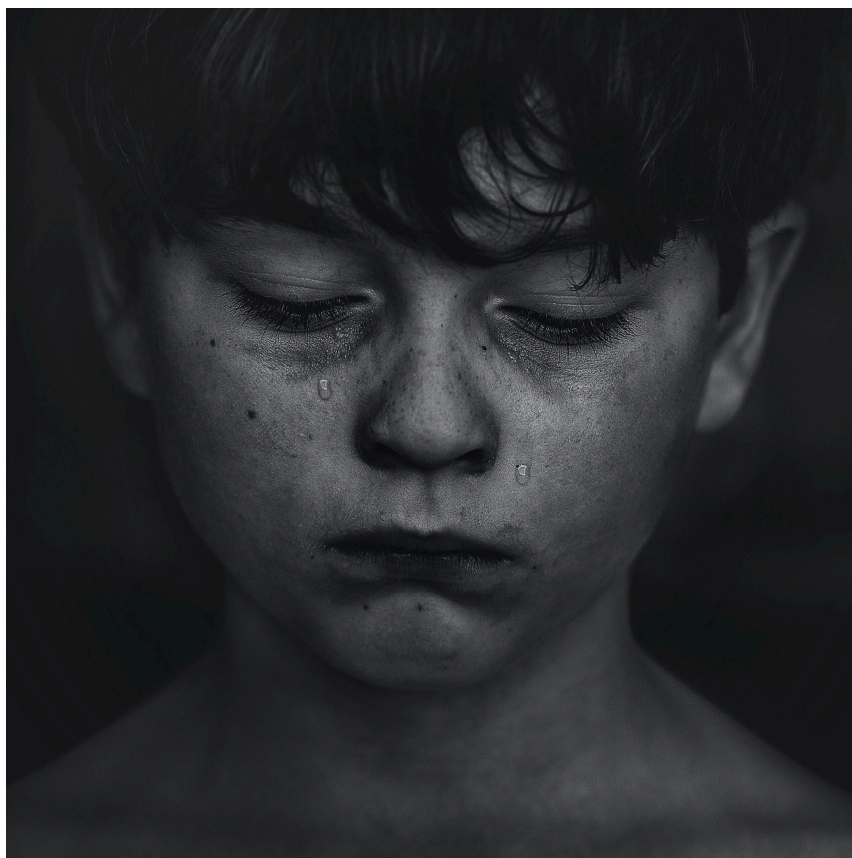


PROPUESTA VICTIMOLÓGICA: MENORES VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL



Natalia De Augusto Del Real

Nerea Balbuena Márquez

Luisa Fend

Emmi Klatt

Ninon Dupuy-Leforban

Asra TUKHI



Facultad de Derecho, Universidad de Sevilla

Victimología

ÍNDICE.

- 1. Presentación de la Asociación.**
- 2. Importancia de la prevención dentro de la Asociación.**
 - a. Prevención primaria.
 - b. Prevención secundaria.
 - c. Prevención terciaria.
- 3. Acompañamiento y protección en los centros de acogida de los menores.**
- 4. Póster informativo.**
- 5. Bibliografía.**

1. PRESENTACIÓN DE LA ASOCIACIÓN.

Nuestra propuesta victimológica por excelencia consiste en la creación de una asociación sin ánimo de lucro denominada “Niñez Segura, Hoy y Mañana”. Dicha entidad tiene como misión fundamental la reducción del maltrato infantil en España, una problemática de creciente incidencia (tal como recoge el Registro Unificado de maltrato infantil, entre los años 2015 y 2021 se produjo un incremento del 56% en las notificaciones de casos de maltrato infantil), mediante el diseño y la implementación de diversas estrategias preventivas que abarcan desde la prevención primaria, orientada a evitar la aparición de ciertas situaciones de riesgo mediante acciones de sensibilización y promoción del bienestar infantil, hasta la prevención terciaria, dirigida a la intervención especializada en casos ya existentes con el objetivo de minimizar el daño psicológico, evitar la revictimización y favorecer la recuperación completa de los menores afectados. Además, se contempla la realización de acciones de incidencia dirigidas a actores políticos, judiciales y legislativos competentes, con el fin de impulsar la garantía plena de los derechos de los menores.

Como consecuencia, los objetivos estratégicos de nuestra asociación se basan en prevenir (a través de la implementación de programas de formación psicoeducativa para reducir la incidencia de violencia intrafamiliar), capacitar (dotando a los agentes sociales, educativos y jurídicos de protocolos actualizados de detección y gestión del trauma), intervenir (proveyendo asistencia clínica especializada a víctimas para asegurar su recuperación integral) y, por último, transformar (a través de la incidencia en las políticas públicas para la mejora de los entornos de acogida y la implementación de justicia adaptados a la infancia y adolescencia).

La asociación desarrolla principalmente su actividad en la Comunidad Autónoma de Andalucía, interviniendo, como ya se explicó anteriormente, en los nodos más críticos del bienestar infantil: el núcleo familiar, el sistema educativo, el ámbito judicial y los centros de protección de menores.

2. IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DENTRO DE NUESTRA ASOCIACIÓN.

La prevención constituye el eje fundamental a través del cual se constituye nuestra intervención, estructurándose principalmente en tres niveles; prevención primaria, secundaria y terciaria. Desde nuestra asociación, consideramos que la prevención es el pilar fundamental, debido un importante conjunto de consecuencias profundas, complejas y acumulativas que afectan de manera transversal al desarrollo físico psicológico cognitivo social y criminológico del menor, con efectos que pueden extenderse durante toda la vida y condicionar de forma decisiva su salud, su funcionamiento y sus trayectorias vitales.

Así, en el plano físico, las consecuencias no se limitan a lesiones visibles, sino que incluyen alteraciones biológicas persistentes que comprometen el crecimiento y la funcionalidad del organismo. Pueden aparecer lesiones agudas como contusiones, fracturas, traumatismos craneoencefálicos, sacudidas, quemaduras o asfixias, que en los casos graves derivan en hospitalizaciones repetidas, discapacidades permanentes o mortalidad infantil.

La negligencia física, muy prevalente y a menudo invisible, se manifiesta en desnutrición, retraso del crecimiento, infecciones recurrentes y ausencia de cuidados básicos.

La exposición continuada a violencia o abandono interfiere con el desarrollo evolutivo normal y altera el sistema nervioso central, afectando a estructuras como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, con consecuencias en la memoria, la atención, la regulación emocional y el control de impulsos. Estos efectos persisten en la edad adulta, aumentando el riesgo de enfermedades crónicas y peor estado general de salud.

En el plano psicológico y emocional, las secuelas son multidimensionales y frecuentemente comórbidas, dependiendo de la edad de inicio, la duración y la gravedad del maltrato.

Son frecuentes los trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión infantil y adolescente, así como los trastornos de ansiedad, la hipervigilancia y las respuestas traumáticas, incluido el trastorno de estrés postraumático y el trauma complejo. El maltrato compromete la regulación emocional, favoreciendo la impulsividad, las autolesiones y la somatización.

En el ámbito relacional, aparecen trastornos del apego, desconfianza, miedo a la intimidad y elevado riesgo de psicopatología, junto a problemas de conducta externalizantes e internalizantes. El daño a la identidad se expresa en baja autoestima, vergüenza y confusión identitaria, y en los casos más graves surgen conductas suicidas y fenómenos disociativos.

El impacto sobre el desarrollo cognitivo y el rendimiento escolar es notable, y se relaciona con el estrés crónico y el daño neurobiológico. Se observan déficits atencionales, dificultades de memoria y funciones ejecutivas, retrasos en el desarrollo del lenguaje y bajo rendimiento académico, con mayor absentismo y riesgo de abandono escolar temprano, lo que condiciona negativamente las oportunidades educativas y laborales futuras.

La negligencia, se asocia a un mayor deterioro cognitivo global, mientras que el maltrato físico, emocional y sexual se vinculan a problemas atencionales, emocionales y traumáticos específicos.

En el ámbito social y conductual, el maltrato altera la forma de relacionarse con los demás y con las normas, generando desconfianza, aislamiento o dependencia emocional, carencias en habilidades sociales y mayor riesgo de conductas disruptivas, consumo de sustancias y comportamientos autodestructivos, especialmente en la adolescencia.

Desde una perspectiva criminológica, el maltrato infantil es un factor de riesgo clave para el desarrollo de conductas antisociales y delictivas y para la victimización futura, a través de la normalización de la violencia, déficits de autocontrol y contextos criminógenos. No obstante, la presencia de factores de protección, como un adulto significativo, la intervención temprana y el apoyo educativo y terapéutico, puede reducir de forma significativa estos efectos, demostrando que el impacto del maltrato es grave, pero no inevitable.

2.1. PREVENCIÓN PRIMARIA.

En este contexto, la prevención primaria del maltrato infantil adquiere un papel central, en la medida en que permite actuar de forma anticipada, antes de que se materialice cualquier forma de violencia o negligencia hacia el menor. Este nivel de intervención se orienta al fortalecimiento de las capacidades parentales y familiares, así como la reducción de los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de aparición de maltrato, especialmente aquellos vinculados al ámbito familiar (dificultades emocionales, estrés parental, falta de habilidades de crianza, etc), donde el niño desarrolla gran parte de su infancia.

Con el propósito de dar respuesta a estos objetivos preventivos planteados, nuestra asociación desarrolla un programa de intervención denominado “Creciendo juntos: habilidades de parentalidad positiva”, consistente en la realización de diversos talleres formativos dirigidos a distintos agentes implicados en el cuidado y la educación de los menores. Dichos talleres estarán específicamente diseñados para proporcionar información psicoeducativa, promover prácticas de crianza respetuosas y basadas en un buen trato al menor, favorecer el desarrollo de habilidades parentales y ofrecer apoyo emocional, todo ello en un entorno seguro y de confianza que facilite la reflexión, el intercambio de experiencias y el aprendizaje entre los participantes.

