

MODELO DE RECOGIDA DE DATOS DE TUTOR/PROFESOR/ORIENTADOR

TIPO DE INCIDENCIA		AUTOR		LOCALIZACIÓN		FRECUENCIA	
				<i>DENTRO DEL CENTRO</i>	<i>FUERA DEL CENTRO</i>	<i>CUÁNTAS VECES</i>	<i>DESDE CUÁNDO</i>
FÍSICO	<input type="checkbox"/> Empujones <input type="checkbox"/> Patadas <input type="checkbox"/> Golpes <input type="checkbox"/> Cachetes (collejas) <input type="checkbox"/> Le arrojan cosas <input type="checkbox"/> Esconden sus cosas <input type="checkbox"/> Rompen sus cosas <input type="checkbox"/> Robos <input type="checkbox"/> Bofetadas <input type="checkbox"/> Palizas <input type="checkbox"/> Amenaza con armas <input type="checkbox"/> Otros.....	COMPañEROS DE AULA	<input type="checkbox"/> 1 solo autor <input type="checkbox"/> Más de 1.....	<input type="checkbox"/> Aula con profesor <input type="checkbox"/> Aula sin profesor <input type="checkbox"/> Pasillos <input type="checkbox"/> Patio <input type="checkbox"/> Aseos <input type="checkbox"/> Gimnasio <input type="checkbox"/> Vestuarios <input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Autobús escolar <input type="checkbox"/> Al salir de clase <input type="checkbox"/> A la salida del centro <input type="checkbox"/> Otros.....	<input type="checkbox"/> De camino a casa <input type="checkbox"/> De camino a clase <input type="checkbox"/> Alrededores escuela <input type="checkbox"/> En mi barrio <input type="checkbox"/> En una discoteca/bar <input type="checkbox"/> Una instalación deportiva <input type="checkbox"/> Otros.....	<input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Unos días <input type="checkbox"/> Varias semanas <input type="checkbox"/> Varios meses <input type="checkbox"/> Todo el curso <input type="checkbox"/> Desde siempre
		COMPañEROS DE CURSO	<input type="checkbox"/> 1 solo autor <input type="checkbox"/> Más de 1.....	.....	.....
		COMPañEROS DE CENTRO	<input type="checkbox"/> 1 solo autor <input type="checkbox"/> Más de 1.....	.....	.....
		EDAD	<input type="checkbox"/> = que la víctima <input type="checkbox"/> < que la víctima..... <input type="checkbox"/> > que la víctima.....	.....	.....
		SEXO	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	.....	.....
VERBAL	<input type="checkbox"/> Motes <input type="checkbox"/> Difamaciones <input type="checkbox"/> Insultos <input type="checkbox"/> Desprecios <input type="checkbox"/> Desafíos <input type="checkbox"/> Provocaciones <input type="checkbox"/> Amenazas <input type="checkbox"/> Amedrentar (meter miedo) <input type="checkbox"/> Comentarios xenófobos <input type="checkbox"/> Otros.....	¿TIENE EL RESPALDO DE OTROS COMPañEROS?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CUÁNDO OCURRIÓ?	<input type="checkbox"/> Un día de clase <input type="checkbox"/> Fin de semana o festivo <input type="checkbox"/> Vacaciones		
		¿EXISTE DESIGUALDAD DE FUERZA FÍSICA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
SOCIAL	<input type="checkbox"/> Difundir rumores (bulos) <input type="checkbox"/> Aislar/ignorar <input type="checkbox"/> Burlas <input type="checkbox"/> Pintadas <input type="checkbox"/> No dejar participar <input type="checkbox"/> Humillaciones <input type="checkbox"/> Extorsiones (obligar a hacer cosas)	¿HUBO TESTIGOS?	<input type="checkbox"/> Nadie <input type="checkbox"/> Compañeros/as <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/> Profesores/as <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Otros.....				
SEXUAL	<input type="checkbox"/> Comentarios tipo sexual <input type="checkbox"/> Acoso <input type="checkbox"/> Tocamientos <input type="checkbox"/> Tocamientos con violencia <input type="checkbox"/> Relación forzada	CUÁL FUE SU REACCIÓN?	<input type="checkbox"/> Cortar la situación <input type="checkbox"/> Informar a algún adulto <input type="checkbox"/> No hizo nada <input type="checkbox"/> Animar al autor <input type="checkbox"/> Ayudar al autor				

