

# VII Congreso Estatal Infancia Maltratada

Prevenir, un esfuerzo común



Madrid 24 - 26  
Noviembre 2004

ORGANIZAN:



Asociación Madrileña  
para la Prevención  
de los Malos Tratos  
en la Infancia

FAPMI  
Federación de Asociaciones  
para la Prevención del  
Maltrato Infantil (FAPMI)

Instituto Madrileño del Menor y la Familia  
CONSEJERÍA DE FAMILIA  
Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid



MINISTERIO  
DE TRABAJO Y  
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SERVICIOS SOCIALES,  
FAMILIA Y DISCAPACIDAD  
DIRECCIÓN GENERAL  
DE LAS FAMILIAS  
Y LA INFANCIA



CONCEJALÍA DE GOBIERNO  
DE EMPLEO Y SERVICIOS  
AL CIUDADANO

madrid

COLABORAN:



Hospital Infantil  
Universitario Niño Jesús



El Defensor del Menor  
en la Comunidad de Madrid



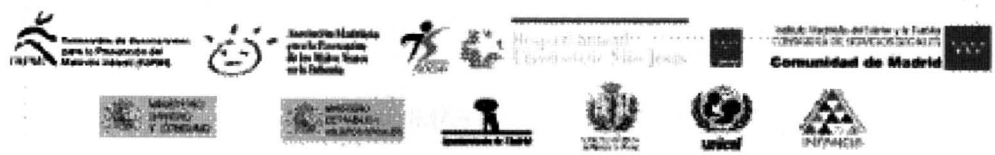


# VII Congreso Estatal Infancia Maltratada

prevenir, un esfuerzo común



Madrid, 24 - 26  
de noviembre  
de 2004



 **Comunidad de Madrid**  
CONSEJERÍA DE FAMILIA  
Y ASUNTOS SOCIALES  
CENTRO DE FORMACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS SOCIALES  
"BEATRIZ GALINDO"  
BIBLIOTECA Y DOCUMENTACIÓN  
Guzmán el Bueno, 24 - 28015 MADRID





Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



[www.madrid.org/publicamadrid](http://www.madrid.org/publicamadrid)

## VII CONGRESO ESTATAL SOBRE INFANCIA MALTRATADA

Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia (APIMM)

Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI)

Coordinación edición: José A. Díaz Huertas

Joaquín Esteban Gómez

Jesús García Pérez

Edita: INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA  
Consejería de Familia y Asuntos Sociales

Portada: Román Redondo

Tirada: 700 ejemplares

Edición 10/04

I.S.B.N.: 84-451-2691-1

Depósito Legal: M-47.352-2004

Imprime: **B.O.C.M.**



**VII CONGRESO ESTATAL  
SOBRE  
INFANCIA MALTRATADA  
Madrid, 24 a 26 de noviembre de 2004**

**Organiza** **Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos  
Tratos en la Infancia (APIMM)**  
**Federación de Asociaciones para la Prevención del  
Maltrato Infantil (FAPMI)**  
Instituto Madrileño del Menor y la Familia  
Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid  
Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia  
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales  
Concejalía de Gobierno, de Empleo y Servicios al Ciudadano  
Ayuntamiento de Madrid  
Casa de América

**Colaboran** Ministerio de Sanidad y Consumo  
Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid  
Sociedad de Pediatría Social  
Asociación Española de Pediatría  
UNICEF - España  
Plataforma de Organizaciones de Infancia (POI)  
Hospital Universitario Niño Jesús



## **Comité de Honor**

Esperanza Aguirre	Presidente Comunidad de Madrid
Alberto Ruiz-Gallardón	Alcalde de Madrid
Jesús Caldera Sánchez-Capitán	Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales
Elena Salgado Mendez	Ministerio de Sanidad y Consumo
Beatriz Elorriaga Pissarik	Consejera de Familia y Asuntos Sociales
Manuel Lamela Fernández	Consejero de Sanidad y Consumo
Ana Botella Serrano	Concejalía de Gobierno, de Empleo y Servicios al Ciudadano
Pedro Núñez Morgades	Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid
M <sup>a</sup> Asunción Ansorena	Casa de América
Alfonso Delgado Rubio	Presidente. Asociación Española de Pediatría
Luis Madero López	Jefe del Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Niño Jesús
Juan Merín Reig	Presidente. Plataforma de Organizaciones de Infancia
Francisco González Bueno	Presidente UNICEF España

## **Presidente del Congreso**

Jesús García Pérez                      Presidente FAPMI

## **Comité Científico**

Presidente José A. Díaz Huertas

Vocales

Juan José García Ferrer	Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Joaquín de Paúl Ochotorena	Facultad de Psicología. Universidad de San Sebastián
Jorge Fernández del Valle	Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo
Félix López Sánchez	Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca
Jesús Palacios González	Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla
Sagrario Mateu Sanchis	Ministerio de Sanidad y Consumo
Esperanza García García	Ayuntamiento de Madrid
Gemma Pons Salvador	Psicóloga. Facultad de Psicología. Valencia
Alfonso Marina Hernando	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
José Jesús Sánchez Marín	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Oriol Vall Combelles	Presidente Sociedad Pediatría Social AEP. Barcelona



### **Comité Organizador**

Presidente	Ana Saz Marín
Secretario	Alberto Guijarro
Tesorero	Carmen Jiménez
Vocales	Carmen Crespo Puras
	Julio Albarran
	Joaquín Esteban Gómez
	Lourdes Fernández Quintanilla
	Azucena Doménech Olivera
	Consuelo Escudero Alvaro

### **Junta Directiva FAPMI**

Presidente	Jesús García Pérez (APIMM, Madrid)
Secretario	Joseph Antón Arrebola (ACIM, Cataluña)
Tesorera	Encarna Díaz Gracia (AMAIM, Murcia)
Vocales	Ana Belén Villa Arrien (AVAIM, País Vasco)
	María Martínez Hernández (ASACI, Asturias)
	Guadalupe Barquero Rodríguez (ADIMA, Andalucía)
	Rosa Maria Trenado Santarén (APREMI, Valencia)
	José Miguel Sánchez Redondo (REA, Castilla La Mancha)
	Juan José Ruso Benito (AMIC, Castilla La Mancha)
	Mercedes Regueira Landeta (PROIN, Navarra)

# PRESENTACIÓN







## **Presentación**

La Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia (APIMM) organiza en Madrid, los días 24 al 26 de noviembre de 2004, el VII Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada.

Este Congreso se enmarca en una dinámica iniciada en 1989 con el I Congreso Estatal celebrado en Barcelona y los celebrados en Vitoria, Madrid, Sevilla, Valencia y Murcia que promovidos por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) y sus asociaciones, de crear espacios de encuentro para el análisis de la problemática de la infancia maltratada en el Estado español

El VII Congreso tiene como meta ser un espacio de reflexión y discusión para todos aquellos que se interesen y trabajan en la prevención del maltrato infantil y en el que se pongan de manifiesto los avances recientes, buscando armonizar las respuestas con los derechos y necesidades de todos los niños y, en particular, de la Infancia Maltratada.