La población destinataria del programa comprende los siguientes colectivos de manera prioritaria:

- Padres y madres primerizos.
- Futuras madres y padres.
- Familias jóvenes o aquellas que presentan dificultades de crianza identificadas a través de los servicios sociales o sanitarios.
- Otros cuidadores principales responsables del cuidado habitual de los menores

El programa se articula mediante la intervención coordinada de un equipo de especialistas en diversos ámbitos; psicólogos especializados en infancia y familia, trabajadores sociales y educadores familiares. Estos talleres se realizan a través de sesiones familiares estructuradas donde se emplean una diversidad de metodologías participativas, como:

- **Dinámicas grupales.** Una de las dinámicas grupales que realizamos en estos talleres consiste en el planteamiento, por parte del psicólogo o educador responsable de esa sesión, de un dilema habitual relacionado con la crianza. A través de un proceso de debate guiado por el responsable, se fomenta la participación activa de los participantes, quienes pueden identificar que muchas de las dificultades que experimentan son compartidas por otros participantes. Esta dinámica contribuye a la normalización de dichas experiencias, reduciendo los sentimientos de culpa o estrés que puede surgir y permitiendo comprender diversas estrategias de afrontamiento y soluciones ante dichas situaciones.

Un ejemplo de dilema que se plantea en dichos talleres puede ser; *“Si mi hijo no se porta mal o obedece, siento que pierdo el control. A veces le grito o le pego, aunque después me arrepiento. En mi familia siempre se ha recurrido al castigo físico para educar. ¿Qué otras formas hay para corregir mi conducta sin hacerle daño?”*. En esta línea, este dilema puede abordar diversas problemáticas como la normalización social al castigo físico o la escalada de maltrato como consecuencia del estrés parental, estableciendo estrategias de disciplina positiva y prevención del maltrato.

- **Modelado de habilidades.** Mediante esta metodología se busca el aprendizaje por observación, donde el especialista responsable de la sesión demuestra de forma práctica y directa cómo gestionar una situación de conflicto (por ejemplo, una negativa a cumplir una norma establecida). A través de esta demostración física y conductual, los padres o cuidadores pueden observar las distintas estrategias de intervención y regulación emocional antes de proceder a su aplicación por sí mismos.
- **Role-playing.** Tal como indica su nombre consiste en un “juego de roles”. En este sentido, se trata de una metodología donde los participantes se dividen en pequeños grupos en los que algunos asumen el papel de menor y otros el de cuidador. Se recrea una situación tensa típica en el hogar, permitiendo la interacción. Al representar el escenario, el cuidador puede experimentar, desde la propia perspectiva del menor, las emociones generadas por gritos o actitudes coercitivas, favoreciendo a la toma de conciencia empática. Además, permite practicar y ensayar estrategias de manejo de conflictos en un entorno seguro antes de aplicarla a la vida real.

Desde la perspectiva de nuestra asociación, estas metodologías elegidas y combinadas garantiza que este aprendizaje no se limite únicamente a un conocimiento teórico (como puede ocurrir con enfoques puramente informativos), sino que se integre también desde una perspectiva procedimental (saber cómo actuar a través de la adquisición de habilidades necesarias), y una perspectiva emocional (sentir la seguridad y confianza para implementar de manera efectiva dichas habilidades en la práctica cotidiana).

Cabe destacar que, según las cifras más recientes que encontramos en el ámbito español, la negligencia es la forma más habitual de maltrato (con un 42,75% de casos identificados). En esta línea, es fundamental dotar de claridad suficiente a los cuidadores respecto a la gravedad de la negligencia en el trato hacia sus hijos e hijas, ya que en muchas ocasiones estas actuaciones se pueden provocar de forma inconsciente.

2.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA.

A diferencia de la prevención primaria (que actúa sobre la población general, para evitar que se produzca ello maltrato) o terciaria (que se centra en la rehabilitación de la víctima), la prevención secundaria tiene como objetivo instaurar un conjunto de medidas que permita, de algún modo, intervenir en situaciones de riesgo de maltrato infantil, antes de que éste daño se consolide o cronifique (detección precoz).

Por tanto, la prevención secundaria tiene un enfoque proactivo, y selectivo, orientado a detectar y neutralizar señales tempranas de maltrato, ya sean físicas, emocionales o sociales.

El objetivo principal de la prevención secundaria, es detectar precozmente los casos de riesgo, interrumpir patrones de maltrato incipientes, y minimizar las consecuencias a corto, y largo plazo, garantizando la protección integral del menor. Para lograrlo, es esencial que los adultos con responsabilidad (directa, e indirecta) sobre el menor estén formados y capacitados de manera especializada, de forma obligatoria y sistemática.

Entre estos adultos, se incluyen docentes y profesionales de la educación, cuidadores y tutores, jueces, fiscales y operadores jurídicos, así como profesionales de servicios sociales y sanitarios que puedan participar en la vida del menor, de algún modo.

Y es que, como pudo comprobarse arriba, el maltrato infantil raramente se presenta de forma evidente. Con frecuencia, se manifiesta a través de cambios conductuales sutiles, síntomas físicos sin explicación médica, dificultades escolares, retraimiento, hiperactividad, conductas agresivas, o relatos fragmentarios y contradictorios. Por lo que, sin formación adecuada, los adultos tienden a minimizar estas señales, a patologizar al menor, o a intervenir tarde, lo que puede producir revictimización y daño añadido.