Información relevante de la plantilla

- Existe un alumno o grupo de ellos que abusa sistemáticamente de otro.
- Un solo alumno sufre la intimidación (personalización).
- Existe desigualdad de poder (desequilibrio de fuerza física, social o/y psicológica) entre los alumnos enfrentados.
- La víctima es incapaz de defenderse.
- La acción sobre la víctima es repetida, se prolonga en el tiempo y ocurre de forma frecuente (alumno atemorizado)
- Suele acontecer lejos de la presencia de adultos (invisibilidad).
- El autor/es tienen el apoyo del grupo.

Si se dan las cinco primeras es conveniente informar a la inspección educativa adjuntando el resto de la información recopilada sobre el caso.

Breve descripción de los hechos

Medidas adoptadas:

Apertura expediente disciplinario

- Sí
- No

Fecha de inicio:

Datos del alumno/a:

Instructor/a:

Cautelares

Otras: educativas, preventivas, etc.

**MODELO DE ENTREVISTA PROFESOR/TUTOR/ORIENTADOR CON VÍCTIMA
(VOLUNTARIA, PERO MUY CONVENIENTE)**

PERFIL DEL CASO VÍCTIMA DE LA INCIDENCIA					
¿A QUIÉN SE LO HA CONTADO?	<input type="checkbox"/> Nadie <input type="checkbox"/> Compañeros/as <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/> Profesores/as <input type="checkbox"/> Equipo directivo <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Otros.....	¿DE QUÉ FORMA INTERVIENE EL CENTRO?	<input type="checkbox"/> Hablan con las familias <input type="checkbox"/> Se deriva al D.Orientación <input type="checkbox"/> Se abre un expediente <input type="checkbox"/> Se abre un proceso de mediación <input type="checkbox"/> Se llama a la policía <input type="checkbox"/> No lo sabe	¿HABÍA TENIDO ANTES PROBLEMAS CON OTROS/AS COMPAÑEROS/AS?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí, de otro tipo <input type="checkbox"/> No
¿QUIÉN INTERVIENE ANTE LA INCIDENCIA?	<input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Chicos/as testigos <input type="checkbox"/> Padre-madre <input type="checkbox"/> Profesores/as <input type="checkbox"/> Otro adulto <input type="checkbox"/> Nadie	¿HA FALTADO A CLASE POR CULPA DEL ACOSO?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alguna vez <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Casi todos los días	¿QUÉ MEDIO TE HUBIESE ANIMADO A CONTARLO ANTES?	<input type="checkbox"/> Mejor comunicación familiar <input type="checkbox"/> Mejor comunicación tutor <input type="checkbox"/> Un buzón anónimo <input type="checkbox"/> Un teléfono de ayuda <input type="checkbox"/> Una dirección de e-mail <input type="checkbox"/> Más información <input type="checkbox"/> Otros.....
¿QUIÉN HA TOMADO ALGUNA MEDIDA PARA DETENERLA?	<input type="checkbox"/> Compañeros/as <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/> Profesores/as <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Otro adulto <input type="checkbox"/> Nadie	¿POR QUÉ CREE QUE LO HICIERON?	<input type="checkbox"/> No lo sabe <input type="checkbox"/> Los provocó <input type="checkbox"/> Es más débil <input type="checkbox"/> Es diferente <input type="checkbox"/> Para molestarle <input type="checkbox"/> Porque lo merece	¿EXISTE MEDIACIÓN EN EL CENTRO?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿HA DADO ALGÚN RESULTADO?	<input type="checkbox"/> Le ha puesto fin <input type="checkbox"/> Lo ha atenuado <input type="checkbox"/> Lo ha intensificado <input type="checkbox"/> Todo sigue igual	¿SIENTE A MENUDO MIEDO DE QUE LE ACOSEN?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CÓMO TE SENTIRÍAS MÁS SEGURO?	
¿QUÉ HACE EL PROFESORADO CUANDO OCURRE?	<input type="checkbox"/> Habla con los implicados <input type="checkbox"/> Se ignora lo sucedido <input type="checkbox"/> Hablamos sobre el tema <input type="checkbox"/> Expediente <input type="checkbox"/> Nada, no se enteran <input type="checkbox"/> Otros.....	¿SABE SI ACOSAN A OTRO/S COMPAÑERO/S?	<input type="checkbox"/> Sí..... <input type="checkbox"/> Cree que <input type="checkbox"/> No	¿CÓMO CREES QUE SE PODÍA HABER EVITADO?	<input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No se puede <input type="checkbox"/> Ayuda familia <input type="checkbox"/> Ayuda profesores <input type="checkbox"/> Ayuda compañeros