Esperamos que este Congreso y las propuestas que en él se hagan sirvan para avanzar hacia una mayor cohesión social en la prevención y en las respuestas ante el maltrato infantil con el fin de proporcionar un buen trato a la infancia, bajo el lema: *“Prevenir un esfuerzo común”*..

### **EL COMITÉ ORGANIZADOR**

Madrid. 18 de octubre de 2003

## **Objetivos**

El Congreso se celebrara según los siguientes objetivos

- Avanzar hacia un mayor reconocimiento en el respeto de los Derechos de los Niños y en la satisfacción de las necesidades y demandas de la infancia maltratada.
- Promover programas interdisciplinarios de prevención, detección e intervención en maltrato infantil mediante el análisis y discusión de experiencias e investigaciones de los profesionales que desarrollan su actividad en todas las áreas relacionadas con la infancia.
- Fomentar el conocimiento de las legislaciones y modelos de intervención para la protección a la infancia.

## **Destinatarios**

El Congreso esta dirigido a profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, educadores, maestros, pedagogos, médicos, personal de enfermería, abogado, jueces, fiscales, policía, sociólogos, periodistas,...) que ejercen su trabajo en el área de atención a la infancia, estudiantes, y, en general, a todas las personas y organizaciones sociales interesadas por este problema.

## **Organización del Congreso**

El Congreso se desarrollara según las siguientes actividades:

### **Plenarios**

Constituyen el punto de encuentro de todos los participantes y en los que expertos expondrán para su conocimiento y reflexión temas relacionados con la infancia maltratada y marginada.

Los Plenarios analizaran aspectos de las políticas a nivel estatal (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), Autonómico (Instituto Madrileño del Menor y la Familia, y Municipal (Ayuntamiento de Madrid), así como tres aspectos relevantes en la atención y prevención del maltrato infantil desarrollados por ponentes de reconocido prestigio.

En el Acto inaugural el Presidente de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) y del VII Congreso expondrá la visión que desde la FAPMI se tiene acerca de este problema y las necesidades de la infancia en la prevención y atención del maltrato infantil.

### **Simposio**

Destinados a la discusión practica en los que dos ponentes y un coordinador realizaran una aproximación al tema, abriendo posteriormente un debate con la participación de todos los asistentes.

Los simposios se realizaran tres de forma simultanea. Los participantes se inscribirán, según sus preferencias, en los distintos simposios, que elaboraran las correspondientes conclusiones y propuestas.

Los Simposios se desarrollaran mediante una metodología participativa y en ellos se analizara la situación respecto a los diferentes ámbitos de atención a la infancia, problemas y respuestas que se dan al maltrato infantil, según las siguientes áreas y temas:

1. Servicios Sociales
2. Servicios de Protección
3. Acogimiento Familiar
4. Acogimiento residencial
5. Adopción
6. Intervención en casos de abuso sexual
7. Educación
8. Menores Extranjero No Acompañados
9. Abuso sexual
10. Familia
11. Buen trato
12. Observatorio de la Infancia
13. Estrategia Integral de Atención a la Infancia
14. Participación infantil

### **Comunicaciones Orales / Posters**

Se presentaran trabajos seleccionados por el Comité Científico

## PONENTES

Amorós Martí, Pere Baraja Villanueva, Félix	Faculta de Pedagogía. Universidad de Barcelona Subdirector General de Familia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Berástegui Pedro-Viejo, Ana	Instituto Universitario de la Familia. Universidad de Comillas. Madrid
Cano Cano, Margarita Bravo Arteaga, Amaia Carballo García, Serafín	Dirección General de Infancia y Familia. Ayuntamiento de Madrid Profesora Titular. Faculta de Psicología. Universidad de Oviedo Dr. en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Responsable de los Programas Terapéuticos. Servicio de Protección del Menor y Atención a la Familia. Instituto de Serveis Socials y Deportivos de Mallorca.
Casas i Aznar, Ferran Casado Flores, Juan	Facultad de Psicología. Universidad de Gerona Jefe del Servicio. Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Niño Jesús
Cerezo Jiménez, Ángeles	Profesora Titular. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
Castellanos Delgado, José Luis	Jefe del Área de Infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Cierva de Hoces, Blanca de la	Directora General de la Familia. Consejería de Familia y Asuntos Sociales
Crespo Toral, Juan Pedro	Director Residencia Concepción Arenal. Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Dávila González, Javier Díaz Huertas, José A.	Dirección General de Acción Social. Cantabria Director Programa Atención al Maltrato Infantil. Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Esteban Gómez, Joaquín	Coordinador Técnico. Programa Atención al Maltrato Infantil. Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Fernández del Valle, Jorge Ferrandis Torres, Antonio	Profesor Titular. Faculta de Psicología. Universidad de Oviedo Doctor en Pedagogía. Jefe del Área de Adopciones. Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Fuertes Zurita, Jesús	Psicólogo. Gerencia de Servicios Sociales. Junta de Castilla León. Valladolid
García Ferrer, Juan José García García, Esperanza García Gonzalo, Ana García Pérez, Jesús Gotzens Busquetz, Francisco Guervos Maillo, Carlos Lapetra Coderque, Pilar López Sánchez, Feliz Mac Grath, Kieran	Director Gerente. Instituto Madrileño del Menor y la Familia Directora General de Infancia y Familia. Ayuntamiento de Madrid Directora Cruz Roja Juventud. Madrid Pediatra. Hospital Universitario Niño Jesús. Presidente FAPMI Trabajador Social. Servicios Sociales. Ayuntamiento de Valencia Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Área de Políticas de Igualdad. Diputación de Sevilla Catedrático de Psicología. Universidad de Salamanca Director Adjunto Unidad Saint Claire. Children's University Hospital Dublín.
Marrón Zapardiel, Martín	Psicólogo. Coordinador Área de Protección. Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Martín Delgado, Carmen	Jefe Área de Acogimiento. Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Marzal Martínez, Amparo	Directora General del Menor y las Familia. M. Trabajo y Asuntos Sociales



Martínez Segovia, Carmen	Subdirectora General de Infancia y Familia. Ayuntamiento de Madrid
Mojas Casares, Inés	Psicóloga. Asociación Castellano-Leonesa para la Defensa de la Infancia y la Adolescencia. (Rea)
Montane Merinero, María Jesús	Psicóloga. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Noguerol, Victoria	Psicóloga. Directora Clínica Noguerol. Madrid
Núñez Morgades, Pedro	Defensor de Menor. Comunidad de Madrid
Partera González, M <sup>a</sup> José	Psicóloga. Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada. Murcia
Paúl Ochotorena, Joaquín de	Universidad del País Vasco. San Sebastián
Pons-Salvador Gemma	Facultad de Psicología. Universidad de Valencia
Puyo Martín, Carmen	Secretaria Observatorio de la Infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Ramírez Gallardo, Javier	Coordinador del Programa Ciudades Amigas de la Infancia. UNICEF
Romeu Soriano, Javier	Psicólogo. Dirección General del Menor y la Familia. Valencia
Raposo Ojeda, Raquel	Psicóloga. EICAS.
Ruiz Díaz, Miguel Ángel	Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid
Ruiz Tejedor, Mari Paz	Psicóloga. Clínica Médico Forense
Samper, Ignasi	Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia. Barcelona
Sánchez Marín, José Jesús	Jefe del Servicio de Formación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Sanz Cuesta, Rosario	Dirección General de Infancia y Familia. Ayuntamiento de Madrid
Sebastián Enríquez, Ana	Pediatra. Asociación Catalana por la Infancia Maltratada. Barcelona
Vega Sombría, Celsa	Servicios Sociales. Ayuntamiento de Coslada. Madrid
Vidal Fernández, Fernando	Director del Departamento de Sociología y Trabajo Social. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad de Comillas. Madrid