Por tanto, la propuesta de la asociación para desarrollar la prevención secundaria, mediante formación especializada, corrige estas fallas, proporcionando a los adultos herramientas técnicas de identificación, documentación y notificación del riesgo (evitando así errores de interpretación, y garantizando una intervención oportuna).

Así, la formación especializada debe ser obligatoria, continuada, evaluable y coordinada, abarcando, al menos, los siguientes contenidos:

1. Tipos de maltrato (físico, psicológico, negligencia, abuso sexual, violencia vicaria e institucional).
2. Indicadores de riesgo y señales tempranas (de tipo conductual, emocional, escolares y contextuales, así como identificación de factores de riesgo familiares y sociales).
3. Neurodesarrollo y efectos del trauma (impacto del estrés, apego desorganizado, disociación, dificultades de aprendizaje y memoria, afecciones de la experiencia traumática).
4. Sesgos cognitivos del adulto (negación, minimización, normalización cultural, *victim blaming*, y exceso de confianza en la propia percepción).
5. Y, marco legal y deber de actuación (obligaciones de comunicación, responsabilidades penales y administrativas, procedimientos de protección y principios del interés superior del menor).

Por otro lado, esta formación específica, se ofrecerá en función del perfil del interviniente en el desarrollo vital del menor (profesores y profesionales de la educación, adultos responsables, y jueces, fiscales y operadores jurídicos).

1. En este caso, profesores y profesionales de la educación, son actores clave en la detección temprana, por lo que, se espera que actúen como agentes activos de detección y protección, y no como “meros observadores”.

- a. Por ello, se les instruirá para la observación sistemática de cambios de conducta y estado emocional.
 - b. Para el registro objetivo y documental de signos de riesgo.
 - c. Para el establecimiento de una comunicación segura con el menor, evitando interrogatorios directos que puedan generar estrés.
 - d. Para el conocimiento de protocolos internos de notificación y coordinación, con orientación servicios sociales y fiscalía.
 - e. Y, para el desarrollo de estrategias de prevención y respuesta ante situaciones de violencia o manipulación parental.
2. Luego, los adultos responsables y tutores, recibirán una formación centrada en la protección cotidiana, y en la prevención de negligencia o “maltrato no intencional”. Así, se evitarán situaciones de maltrato por desconocimiento, o prácticas educativas inapropiadas.
 - a. Para ello, se les ayudará a distinguir entre disciplina educativa y prácticas abusivas.
 - b. A detectar negligencia emocional y conductas de abuso sexual no verbalizadas (ya que, más del 70% de los casos de abuso sexual a menores, se producen dentro del entorno familiar).
 - c. Estrategias de manejo de conflicto sin violencia.
 - d. Y, por supuesto, se pondrá en su conocimiento el contacto con canales de alerta seguros y confidenciales, y se atenderá la coordinación con servicios sociales para la intervención temprana.
3. Con respecto a los jueces, fiscales y operadores jurídicos, su papel es crítico, ya que decisiones tardías, o mal fundamentadas, pueden revictimizar al menor. De ahí, que se pretenda que las decisiones que tomen estén basadas en evidencias, y enfocadas en la protección real del menor.
 - a. Para ello, se les formará en Psicología del Testimonio infantil, y en los efectos del trauma en la memoria.
 - b. En evaluaciones de riesgo en procesos de custodia, visitas y medidas cautelares.
 - c. En prevención de la revictimización procesa.
 - d. Se les ayudará a reconocer y abordar casos de violencia vicaria y manipulación instrumental del menor.
 - e. Y, a mejorar la coordinación con peritos, psicólogos y servicios sociales.

Pero, para que la prevención secundaria funcione, no basta con la formación del profesional, sino que se requiere un sistema integral que incluya (1) protocolos claros y obligatorios de intervención, (2) coordinación interinstitucional y, (3) evaluación y seguimiento del menor.

- Protocolos claros y obligatorios porque, se requieren procedimientos unificados de detección y notificación, que incluyan tiempos máximos de respuesta, protección constante, responsabilidades definidas y, por supuesto, protección del denunciante.
- Por otro lado, la coordinación interinstitucional, mediante mesas técnicas periódicas, referentes especializados, canales de comunicación y colaboración continua entre educación, justicia y servicios sociales, es vital, para reducir el tiempo de respuesta y concienciar a los profesionales de que, el maltrato infantil, es un problema grave con consecuencias para toda la vida.
- Por último, no basta con una red coordinada y formada, sino que se requiere un protocolo de evaluación y seguimiento, que controle y analice posibles casos no detectados, competencias adquiridas por los profesionales, y una actualización constante de nuevas formas, sintomatología y procedimientos sobre maltrato infantil.

Sin esos elementos, la formación corre el riesgo de ser un “mero simulacro”, sin impacto real en la protección del menor.

Pero, si se lleva a cabo, pueden, no sólo incrementar la detección de casos ocultos de maltrato, sino reducirse la cronificación del daño, la revictimización institucional, y mejorar la toma de decisiones judiciales y educativas, o garantizarse la protección integral del menor, reforzándose así la confianza en las instituciones.

