolutivos que correspondería lograra a esa edad no han podido ser alcanzado.
Evolutivo	En los últimos 6-12 meses cual ha sido la evolución de esos síntomas. En base a ello (y/o a otros factores como el inicio de un tratamiento), que evolución futura prevemos a dichos síntomas.
Situar al menor en el continuo salud-enfermedad: analizar la información previa con ayuda de estos criterios y del juicio clínico profesional	
Criterios evolutivos	Qué edad tiene el menor. Que hitos evolutivos son los más relevantes en dicha edad a nivel emocional, social, cognitivo, físico, sexual y escolar/laboral. Cuanto de desajustado está el chico/a con respecto al logro de esos hitos.
Criterios daño significativo	1. Hay una afectación en alguna/a de las áreas de desarrollo. 2 esa afectación es persistente en el tiempo y 3. Le coloca en lo extremo de lo evolutivamente esperable.
Criterios daño psíquico grave	1. Hay una afectación en al menos dos áreas de desarrollo con síntomas muy intensos. 2 esta afectación impide el desarrollo normal de habilidades básicas para la vida en su edad. 3 esto le coloca totalmente fuera de lo evolutivamente esperable para su edad. 4 necesita tratamiento especializado inmediato.

3. ¿Qué profesionales puede evaluar el daño en el menor?

Una reflexión interesante en este punto es ¿Qué tipo de profesional debe realizar este trabajo ¿es una tarea limitada exclusivamente a psicólogos/psiquiatras? Es una cuestión compleja y difícil de resolver con claridad. Lo adecuado es que solo profesionales de la psicología o psiquiatría emitan diagnósticos sobre la salud mental de un menor, y la etiqueta de daño psíquico grave debe ser considerada un diagnóstico de este tipo. Así lo indica el instrumento Balora y lo contrario podría poner en aprietos legales a un profesional no pertenece a estas disciplinas y realiza este diagnóstico.

Ahora bien, también podemos ver que cualquier profesional de la protección infantil (trabajador social, educador...etc) bien entrenado y sensible puede recoger con gran eficacia la descripción de un menor en los términos que antes hemos planteado (listado de síntomas, evolutivo y afectación en su vida diaria), lo cual es más que suficiente para poder establecer una conclusión seria de que existe o no una afectación en el menor que parece ser consecuencia del comportamiento parental descrito, y de si esa afectación es más o menos importante, sin necesidad de realizar el diagnóstico de “daño psíquico grave”. Proponemos pues que estos profesionales realicen esta recogida de información y la expongan en sus informes de una forma clara y ordenada, tal y como acabamos de ver. Si esto es así no es necesario añadir la frase, “y por todo ello se considera que existe un daño significativo (o daño psíquico grave) en el menor”. Basta con indicar que “esta información sugiere la existencia de una grave afectación en el menor como consecuencia de la situación de desprotección que vive”. Lo importante como ves es la información previa. Si esta es buena, luego la forma que tengamos de concluir dependiendo de nuestra titulación no es tan relevante, cada uno tendremos la nuestra y eso es lo que llamamos “trabajo multidisciplinar”.

Podemos ver informes de psicólogos o psiquiatras plagados de etiquetas diagnósticas, pero en los que es muy difícil “ver” realmente al menor y también informes sociales sin una sola etiqueta diagnóstica pero que describen perfectamente cómo vive un menor, cual es el nivel de afectación de su situación sociofamiliar en su vida diaria. Lo importante en mi opinión es describir bien la situación del menor en términos de desarrollo, las etiquetas son secundarias para poder establecer el nivel de daño. Lo que precisamos es pulsar bien, según su edad, si es un chico o chica con competencias más o menos ajustadas a su edad y entorno.

BIBLIOGRAFIA

- Arild Vis, S., Lauritzen, C., Fossum, S. (2021). Systematic Approaches to Assessment in Child protection investigations: a literature review. *International Social Work*, 2021, Vol. 64 (3) 325-340.
- Arruabarrena, I., Hurtado, M.A., Instrumento BALORA para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo infantil: elaboración, implantación, fundamentos conceptuales y contenido. [Zerbitzuan](#), n. 66, 2018, p. 5-19.
- Baginsky, M., Manthorpe, J., Moriarty, J. (2021). The framework for the Assessment of children in need and their families and signs of safety: competing or complementary frameworks?. *British Journal of Social Work* (2021), 51, 2571-2589.
- Cichetti, D (1989): `How research on child maltreatment has informed the study of child development: perspectives from developmental psychopathology´. En D cichetti and B Carlson (eds) "Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect". Cambridge university press.
- Department of health (2000): "Framework for the Assessment of Children in Need and their Families". London
- Gobierno Vasco (2017): "Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de atención y protección a la infancia y adolescencia en la comunidad autónoma vasca"
- Horwarth, J (ed) (2010): "The child`s World: the comprehensive Guide to Assessing Children in need". JKP Publishers. London
- Smithgall, C., Jarpe-Ratner, E., Gnedko-Berry, N. (2015). Deveoloping and testing a framework for evaluating the quality of comprehensive Family Assessment in Child welfare. *Child Abuse and Neglect*, 44 (2015) 194-206.