# I. PLENARIOS





## **15 AÑOS DE ASOCIACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL – 15 AÑOS DE CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO DE NACIONES UNIDAS**

**Jesús García Pérez**

**Presidente FAPMI**

El I Congreso sobre Infancia maltratada organizado por la Asociación Catalana para la Infancia Maltratada se celebró en Barcelona en noviembre de 1989 coincidiendo, mes y año, con la aprobación de la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas. Por tanto, coincidimos en el tiempo y celebramos estos días el XV aniversario.

Ambos elementos han contribuido de manera fundamental en el avance en el interés por el maltrato infantil y su prevención en nuestra sociedad.

Se produjeron estos acontecimientos en una época de cambios en materia de atención a la infancia en nuestro país. Recordemos los procesos de desintitucionalización iniciados en la década de los 80, la reciente aprobación, también en un mes de noviembre, de la Ley 21/87 que desjudicializaba la protección de menores, introducía la figura del acogimiento familiar, responsabilizaba a las Comunidades Autónomas y sus servicios sociales en materia de protección de menores, ..., temas que hoy, 15 años después parecen muy lejanos.

Comenzamos el octavo Congreso sobre Infancia Maltratada, siete Estatales y uno europeo, organizados por las Federación para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) y sus asociaciones, Congresos que hasta ahora siempre han significado plantear problemas y necesidades que han supuesto cambios y el impulso programas, investigaciones,....., en el sentido en que se habían puesto de manifiesto en el Congreso.

En 1988 se había fundado la Asociación Catalana para la Infancia Maltratada (ACIM), y el primer Congreso supuso el reconocimiento por parte de las administraciones, profesionales y de la sociedad en general de la importancia de este problema y de la necesidad de abordarlo con respuestas en consonancia de su gravedad y, al mismo tiempo, fue el comienzo de las actividades de las Asociaciones en otras Comunidades Autónomas (Madrid, País Vasco, Murcia,.) y la creación de la Federación.

El II Congreso celebrado en Vitoria en 1991 supuso por una parte cumplir con el compromiso de dar continuidad al trabajo iniciado en Barcelona y la implicación de la Universidad en el tema del maltrato infantil.

El III Congreso celebrado en 1993 en Madrid, en la sede de la Cruz Roja Española en el municipio de Mahadahonda, representó así como el impulso de las asociaciones de infancia con una amplia participación, entre ellas, queremos destacar la de D. Joaquín Ruiz Jiménez presidente de UNICEF y su conferencia inaugural que desarrolló bajo el título: "*Condiciones para que una sociedad no maltrate*", a Ferran Casas "*Instituciones residenciales ¿hacia donde?*", que planteaban hacia donde debían orientarse la sociedad sus esfuerzos y respuestas en la prevención y atención al maltrato infantil.

El IV celebrado en 1995 en Sevilla con una asistencia masiva, mas de 700 personas, introdujo el tema de la calidad y la buena practica en la protección social a la infancia que dio lugar a programas como el Manual de la Buena Practica en la Atención Residencial que realizó la FAPMI dentro de los programas subvencionados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

En 1997 se celebró en Barcelona el Congreso Europeo correspondiente a ese año por encargo de la Internacional Society for the Child Abuse Prevention (ISPCAN) que posibilitó el conocimiento y el intercambio de conocimientos y experiencias de otros países de nuestro entorno y significaba el reconocimiento a nivel internacional del trabajo que, en general y de forma particular la FAPMI, se estaba realizando en nuestro país.

En 1999 en Valencia V Congreso se abordó el problema del maltrato desde el buen trato, el valor del buen trato a la infancia y el coste humano, social y económico del maltrato.

El VI Congreso se celebró en Murcia en abril del año 2002, independientemente de otros aspectos científicos y sociales, debemos destacar que en él se planteó la necesidad de que España dispusiera de un Plan Integral de Atención a la Infancia y establecer de forma definitiva registros de casos detectados de maltrato infantil destacando en este último aspecto los trabajos realizados en el Observatorio de la Infancia, en los que había participado la Federación, y el sistema aprobado por unanimidad en el Plenario celebrado en diciembre de 2001.

Posteriormente en junio en las Recomendaciones sobre el Informe sobre la Aplicación de la Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas presentado por España ambos temas fueron considerados como necesarios para el adecuado desarrollo de la Convención en nuestro país.

En este Congreso pensamos que la prioridad, en primer lugar es la necesidad de potenciar el papel del Observatorio de la Infancia y del desarrollo a nivel autonómico de Observatorios que a nivel de cada comunidad impulsen las políticas de infancia.

Desde una perspectiva global e integral de la infancia, considerada como grupo social, creemos necesario impulsar los trabajos del Observatorio de la Infancia que nos permitan evaluar la calidad de vida de la infancia; detectar sus necesidades y tendencias; valorar la adecuación de las políticas, programas y servicios existentes; y hacer propuestas y recomendaciones para la mejora de actuaciones y políticas.

El compromiso en el cumplimiento de sus acuerdos debe ser una prioridad que rompa con el principio formulado por Ferran Casas de que los temas de infancia son de *"alto consenso, pero baja intensidad"*.

Culminar el desarrollo del Sistema Unificado de Registro de casos de maltrato infantil (RUMI) y aprobar y desarrollar la Estrategia Integral de Atención a la Infancia deben ser aspectos en la atención a la infancia que no admiten mas dilaciones y los cuales están implicadas todas las administraciones, son responsabilidad de todos y, por otra parte, nos permitimos recordar que ambos temas suponen un incumplimiento de la Aplicación de la Convención de los Derechos del Niño en nuestro país.

Una cuarta tema, consideramos que debería ser el incremento de la Cooperación Internacional, fundamentalmente con los países latinoamericanos

Por nuestra parte, también consideramos la importancia de un mayor desarrollo de las Asociaciones y su impulso definitivo en el conjunto de las Comunidades Autónomas que componen el Estado español y desde este Congreso hacemos un llamamiento a ser agentes activos en este campo a todos los participantes independientemente de su situación.

El desarrollo de las asociaciones requiere de nuestro trabajo voluntario, desinteresado y entusiasta pero también requiere de un mayor apoyo por las diferentes Administraciones.