Por lo que, la prevención secundaria no falla, hasta ahora, por falta de conocimiento, sino por falta de formación profunda, por “miedo” a invertir, fragmentación institucional, o, quizá por la mera priorización de la comodidad del adulto sobre la protección del menor. Y, esto no debe quedar en una simple medida, la formalización y especialización de la formación es, más bien una responsabilidad ética, profesional y legal ineludible.

2.3. PREVENCIÓN TERCIARIA.

La prevención terciaria, en casos de maltrato infantil, constituye una de las actuaciones fundamentales en la protección del menor tras la confirmación del daño.

A diferencia de las estrategias de prevención primaria (orientadas a evitar que el maltrato suceda) o, secundarias (centradas, más bien, en la detección temprana del riesgo), la prevención terciaria se activa cuando el daño ya se ha producido, con el propósito esencial de minimizar las secuelas físicas y psicológicas, impedir la repetición del ciclo de violencia y favorecer la recuperación integral del menor, evitando que el trauma se consolide y condicione su futuro desarrollo emocional, comportamental y social.

Así, cuando el maltrato ha tenido lugar, el primer objetivo es garantizar la protección física y emocional del menor, lo que implica, principalmente, dos prioridades:

1. La primera de ellas, es asegurar que el niño deja de estar expuesto al agresor, ya sea mediante órdenes de alejamiento, supervisión judicial, acogimiento temporal o intervención de los servicios sociales.
2. Y, la segunda, una vez garantizada la seguridad, es el comienzo del proceso clínico y psicosocial de atención especializada (que incluye evaluaciones, diagnósticos y planes de intervención personalizados).

En esta fase, la prioridad es evitar las consecuencias del maltrato, e impedir que se agraven, si ya han sucedido (pues, como ya se mencionaba, los niños maltratados presentan un elevado riesgo de presentar alguna psicopatología, como TEPT, depresión, dificultades en la regulación emocional, problemas de conducta, alteraciones del apego, o déficits académicos).

Dicho de otra forma, la prevención terciaria busca intervenir sobre ciertos ámbitos para amortiguar los efectos del trauma.

Por otra parte, la intervención no se limita al menor. También incluye el trabajo con la familia y, en casos donde no existe riesgo, la implementación de programas de reeducación parental orientados a modificar patrones violentos, mejorar competencias de crianza, y fomentar dinámicas familiares más beneficiosas.

Aunque, si existe un riesgo importante porque la familia deja de ser un entorno seguro, los recursos de acogida o familias supervisadas deben ser la alternativa a seguir.

Intervención psicológica especializada. La escuela como espacio terapéutico complementario.

El tratamiento psicológico (no sólo en las escuelas, sino a nivel integral, o “total”), es el “corazón” de la prevención terciaria.

Existen multitud de modelos terapéuticos a seguir, aunque destacan:

- (1) la terapia cognitivo – conductual centrada en el trauma (TF – CBT);
- (2) el EMDR adaptado a niños y adolescentes;
- (3) la terapia de juego;
- (4) y, las terapias basadas en el apego.

Todas ellas, se orientan al procesamiento del recuerdo traumático, así como a la mejora de los síntomas de ansiedad, miedo, culpa o vergüenza, a la mejora de la autoestima o regulación emocional, a la reparación o fortalecimiento de vínculos afectivos y, a la promoción de habilidades adaptativas.

Sin embargo, la recuperación del menor no depende únicamente de esa intervención, sino que debe trasladarse a la experiencia cotidiana fuera de la consulta, especialmente en la escuela (que, a priori, sería el espacio “determinante” para consolidar los avances y crear un entorno de seguridad emocional que permita una “reconstrucción”).

Y es que, el sistema educativo, es el “actor central” dentro de la prevención terciaria ya que, tras haber sufrido maltrato, multitud de menores presentan dificultades escolares, aislamiento, problemas de conducta o síntomas que interfieren en su aprendizaje.

De ahí la importancia de la figura del psicólogo escolar (que, a diferencia del psicólogo clínico, interactúa con el menor en un entorno naturalizado, en el que puede observar sus comportamientos espontáneos, detectar señales de sufrimiento, y trabajar en intervenciones de apoyo diario).

Así, se identifican varias funciones clave del psicólogo escolar.

1. Tiene la capacidad de detectar dificultades emocionales, conductuales o cognitivas que persisten después del maltrato (cambios bruscos en el rendimiento, retraimiento,

agresividad injustificada, hipervigilancia, problemas de relación con iguales, miedo hacia figuras adultas...).

2. En segundo lugar, proporciona intervención psicológica de apoyo (que, no sustituye la terapia clínica, pero sí la complementa), lo que incluye sesiones breves de acompañamiento emocional, técnicas de regulación, actividades de autoestima, mediación en conflictos, o trabajo en habilidades sociales.
3. Además, el psicólogo participa en la creación de planes individualizados de apoyo escolar (adaptando evaluaciones, flexibilizando exigencias académicas, creando espacios seguros dentro del aula, exigiendo pautas al equipo docente sobre cómo manejar la sensibilidad emocional del menor...).