RECOGIDA DE DATOS DEL PROFESOR/TUTOR/ORIENTADOR A LA FAMILIA

DATOS PERSONALES		PASOS PREVIOS		DETECCIÓN SÍNTOMAS DEL POSIBLE MALTRATO					
EDAD		¿HA EXPUESTO EL PROBLEMA AL TUTOR/A?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿DESDE CUÁNDO SOSPECHA QUE LE OCURRE?	<input type="checkbox"/> Unos días <input type="checkbox"/> Varias semanas <input type="checkbox"/> Varios meses <input type="checkbox"/> Todo el curso <input type="checkbox"/> Desde siempre				
PADRES	HIJO AFECTADO								
<input type="checkbox"/> < 20 años <input type="checkbox"/> 21-25 años <input type="checkbox"/> 26-30 años <input type="checkbox"/> 31-35 años <input type="checkbox"/> 36-45 años <input type="checkbox"/> 46-50 años <input type="checkbox"/> > 50 años	<input type="checkbox"/> < 6 años <input type="checkbox"/> 6-8 años <input type="checkbox"/> 9-10 años <input type="checkbox"/> 11-12 años <input type="checkbox"/> 13-14 años <input type="checkbox"/> 15-16 años <input type="checkbox"/> > 16 años	¿LO HA NOTIFICADO A LA DIRECCIÓN?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿HA NOTADO EN SU HIJO CAMBIOS DE HÁBITOS O ACTITUD?	<input type="checkbox"/> Sí..... <input type="checkbox"/> No			¿TIENE POCOS AMIGOS?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SEXO	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Niño	¿HA ENCONTRADO AYUDA EN LA ACTUACIÓN DEL CENTRO?	<input type="checkbox"/> Sí..... <input type="checkbox"/> No	¿LE NOTA MÁS IRRITABLE O ANSIOSO?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿LE FALTAN MATERIALES CON FRECUENCIA?	☐ Sí ☐ No
CURSO	.....	¿SE HA TOMADO ALGUNA MEDIDA?	<input type="checkbox"/> Sí..... <input type="checkbox"/> No	¿HA TENIDO PROBLEMAS CON SUS NOTAS?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿HA NOTADO DESTROZOS EN SU ROPA O MATERIAL?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
CENTRO EDUCATIVO	¿HA DADO ALGÚN RESULTADO POSITIVO?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿HABLA DE LA ESCUELA EN CASA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
LOCALIDAD	¿ESTÁ SATISFECHO CON LAS MEDIDAS ADOPTADAS?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿INVENTA ESCUSAS PARA NO IR A CLASE?	<input type="checkbox"/> Por uno o varios compañeros <input type="checkbox"/> Centro nuevo <input type="checkbox"/> Algún profesor <input type="checkbox"/> Otros.....				

DATOS PERSONALES

Centro educativo/código:.....
.....

Ciudad:.....
.....

Nombre:.....
.....

Edad:.....
.....

Sexo:

- Niño
- Niña

Curso/grupo:.....

Fecha suceso:.....

- *Origen de la demanda de intervención:*

- Director/a
- Jefe de estudios
- Orientador
- Niño agredido
- Madre/padre
- Familiar
- Tutor/a
- Profesor/a
- Amigo/a
- Compañero/a

- *Situación respecto del incidente:*

- Lo sufre
- Lo contempla
- Lo conoce
- Lo infringe

Fecha notificación/requerimiento intervención _____