Dentro del lema de este Congreso "Prevenir, un esfuerzo común" una referencia obligada es la Plataforma de Organizaciones de Infancia, entidad que agrupa a 34 organizaciones que trabajamos por la defensa, protección y promoción de los derechos del niño en España, que en las Conferencias de Infancia celebradas en Santander en 2003 y Ávila en 2004 han dado lugar a documentos que recogen la reflexión acerca de la infancia, sus necesidades y las repuestas que se estiman necesarias desde las Asociaciones

Por ultimo, destacar la importancia de la Convención de los Derechos del Niño de la que estamos celebrando este año el XV Aniversario de su aprobación que esta significando grandes cambios en nuestro sistema de atención a la infancia pero que debería ser mas conocida y promocionada entre la infancia con una mayor celebración del Día Universal de la Infancia.

# ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DESDE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Juan José García Ferrer  
Director Gerente  
Instituto Madrileño del Menor y la Familia

## Introducción

Los niveles y expectativas de bienestar alcanzados por la sociedad, los cambios estructurales y la evolución demográfica han tenido entre sus efectos el de una creciente preocupación social por los cuidados y atenciones que recibe la infancia.

El maltrato infantil desde la perspectiva de la historia es un problema que la sociedad reconoce recientemente, siendo en la segunda mitad del siglo XX en la que se produce un avance en el reconocimiento de los derechos del niño, que hace que se refiera a este siglo como el “*Siglo de la Infancia*”<sup>1</sup>.

El papel y la posición de los niños y adolescentes en nuestra sociedad y sus relaciones recíprocas con los adultos han experimentado modificaciones así como las experiencias que los adultos tienen con ellos. Han cambiado de igual forma la naturaleza de las funciones y responsabilidades parentales y educativas en el proceso de socialización, las interacciones inherentes a los espacios de convivencia, la posición de las instituciones respecto de los derechos y atención que precisa la infancia y las representaciones sociales sobre el papel, posición, necesidades y derechos de la población infantil en la sociedad<sup>2</sup>.

El papel de los niños en nuestra sociedad, en la sociedad madrileña, ha cobrado nuevas dimensiones y la infancia se ha convertido en un objeto de atención y de conocimiento como no lo había sido hasta ahora.

La mayor visibilidad de la infancia ha inspirado en la opinión pública y entre los profesionales, instituciones, medios de comunicación y organizaciones sociales, procesos de debate, de sensibilización y de toma de conciencia acerca de los niños.

La nueva representación social acerca de la infancia ha facilitado que se asuma su presencia como categoría social con necesidades específicas, como sujeto social de derechos, con capacidad para intervenir no sólo activamente sobre su propio desarrollo y sobre su entorno, sino para poder cambiarlo.

- Constitución Española de 1978 y cambios en el Código Civil

En nuestro país la Constitución de 1978 abrió la puerta de nuestro derecho positivo a un tratamiento moderno y normalizador de la protección de menores<sup>3</sup>.

El marco jurídico y de garantías en nuestro país se recoge en la Constitución de 27 de diciembre de 1978, que establece el derecho a la vida y la integridad física y moral (art. 15), a la educación (art. 27), a la salud (art. 43),..., y concretamente en el artículo 39 que regula la protección la protección debida a los hijos en particular y a los niños en general desde el principio de igualdad entre sí y de trato de los hijos y de los menores en general, la alteración del concepto convencional de la patria potestad como autoridad y su reconversión por medio del término de *asistencia*, y la universalización y normalización de la protección debida a todos los niños conforme a lo previsto en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos

La Constitución en su conjunto y en particular el artículo 39 tiene una doble importancia, ya que, por una parte es el marco definidor de la política que las autoridades y los poderes públicos deben hacer hacia los niños y, por otra, fue el inicio del proceso que en paralelo con la reforma política y social de nuestra sociedad, ha permitido y esta permitiendo la transformación de los medios y los modos de la intervención social para la protección de los menores mal tratados.

En los años 1980 se inicia un proceso de renovación legal para la adecuación del ordenamiento jurídico al nuevo orden constitucional y a los principios que lo inspiraron.

La Ley 21, de 11 de noviembre de 1987, en el Capítulo referido a la Adopción se modifica por “De la adopción y otras formas de protección de menores”, dando de esta manera, cabida en el Código Civil, en el derecho de familia a las instituciones de protección a la infancia y situando a la adopción como una de ellas, e introducen en la primera norma civil del Estado español las principales instituciones que permiten ofrecer una protección jurídica al menor con dificultades socio-familiares, la Tutela de la Administración Pública, por ministerio de la ley y el acogimiento familiar.

Este breve texto normativo ha producido cambios fundamentales en el sistema de protección derivados de la *desjudicialización* del sistema al otorgar a la Administración las facultades de constituir y ejercer la tutela de los que se encuentran en *desamparo* o para la prevención de *riesgos* a que pudiera verse sometido un niño, si bien mantiene las garantías suficientes de legalidad al mantener la función supervisora del Ministerio Fiscal y la revisora por los Tribunales de Justicia.

Por otra parte, supuso la *descentralización* del aparato de protector al derivar la función tutelar a las entidades públicas de su respectivo territorio, su Comunidad Autónoma.

La entrada en vigor de la figura del *acogimiento familiar* supone la introducción de una nueva filosofía en la atención al niño desde la colaboración con la administración para su cuidado siendo en función del niño en que se adopta esta forma de satisfacer las necesidades de crecimiento y desarrollo del niño en circunstancias de no poder ser atendido por su familia biológica.

Los cambios normativos con la *Ley 21/87 de 11 de noviembre* que modifica artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y la más reciente la *Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor* introducen un marco normativo moderno de protección a la infancia, todo ello desde una acción social y solidaridad acorde con la sociedad contemporánea y no desde la concepción legislativa proveniente del derecho romano.

Convención de los Derechos del Niño: Legislaciones y Tratados internacionales que forman parte de nuestro ordenamiento jurídico.

Las legislaciones y Tratados internacionales aprobados y publicados por la Cortes forman parte de nuestro ordenamiento jurídico <sup>4</sup>, fundamentalmente, la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 1989 ratificada por el Parlamento Español y entro vigor el 5 de enero de 1991.

La Convención sobre los Derechos del Niño señala un amplio ámbito de protección para los menores como sujetos de derechos, derechos que deben ser reconocidos, practicados y defendidos por todos y, especialmente por sus progenitores y por los organismos responsables de su materialización.

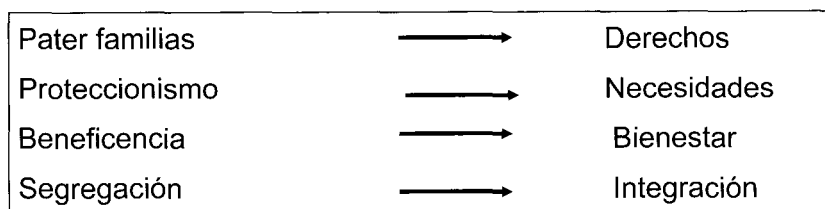
La ratificación por el Estado Español de la Convención de Derechos del Niño supuso la modificación de legislaciones en distintas áreas de la vida de la infancia.

Entre ellas, la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, que entro en vigor en enero de este año, completa y adecua la legislación española a la Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas.