Otra de las funciones más relevantes del psicólogo educativo, es la coordinación interinstitucional, ya que, después de un caso de maltrato, el menor suele estar inmerso en procesos complejos, que implican decisiones judiciales, seguimientos por servicios sociales y múltiples evaluaciones clínicas. Así, la información procedente del centro escolar, en estos casos, es esencial para evitar o aliviar una parte importante del sufrimiento que el proceso implica para el menor, así como para evaluar su evolución, detectar señales de alarma, o registrar situaciones de riesgo.

Podría decirse que la escuela actúa como un “termómetro” cotidiano del estado del menor, y sus informes pueden influir o directamente en decisiones judiciales sobre custodia, visitas, acogimiento o, incluso reintegración familiar.

Por lo que, el entorno educativo, podría funcionar como un espacio de “reparación simbólica” al ser, para muchos niños, el primer lugar en que pueden construir vínculos y relaciones estables con adultos que no les dañen, desarrollar comportamientos prosociales, y sentirse “competentes” (cosa que, actúa como un potente “amortiguador del trauma”).

Un clima escolar seguro, y una relación positiva con el psicólogo, contribuyen a: (1) reducir la hipervigilancia; (2) favorecer la confianza interpersonal; (3) mejorar la capacidad de establecer vínculos; (4) reforzar la percepción de control y autoeficacia; (5) y, disminuir la probabilidad de repetición de patrones violentos.

3. MEJORA EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y PROTECCIÓN EN LOS CENTROS DE ACOGIDA DE MENORES.

En España, el sistema de protección se activa cuando la justicia comprueba que un menor ha sufrido maltrato y no está seguro en su hogar. La Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, establece en su artículo 21 que “el acogimiento residencial se acordará únicamente cuando no sea posible o conveniente el acogimiento familiar para el interés de la persona menor de edad”. Por lo tanto, aquí entra en juego, y con un papel fundamental, los Centros de Acogida de Menores (CAM).

Desde un punto de vista teórico un Centro de Acogida de Menores es un “equipamiento especializado, diseñado para dar una atención temporal y con carácter de urgencia a niños y adolescentes que la precisen a causa de haber sido objeto de malos tratos, abusos o negligencias, o bien estar en situación de riesgo durante el tiempo estrictamente necesario para volver a efectuar un diagnóstico y propuesta de futuro para la vida de los menores” (Gonzalvo et al., 1994).

En el año 2021 se registraron, del total de centros de acogimiento residencial registrados en España, el 16,3% se encuentran en Andalucía (225 centros con 3.018 plazas en valores absolutos), siendo la Comunidad Autónoma con un mayor número de centros y de plazas a nivel nacional. Sin embargo, la realidad de estos centros presenta una serie de deficiencias bastante críticas; en primer lugar (1) muchos centros de acogida no cuentan con suficiente personal especializado para atender a menores vulnerables y con experiencias traumáticas complejas; por otro lado, (2) existe una sobrecarga y falta de recursos, así la disparidad entre Comunidades Autónomas genera centros con espacios muy limitados; además, (3) la alta rotación del personal impide que los menores, ya vulnerables, creen referentes afectivos estables; y, por último, (4) este modelo trata, sobre todo, en centrar todos los esfuerzos en la protección exclusiva de los menores mediante la detección y los internamientos institucionales, pudiendo aislar al menor de entornos básicos como la escuela o la sociedad en general. Todas estas deficiencias provocan que el sistema, diseñado para proteger, acabe convirtiéndose en un entorno donde el menor vuelve a sufrir o revive su trauma.

Para mejorar esta situación, nuestra asociación tiene claro que es fundamental el refuerzo del acogimiento familiar, siempre que sea posible, como alternativa preferente al residencial. El entorno familiar ofrece estabilidad y afecto necesarios para la reparación emocional y el desarrollo del menor, algo que los centros de acogida no pueden igualar debido a su déficit de recursos y personal. Por otro lado, es necesario protocolos claros de atención integral, para evitar que el menor deba repetir su historia traumática ante múltiples profesionales, reduciendo así el impacto emocional.

Es por ello que, con el objetivo de paliar estas problemáticas presentadas y reforzar los mecanismos de protección integral a la infancia, nuestra asociación participa, en colaboración con Save the Children, en un proyecto orientado a la puesta en marcha de una red de Barnhus en Andalucía. El modelo Barnahus (o “Casa de los Niños”) es un sistema que permite atender, desde una unidad centralizado a niños y adolescentes víctimas de maltrato con el objetivo de evitar la revictimización, ya que concentra en un solo espacio amigable a policías, jueces, psicólogos y médicos, evitando que el niño esté en contacto continuo con el sistema judicial.

En este sentido, el desarrollo de las distintas leyes autonómicas de las respuestas frente a la victimización infanto juvenil dependen en gran medida del marco competencial de las comunidades autónomas y, por ende, el proceso de instauración del modelo Barnahus, quedan supeditados a la voluntad política y las prioridades normativas de cada Comunidad Autónoma. De hecho, actualmente, Cataluña es la comunidad con la red más sólida (cuenta con 13 centros Barnahus en funcionamiento). Sin embargo, dentro de Andalucía, este modelo se sitúa aún en fase de implementación y formación. Es, por lo tanto, urgente que el modelo Barnahus se extienda de forma efectiva en todo el territorio nacional para que el lugar de residencia del menor no determine la calidad de la justicia y protección que recibe.

4. PÓSTER INFORMATIVO.

Otra de las iniciativas fundamentales desarrolladas por nuestra asociación es la distribución en diversos espacios estratégicos (que se detallarán a continuación) de pósteres como una herramienta esencial de sensibilización y prevención de maltrato infantil. Desde nuestra asociación concebimos esta estrategia de una forma muy eficaz, ya que el uso de

pósteres permite un impacto visual directo y accesible, facilitando la transmisión de mensajes de forma clara.

En referencia al contenido de nuestro póster, éste cumple una labor educativa al definir el concepto de maltrato más allá de la violencia física, incorporando otras formas de violencia menos visibles como la negligencia y el abuso psicológico. Además, desempeña una función preventiva y detective esencial, al ofrecer indicadores concretos (tanto signos físicos como cambios conductuales) que permiten a personas no expertas identificar posibles señales de que un menor está siendo víctima de maltrato. De igual forma, el póster proporciona recursos de contacto inmediatos que transforman la preocupación en una respuesta activa frente a esta problemática.

El público objetivo de nuestro póster es multinivel; se dirige, en primer término, a la (1) comunidad en general (vecinos, familiares y ciudadanía) con el objetivo desnaturalizar la idea de que el maltrato es un suceso privado y reforzar la idea de que la protección de la infancia y la adolescencia es una responsabilidad colectiva; del mismo modo, se dirige hacia (2) cuidadores y progenitores, funcionando como elemento de reflexión sobre las pautas de crianza a través de mensajes que promueven acciones relacionadas con la parentalidad positiva (*“¡Educa sin violencia! Con límites firmes, pero respetuosos. Nunca golpes ni humillaciones!”*); por último, ese diseño accesible permite que (3) niños, niñas y adolescentes puedan reconocerse en determinadas situaciones y conocer la existencia de recursos de ayuda a los que pueden acudir de manera directa.

Para maximizar la eficacia de esta estrategia, la colocación de los pósteres se plantean en espacios estratégicos donde la infancia y la adolescencia transita habitualmente y donde interactúan adultos responsables. Entre ellos se incluyen entornos educativos, como la entrada de centros escolares o tableros de anuncio (considerados lugares seguros para los menores); entornos sanitarios, como salas de espera de pediatría, centros de salud de atención primaria y farmacias; espacios comunitarios como centros deportivos, bibliotecas, parques infantiles y centros culturales; y, por último, áreas donde transitan muchas personas, como paradas de autobuses y estaciones de metro.

A continuación se adjunta, a modo ilustrativo, uno de los pósteres realizados:



HABLEMOS SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DEL

MALTRATO EN LA INFANCIA

¿QUÉ ES EL MALTRATO INFANTIL?

Maltrato infantil, es cualquier forma de **violencia** o **negligencia** contra un **menor de 18 años**, especialmente, por parte de sus **cuidadores**.

Se considera maltrato cualquier conducta que, de alguna forma, dañe el **bienestar**, la **supervivencia**, o el **desarrollo físico o psicológico** del menor.

“LA VIOLENCIA DEJA HUELLA. EL CARIÑO TAMBIÉN: ELIGE BIEN”

Tipologías del maltrato.

ABUSO FÍSICO

ABUSO PSICOLÓGICO

VIOLENCIA SEXUAL

NEGLIGENCIA Y ABANDONO

Lo más importante: **escuchar** atentamente al menor, y **prestar atención** a su comportamiento.

¿CÓMO PUEDE IDENTIFICARSE ESTE TIPO DE MALTRATO?

Si un menor presenta alguno de estos **signos**:

Lesiones en partes específicas del cuerpo (piernas, genitales, rostro, espalda o cuello).

Hipervigilancia ante peligro inexistente.

Conductas **autodestructivas**, **baja autoestima** o **evitación** del contacto.

Absentismo o **abandono** escolar.

Desarrollo físico, emocional, o intelectual pobre o **deteriorado**.

A LA COMUNIDAD:
¡ACTÚA ANTE LA MÁS MÍNIMA SOSPECHA!

ANTE CUALQUIER DUDA, CONTACTA CON LÍNEAS DE AYUDA



900 851 818
900 921 111

¡PODRÍA ESTAR SUFRIENDO ALGÚN TIPO DE MALTRATO!



¡Educa sin violencia! Con límites firmes, pero respetuosos. **Nunca golpes ni humillaciones.**

Muestra tu **cariño, apoyo y disponibilidad** emocional.

Pide ayuda a tiempo, si te sientes desbordado. busca apoyo profesional.

5. BIBLIOGRAFÍA.

Alvarez, P., & Olivari, C. (1993). Terapia coactiva del maltrato infantil: la rehabilitación familiar en el contexto judicial. *Psyke*, 2(1).

Álvarez Vélez, M. I., Poole Quintana, M., & Ruiz de Huidobro de Carlos, J. M. (2025). II Estudio de los centros de acogimiento residencial en el ámbito de la protección a la infancia en España: Avances en la estrategia de desinstitucionalización. *Dykinson*.