### **Desarrollo de los servicios sociales.**

El desarrollo de los servicios sociales con cambios en equipamientos y servicios, mayor especialización de los profesionales y transformación de la atención residencial convirtiéndose en un sistema moderno de atención social según los derechos, necesidades, bienestar e integración de la infancia (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Cambios en el sistema de atención social a la infancia



Los servicios sociales se han desarrollado fundamentalmente en nuestro país a raíz de la Constitución 1978 que, si bien no define claramente el concepto de asistencia social o servicios sociales, los enmarcan como un *derecho* dentro de un Estado social.

La Constitución Española de 1.978, vino a sentar las bases de lo que podemos definir como “*el derecho de los menores*”, haciendo un reconocimiento explícito de lo que entonces era una laguna existente en dicha materia en las normas de derecho interno, al mismo tiempo que se confirmaba la necesidad de cambiar la idea filosófica sobre el término *menor*, y lo que es más importante, establecer las bases que lo orientaran y desarrollaran desde una nueva perspectiva.

La situación descrita desembocó en un nuevo planteamiento legal del tema del menor, conduciendo a una nueva concepción del Estado en relación con sus miembros; esta concepción es la de un Estado de Bienestar Social, en donde los nuevos planteamientos y actitudes puedan tener su realización.

A lo largo de las dos últimas décadas el sistema de protección de menores, la atención al niño maltratado ha experimentado, por tanto, una profunda transformación afrontando grandes retos como fue la desinstitutionalización y la transformación progresiva de los centros de menores, desarrollar el trabajo con la familia, desarrollo y adaptación de la atención de los servicios sociales,...

Responsabilidad de las Comunidades Autónomas.

El Texto Constitucional, en su artículo 148.1 20º, faculta a las Comunidades Autónomas a asumir plenitud de competencias en materia de asistencia social, para lo que desarrollan las correspondientes leyes y específicas referentes a la infancia<sup>5</sup>, en la Comunidad de Madrid la Ley 6/1995, de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la infancia y la adolescencia, así como los correspondientes organismos para la atención de la infancia, en nuestra Comunidad el Instituto Madrileño del Menor y la Familia dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Este nuevo planteamiento junto con los derivados de los cambios del Código Civil obligó a reorganizar toda la estructura existente y habilitar recursos nuevos por parte de todas las Comunidades Autónomas, que en el caso de la Comunidad de Madrid su Gobierno creó un órgano colegiado, la *Comisión de Tutela del Menor*, para que ejerciera las funciones derivadas de la competencia asumida.

La Comisión de Tutela del Menor se creó en 1.988, como órgano colegiado que se sitúa en el vértice del Dispositivo Tutelar, y que instrumentaliza el ejercicio de la acción tutelar, consecuencia de la *desjudicialización del proceso de acción tutelar*, al pasar la competencia a organismos administrativos, y a la *descentralización*, al crearse órganos en cada una de las diferentes Comunidades Autónomas del Estado.

### **Perspectivas en la atención a la infancia**

Las perspectivas en la atención a la infancia son a través del desarrollo de políticas integrales de infancia, de la coordinación interinstitucional y de criterios de buena práctica – estándares de calidad en la atención a la infancia, que en el campo del maltrato infantil van desde la prevención, diversificación de los recursos, realización de estudios e investigaciones,....



- **Políticas integrales de infancia**

La atención social a la infancia debe tener un carácter global o integral. La consideración de la persona humana como “*un todo*” obliga a tener en cuenta, simultáneamente, sus necesidades de desarrollo físico, social, afectivo, mental, etc <sup>6</sup>.

La atención integral a la infancia no puede pretenderse desde una única esfera de actuación o competencia, ni se dará sin una adecuada comprensión e intervención sobre los múltiples factores que repercuten sobre el bienestar y que se relacionan entre si.

Las políticas integrales de infancia en el marco del las políticas integrales de bienestar social persiguen la extensión de la calidad de vida para todos, a la vez que practican una discriminación positiva, compensatoria de las dificultades que presentan los *más débiles* del subconjunto social, no diferenciando en la medida de lo posible, los sujetos o colectivos sobre los que se actúa, favoreciendo su participación en la vida social y el uso de los recursos disponibles para la población en su conjunto, pretendiendo así evitar la segregación y etiquetación de estos colectivos.

La planificación social en los temas de infancia deja de ser políticas pensadas y destinadas para otros en que los niños son pequeños elementos incluidos en ellas, sino que se desarrollan específicamente para los niños y los adolescentes <sup>7</sup>.

Son los servicios públicos los que se han de acomodar a la realidad de la vida del niño y no este el quien debe ser acomodado a la compartimentación artificial que las administraciones hacen de la realidad en orden a la gestión <sup>8</sup> (Cuadro 2).

**Cuadro 2.** Adaptación de la forma de prestación de los servicios sociales <sup>9</sup>

- *Cambio del estilo de prestación de servicios.*

Un estilo pasivo, "de espera" o "de despacho" de prestación de servicios de protección y atención social a constituir un obstáculo para la prevención en general y para la prevención del maltrato y la violencia familiar en particular.

- *Disponer de sistemas de predicción del riesgo.*

La predicción del riesgo de recurrencia y gravedad del maltrato es posible con un grado considerable de certeza. Los recursos deben ser desarrollados para asegurar, evaluar y retener esta información.

- *Desarrollo de procesos que mejoren la detección y atención temprana de los casos de desamparo y maltrato a la infancia.*

En una perspectiva de prevención secundaria resulta especialmente relevante el desarrollo de procesos que mejoren la detección y atención temprana.

- *Enfatizar en el carácter pedagógico y comunitario de los servicios.*

Una mayor capacidad para comunicarse y resolver problemas imprevistos, respeto por los conocimientos de los no expertos y una actitud que promueva la implicación activa de los clientes y usuarios de los servicios debe orientar la actividad profesional

- **Planes de Atención a la Infancia en la Comunidad de Madrid**

El Plan de Atención a la Infancia en la Comunidad de Madrid de 1995 se puede considerar pionero en el sentido de que marco el inicio de una nueva etapa en la planificación de los servicios sociales de la infancia de la Comunidad de Madrid. Fue aprobado en diciembre de 1994, y su elaboración estuvo estrechamente relacionada con la preparación de la Ley 6/95 de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid, pues ambos documentos participan de los mismos principios, que son resultado y herencia del interés y desarrollo realizado desde los organismos internacionales respecto a la promoción del bienestar y protección infantiles.