Bailón, M. À. B., del Arco Bravo, I., & Abad, M. A. M. (2007). Familias, educación y prevención del maltrato infantil. *Bordón: Revista de pedagogía*, 59(1), 31–46.

Baranda, A. G., & Pediátricas, C. D. P. S. U. (2017). Abordaje integral del maltrato infantil. En *Curso de actualización en Pediatría* (Vol. 17, pp. 535–543). AEPap.

Barnahus: la casa que protege a los niños y niñas. (2024, 29 mayo). Save the Children.
<https://www.savethechildren.es/actualidad/barnahus-la-casa-que-protege-los-ninos-y-ninas>

Bernal Cerza, R. E., García Álvarez, I., & Arteaga Delgado, R. (2018). Propuesta de estrategia pedagógica para la prevención del maltrato infantil desde la educación inicial. *Conrado*, 14, 367–373.

Cabanillas, M. C., González, J. M., & Ortega, M. J. (1995). La prevención en el maltrato infantil. *Anuario de Psicología Jurídica*, 5(1), 87.

Calzada Reyes, A. (2004). Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5–6).

Chimoy Bances, K. N. (2018). El maltrato infantil y las estrategias jurídicas necesarias para su disminución.

Espirales Consultoría de Infancia, & Aldeas Infantiles SOS de España. (2020). Llegar a tiempo. Niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo en España: Informe extenso. Aldeas Infantiles SOS de España.

Fernández, V. (2014). Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados. Universidad de Murcia.

Forero, L. C. A., Reyes, A. P. A., Díaz, A. P. G., & Rueda, M. E. V. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *MedUNAB*, 13(2), 103–115.

Fuster, E. G. (1995). El rol del apoyo social en la prevención del maltrato infantil: programas de apoyo a la familia. *Intervención psicosocial*, 4(10), 17.

Giménez-Pando, J., Pérez-Arjona, E., Dujovny, M., & Díaz, F. G. (2007). Secuelas neurológicas del maltrato infantil. Revisión bibliográfica. *Neurocirugía*, 18(2), 95–100.

Gonzalvo, G. O., Zaragozano, J. F., Asensio, C. B., Sanz, J. A., Hernández, M. M., & Quílez, R. N. (1994). Centros de acogida de menores. *Anales españoles de pediatría*, 41(2), 97–101.

Jiménez, B. M., & Herrer, M. G. (2010). La psicología positiva va a la escuela. *Típica*, Boletín electrónico de salud escolar, 6(1), 210–220.

López, M. V. R. (2017). Prevención del maltrato infantil en el ámbito escolar en los Centros Educativos de Dificil Desempeño, el papel protagonista del profesorado. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, 3(1).

Martínez Perpiñá, B. (2024). Reflexiones críticas sobre la implementación del modelo Barnahus en España. *Enfoque jurídico y victimológico*.

Mesa-Gresa, P., & Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el “ciclo de la violencia”. *Revista de neurología*, 52(8), 489–503.

Moraga, R. B. (2023). Consecuencias del maltrato infantil para el neurodesarrollo y su impacto en el entorno escolar. *Journal of Neuroeducation*, 4(1), 7–20.

Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 83–96.

Mouesca, J. P. (2016). Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 2da parte. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(1), 64–74.

Myrabent, V., & Torras, E. (1997). La comprensión psicodinámica y la salud mental: el psicólogo en la escuela. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 111–120.

Observatorio de la Infancia. (2025). Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia, Boletín nº 25: Datos 2022. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Ortuño Muñoz, P. (2012). El proceso judicial como maltrato al menor. En Derecho de familia ante los nuevos retos legales (pp. 184–198).

Palacios, J., Moreno, M. C., & Jiménez, J. (1995). El maltrato infantil: concepto, tipos, etiología. *Journal for the Study of Education and Development*, 18(71), 7–21.

Ramírez, M. A. R., Cruz, R. G., Angélica, M. N., Andrade, O., & Martínez, M. J. P. M. (2008). Influencia del maltrato infantil en el rendimiento escolar. En *Psicología y Educación: un lugar de encuentro* (pp. 2321–2331). Universidad de Oviedo.

Ricart González, B. (2024). Maltrato infantil y separaciones contenciosas: análisis de los mecanismos de seguimiento y coordinación de Servicios Sociales con la instancia judicial. Una visión interdisciplinar.

Santana, D. M., & Egry, E. Y. (2014). Creencias, causas y consecuencias del maltrato infantil. *Horizonte de enfermería*, 25(1), 61–73.

Save the Children. (s. f.). Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia: Guía para profesionales y agentes sociales. Save the Children España.

Sepúlveda García de la Torre, A. (2006). La violencia de género como causa de maltrato infantil. *Cuadernos de medicina forense*, (43–44), 149–164.

Soriano Faura, F. J. (2009). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. *Pediatría Atención Primaria*, 11(41), 121–144.

Supa, J. E. J. (2014). Análisis psicosocial del maltrato infantil. *Avances en psicología*, 22(2), 179–191.

Toro, K. T. (2019). Maltrato infantil: cartografía de una despolitización. *Athenea Digital*, 19(3).