El primer Plan establecía los objetivos a desarrollar que han permitido realizar un balance de las actuaciones realizadas y proponer propuestas de futuro y establecer un diagnóstico de necesidades que en la fase de consolidación en que se encontraba al finalizar el referido Plan el Sistema de Atención Social a la Infancia consideraba necesario seguir avanzando en:

- El desarrollo legislativo para contribuir al mejor bienestar de la infancia.
- La búsqueda de una mayor calidad y eficacia en la atención social a la infancia
- La promoción de la participación de la infancia y la adolescencia en el debate en aquellos temas que les afecten.
- La coordinación como única forma posible de la atención integral.
- El diseño de actuaciones preventivas en el entorno familiar, escolar y social de los menores.
- La diversificación de los recursos de protección, creando recursos específicos para necesidades concretas.
- La puesta en marcha de recursos específicos para adolescentes extranjeros no acompañados y no documentados, cuya frecuente llegada ha planteado especiales dificultades para la acción protectora, teniendo en cuenta que los propios menores rechazan o abandonan a menudo la atención residencial que se les ofrece.
- El diseño de proyectos que se realicen en el medio social del adolescente que posibiliten la atención en su domicilio y entorno de relaciones y que faciliten su incorporación a recursos específicos en los casos necesarios.
- El diseño y desarrollo de programas de preparación a la autonomía personal de los adolescente, mediante la inserción sociolaboral.
- El desarrollo de programas de apoyo a los jóvenes que han estado bajo la tutela de la administración al llegar a la mayoría de edad.
- Asegurar la suficiencia de la red recursos residenciales y de medio abierto para los menores infractores y arbitrar los recursos humanos y financieros para que pueda desarrollarse esta nueva competencia.
- La formación de los profesionales, que debe seguir siendo una prioridad en las estrategias de mejora de la calidad y de los servicios primarios y secundarios del sistema.
- Llevar a cabo programas de investigación que permitan conocer las situaciones reales para el desarrollo de nuevos proyectos.
- Iniciar el proceso de descentralización de los recursos en el marco establecido por la Ley de Garantías de los derechos de la Infancia y la Adolescencia, que permita ámbitos de decisión más cercanos a la realidad social de los menores y

El II Plan, para los años 2002 – 2006, continuando con lo desarrollado en el primero, tiene como objetivos:

1. Favorecer y contribuir al bienestar general de la infancia, a la defensa de sus derechos y a la consolidación de su papel dentro de la sociedad.
2. Prevenir los riesgos que comprometen el desarrollo integral de los niños y adolescentes.
3. Prestar la atención necesaria a los menores en situación de riesgo social o desamparo.
4. Prestar la atención necesaria y favorecer la reinserción social de los menores con responsabilidad penal.
5. Mejorar la calidad y la eficacia de la atención social a la infancia y la adolescencia a través de la investigación y la formación.

Estos 5 objetivos generales y 34 específicos se desarrollan en 136 proyectos evaluables.

- **Coordinación interinstitucional**

El desarrollo de estas políticas integrales requiere de intervenciones de diferentes organismos y profesionales: servicios sociales, educativos, sanitarios, policiales, judiciales, asociaciones,....

La optimización de los recursos disponibles mediante la acción coordinada de todos los ámbitos administrativos que desarrollan políticas sectoriales con incidencia en la población infantil y la familia debe permitir dar respuesta de una manera eficaz, globalizadora e integradora a las necesidades y situaciones relacionadas con los menores a través de la

acción coordinada entre los distintos sistemas de atención y protección a la infancia y dentro del sistema de servicios sociales.

El desarrollo legislativo <sup>10</sup> y de programas que incluyan distintas actividades como formación, registros de casos,..., <sup>11</sup> pueden facilitar el impulso de esta coordinación.

En este sentido los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid, regulados en la Ley 18/99, suponen un avance con respecto a anteriores propuestas de coordinación, al ampliar el objetivo meramente protector con otros de promoción y mejora del bienestar y la calidad de vida de todos los menores madrileños como una de las acciones más importantes de prevención.

- **Programa de Atención al maltrato infantil en la Comunidad de Madrid**

El Objetivo 2.5 del II Plan de Atención a la Infancia en la Comunidad de Madrid se refiere de forma expresa a los malos tratos a la infancia estableciendo como objetivo: "Prevenir el maltrato infantil y adolescente así como mediante la formación de los profesionales que tiene relación con la infancia, así como mediante su sensibilización y de la sociedad en general".

La Comunidad de Madrid venía realizando distintas iniciativas en la prevención y atención al maltrato infantil que habían dado lugar a la publicación del Programa de Atención

Desde otras iniciativas también se estaban desarrollando distintas actividades, entre ellas, debemos mencionar en nuestra Comunidad a la Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia que en 1993 había organizado el III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada, los trabajos para la Mejora del Sistema de Atención Social a la Infancia (SASI) de la entonces Dirección General de Protección Jurídica del Menor del Ministerio de Asuntos Sociales y otros, como fue la publicación del libro Niños maltratados en 1997.

En 1997 se planteo la necesidad de organizar un sistema homogéneo de atención y prevención al maltrato infantil en la Comunidad de Madrid, que inicialmente se planteo para el ámbito sanitario. El principio era que todos los dispositivos sanitarios (Atención primaria, hospitales, salud mental,..) y todos los profesionales (médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, matronas,...) tuvieran formación acerca de lo que es el maltrato infantil - diagnóstico y atención - y las intervenciones necesarias ante los casos detectados y que se estableciera un registro de casos que permitiera facilitar la necesaria asistencia social y legal y realizar una aproximación al conocimiento de la realidad de este problema ya que solo sabíamos los datos referentes a los expedientes de protección pero no de las fuentes de detección.

En 1998 se organizo el primer curso y se edito la monografía con los contenidos del Programa, iniciado el Registro de casos de maltrato infantil detectados desde el ámbito sanitario el 1 de enero de 1999.

A lo largo de estos años se han ido desarrollando distintos Programas según las necesidades detectadas y las demandas realizadas tanto de profesionales como de instituciones,

Porque y esto es lo importante, el Programa se siente por aquellos que participan como algo que también es de ellos. Desde su comienzo, el Programa ha contado con una amplia participación de profesionales e instituciones y se ha pretendido como su estrategia fundamental buscar el acuerdo en todas las cuestiones planteadas.

Esto ultimo plantea en la practica sus dificultades debido por cuestiones relativas a los propios profesionales (salud, servicios sociales, educación, justicia, protección, policía,..), de las instituciones implicadas (municipales, autonómicas, estatales, centros privados,...) y a los diferentes Programas: que se han ido iniciando:

- 1998 Atención al maltrato infantil desde el Ámbito sanitario
- 1999 Detección de riesgo social en la embarazada. Prevención del maltrato infantil
- 2000 Atención al abuso sexual infantil
- Atención al maltrato infantil desde salud mental

2001 Atención de enfermería al maltrato infantil

Atención al maltrato infantil desde servicios sociales

2003 Atención al maltrato infantil desde el Servicio de Urgencia Médica (SUMMA).

Estando previsto para los próximos años:

- Atención al maltrato infantil desde el ámbito educativo
- Atención al maltrato infantil desde el ámbito Policial
- Atención al maltrato infantil desde el ámbito de la Justicia
- Atención al adolescente en la Comunidad de Madrid

Quisiéramos específicamente referirnos al *Programa de Atención al maltrato infantil desde servicios sociales* que quizás debería haber sido el primer Programa desde la actual concepción de la atención al maltrato infantil (Ley 21/87; Ley 1/96) y que pensamos que es la pieza clave en el conjunto de todos los Programas.

El papel de los servicios sociales se aborda en todas las actividades y programas realizados desde 1998 y, específicamente, comenzamos a finales de 1999 a discutir / plantear los aspectos relativos al *Programa de Atención al maltrato infantil desde servicios sociales*. Partíamos de la experiencia y del Grupo de Trabajo del Programa de los trabajos y publicaciones del SASI, otras iniciativas como el Estudio Delphi para la elaboración de una Hoja de Notificación de casos de maltrato infantil. (Centro Universitario de Salud Pública - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2000. no publicado) y el Proyecto para la provisión de instrumentos técnicos para la mejora del procedimiento de intervención en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad de Madrid. (Paúl J, Arruabarena MI. Informe primera fase. 1998. no publicado). Pero en la práctica se veía como un tema complejo.

Paralelamente el Observatorio de la Infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en su Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil se planteó la necesidad de desarrollar un sistema unificado de detección, notificación y registro de casos detectados desde los distintos ámbitos de atención a la infancia para el conjunto del Estado español. A pesar de la complejidad del problema se llegó a un documento que en el Plenario del Observatorio celebrado el 12 de diciembre de 2001 fue aprobado por unanimidad (Comunidades Autónomas, Ministerios, Federación Española de Municipios y Provincias, Asociaciones,...).

Ambos trabajos, Observatorio de la Infancia y Comunidad de Madrid, han sido la base del *Programa de Atención al maltrato infantil desde servicios sociales* que en la línea de los anteriores conlleva, entre otras actividades:

- La formación de profesionales (se realizó un Curso en el mes de junio y se elevó otro en el mes de noviembre, estando previsto su continuación en los próximos años),
- Establecer esquemas y protocolos generales de actuación: Proceso de actuación en casos de maltrato infantil desde servicios sociales y sus fases
- Desarrollar un sistema de detección y registro de casos de maltrato infantil desde el ámbito de los servicios sociales
- Edición de manuales
- Coordinación de los distintos dispositivos

El sistema de detección y registro de casos dispone de Hojas de notificación específicas para el ámbito de los servicios sociales, según el modelo elaborado por el Observatorio de la Infancia, que se disponen en bloques y consta para la notificación cada caso de tres copias / ejemplares para:

- el expediente
- remitir, a través del trabajador social, al profesional que notifique el caso o realice la comunicación / consulta con otro servicio que se considere necesario
- enviar el Registro de casos de la Comunidad de Madrid solo a los efectos estadísticos / epidemiológicos.

Todo el Programa tiene como estrategia fundamental el consenso en la elaboración de sus proyectos y realización de sus actividades desde una amplia participación de

profesionales e instituciones según el lema de la Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos a la Infancia: “Prevenir: un esfuerzo común”. A lo largo de estos años se ha ido creando un grupo numeroso de profesionales implicados en el diseño, seguimiento, participación docente,...así como a través de la participación el Grupo de Trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia que nos permite avanzar y realizar modificaciones según se demuestra en la practica su conveniencia.

A pesar de que llevamos 7 años desarrollando este Programa, pensamos que estamos empezando y que no será al menos hasta dentro de otros 5 años cuando podamos valorar su consolidación en todos sus ámbitos profesionales.

También quisiéramos hacer referencia a que, en definitiva, este Programa va en la línea de cumplir las consideraciones del Comité de expertos de Naciones Unidas realizadas en 2002 referentes al cumplimiento en su aplicación de la Convención de los Derechos del Niño en España y el Informe del Comité Especial del vigésimo séptimo periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas (Sesión Especial sobre la infancia. Nueva York. Mayo 2002) en los aspectos relativos al maltrato infantil.

- **Criterios de buena practica – estándares de calidad**

Los estándares de calidad, que se refieren a la palabra castellana norma o patrón, en Protección infantil definirían las acciones e intervenciones que son consideradas de calidad, dicho de otro modo, señalan las condiciones en que debe ofrecerse un servicio de calidad, representan las practicas consideradas mejores en la atención al niño <sup>12</sup>.

La prestación de unos servicios que respondan a unos mínimos de calidad, que se acomoden a la noción de excelencia, la buena practica en la atención social es un derecho de la infancia <sup>13,14</sup>, si bien también podemos decir que respecto a los derechos de los niños es una cuestión siempre de fácil acuerdo teórico, *alto consenso*, pero que en algunas ocasiones puede existir una falta de priorización en la practica, *baja intensidad* <sup>15</sup>.

El abordar el buen trato e incluso su planteamiento como un problema de maltrato institucional <sup>16,17</sup> supone un avance conceptual significativo en las necesidades de la atención social a la infancia e iniciativas como la de la FAPMI estableciendo un decálogo para la prevención del maltrato institucional a la infancia como consecuencia de la celebración de unas jornadas sobre este tema<sup>18</sup> y elaborando un Manual de buena práctica para la Atención Residencial a la infancia y la adolescencia <sup>19</sup> contribuyen de forma notable a mejorar en la atención a la infancia.

## **Conclusiones**

Si bien es verdad que se ha avanzado mucho en la atención a la infancia, al niño y la familia con dificultad social, todavía queda mucho por hacer. Tanto las instituciones como los profesionales y los ciudadanos en general tenemos la responsabilidad de contribuir a la erradicación de los malos tratos mejorando la atención a la infancia.

---

## **Bibliografía**

- <sup>1</sup> Díaz Huertas JA. El maltrato infantil en la historia. En Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González MC (dir). Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos, 1997: 1-7
- <sup>2</sup> Instituto Madrileño del Menor y la Familia. II Plan de Atención a la Infancia y la Adolescencia 2002-2006. Madrid. Consejería de Servicios Sociales. 2003.
- <sup>3</sup> González Soler O. Aspectos jurídicos de la protección infantil. En Paúl J, Arruabarrena MI. Manual de Protección infantil. Barcelona: Masson. 1996: 65-122
- <sup>4</sup> Mariño F, Díaz C (coord.) Código sobre protección internacional de la infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1998
- <sup>5</sup> Flores Escobar L (coord.). Leyes de Protección a la infancia de las Comunidades Autónomas. Materiales de Trabajo nº 70. Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia. 2001
- <sup>6</sup> López F. Necesidades de la infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1999

- 
- <sup>7</sup> Garbarino J, Stott M. Lo que nos pueden decir los niños. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1993
- <sup>8</sup> Casas F. De los sistemas de protección a las políticas integrales. En Casas F. Infancia: perspectivas psicosociales. Barcelona: Paidós, 1998: 305-317
- <sup>9</sup> Costa M, Morales JM. La prevención del maltrato infantil. En Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos, 1997: 325-336
- <sup>10</sup> Ley 18/1999, de 29 de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.
- <sup>11</sup> Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Gómez J (dir). Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1998
- <sup>12</sup> Child Welfare League of America. Standars for abused or neglected children and their families. 1989
- <sup>13</sup> Aznar M. Buena practica y atención social: derecho de la infancia. En García Pérez J, Díaz Huertas JA. (dir) Simposio de Pediatría Social Asociación Española de Pediatría Sección de Pediatría Social. Madrid:200: 131-133
- <sup>14</sup> Fuertes J, Sánchez E. Criterios de la buena práctica en maltrato infantil. En IV Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Sevilla: ADIMA. 1995: 55-72
- <sup>15</sup> Casas F. Infancia: perspectivas psicosociales. Barcelona: Paidós, 1998.
- <sup>16</sup> Martínez A, Sánchez JJ. Malos tratos institucionales. En I Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Barcelona: ACIM, 1989:193-211
- <sup>17</sup> Díaz Huertas JA. Malos tratos institucionales. Instituciones de menores. En II Congreso estatal sobre Infancia Maltratada. Vitoria. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1993: 479-489
- <sup>18</sup> Redondo E (dir). I Jornadas sobre Infancia Maltratada: Maltrato institucional. Diputación Foral de Álava. 1994
- <sup>19</sup> Redondo E, Muñoz R, Torres B. Manual de buena práctica para la Atención Residencial a la infancia y la adolescencia. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. 1998



## POLÍTICAS MUNICIPALES DE INFANCIA

**D<sup>a</sup>. Esperanza García García**  
**Directora General de Infancia y Familia.**  
**Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía**  
**Ayuntamiento de Madrid**

El gobierno local, como Administración más cercana a los ciudadanos tiene, tal y como señala el artículo 81 de la ley 6/1995 de Garantía de los derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid, la responsabilidad más inmediata sobre el bienestar de los niños/as y adolescentes especialmente el de aquellos que se encuentren en situación de desventaja o riesgo social.

En el Ayuntamiento de Madrid los menores de 18 años representan, a 1 de septiembre de 2004, el 15,1% de la población total y su número es de 482.689 (Datos provisionales del Padrón municipal de habitantes). Esta población infantil y adolescente presenta una gran diversidad, tanto en sus orígenes (el 15,5 % es hijo de padres inmigrantes) como en su situación socioeconómica y hábitos de conducta.

La mayor parte de la población infantil y adolescente en nuestra ciudad goza de una buena calidad de vida. No obstante existen factores que exponen a parte de este colectivo a situaciones de riesgo. Según el estudio de necesidades sociales del municipio de Madrid, elaborado por EDIS, del año 2000, 85.595 menores viven en hogares que se sitúan por debajo del umbral de la pobreza y 12.227 en situación de pobreza severa.

En el curso 2003/2004 hubo 3.356 menores absentistas, el 1,14%, siendo mucho mayor el porcentaje de fracaso escolar especialmente en los distritos de la zona sureste y a partir de la etapa de la enseñanza secundaria obligatoria. Existe asimismo un número significativo de jóvenes, 15.300, entre 16 y 18 años desocupados o parados, siendo en general la tasa de desempleo más frecuente entre las mujeres (17,5%) que entre los varones de esa misma edad (13,6%). También los hábitos de consumo de alcohol y otras drogas van en creciente aumento, iniciándose en ellos cada vez a edades más tempranas, así como los trastornos de salud ocasionados por malos hábitos en la alimentación o conductas sexuales de riesgo. También empiezan a ser frecuentes en nuestra ciudad los grupos o pandillas de chicos y chicas adolescentes con conductas asociales, con problemas de desarraigo familiar y de absentismo escolar.

Ante esta diversidad de situaciones, y de necesidades, que la Administración municipal es la que más facilidades tiene para conocer y detectar, el Ayuntamiento de Madrid está elaborando el I Plan Municipal de Atención Integral a la Infancia y la Adolescencia en el que se establezcan las líneas de la política municipal para los próximos cuatro años.

Desde el Ayuntamiento se quiere incidir en *políticas preventivas* que eviten la aparición o cronificación de las situaciones de riesgo en los menores; se quiere *apoyar a todas las familias*, para que puedan cumplir sus funciones cuidadoras y educativas con sus hijos y conciliar su vida familiar y laboral, se quiere *diversificar los distintos recursos de atención a la infancia y la adolescencia existentes* para poder dar una mejor respuesta a las diversidad de situaciones y necesidades que este factor de la población presenta; se quiere *garantizar*, en los distintas demarcaciones territoriales que integran el municipio, los 21 distritos municipales, *una estrecha coordinación y colaboración* entre las distintas instancias privadas y públicas que trabajan en nuestra ciudad en beneficio del bienestar de los niños/as y adolescentes, y se quiere *potenciar la calidad de la atención* que les dispensan, mediante un importante esfuerzo de permanente formación y capacitación, que les permita estar alerta a las cambiantes necesidades que este sector de población presenta.

El Plan quiere impulsar una atención integral a los menores en nuestro municipio, de forma que se puedan desarrollar en plenitud como individuos y como ciudadanos.

El Plan se estructura en seis Áreas que se consideran esenciales en el diseño de una política municipal de infancia y adolescencia.



- I. *La promoción y protección de los derechos de la infancia y la adolescencia*, con especial énfasis en el de la participación, ya que los niños/as y los adolescentes deben ser partícipes de las decisiones de los poderes públicos que les van a afectar; El municipio es un espacio privilegiado para dicha participación, pues muchas decisiones sobre infraestructuras y equipamientos de la ciudad tienen gran repercusión en la calidad de vida de los niños y ellos deberían participar más en su programación y conservación.
- II. *El Área de apoyo a la familia*, como principal proveedora de cuidados y afectos y primer sistema de socialización para los niños/as y adolescentes.
- III. *El Área de educación*, entendida no sólo como transmisión de conocimientos sino como escuela de ciudadanía y de cohesión social, siendo el municipio también un espacio privilegiado para la realización de actividades de educación no formal que van a reforzar el desarrollo integral al que todo menor tiene derecho.
- IV. *El Área de salud*, en su amplio sentido de bienestar físico, psíquico y social, en la que el municipio va a desarrollar fundamentalmente programas preventivos, de vacunación y seguimiento de atención bucodental, de prevención de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual, etc... además de potenciar las competencias municipales en todo lo relativo a consumo, higiene y salubridad.
- V. *El Área de ocio y tiempo libre*, potenciando el derecho al juego como un elemento imprescindible para un desarrollo sano de los menores, garantizándoles los espacios seguros, amplios y en buenas condiciones necesarios para que puedan practicarlo, haciendo de la ciudad un entorno acogedor, que estimule en ellos su sentido de pertenencia a la misma y de responsabilidad en su cuidado y mantenimiento.
- VI. *El Área de atención a la infancia y la adolescencia en dificultad social*. Si bien las políticas municipales de infancia se dirigen a toda la población infantil y adolescente, éstas, como no podía ser de otra manera, ya que es la principal responsabilidad de los poderes públicos en esta materia, dedican una parte muy importante de sus recursos a la atención de los menores más desfavorecidos socialmente, aquellos que tienen problemáticas multicausales, mayor dificultad para ser cuidados y atendidos correctamente por sus progenitores.

En este sentido, y en el marco del Plan que hemos venido describiendo, el municipio de Madrid, que ya contaba con una amplia gama de recursos sociales para la atención a los menores en situación de riesgo social y a sus familias, a lo largo del año 2004 ha puesto en funcionamiento nuevos proyectos para implementar y mejorar la calidad de la atención que se venía prestando a niños/as y adolescentes, tanto para apoyar a las familias para que puedan cumplir sus funciones cuidadoras, preservando la permanencia del menor en la misma, como trabajando directamente con los menores en su entorno, especialmente con los adolescentes, para dotarles de habilidades personales y sociales que faciliten su inserción social.

En síntesis, los recursos del Ayuntamiento de Madrid para la atención a menores en situación de riesgo social y sus familias son:

- *Ludotecas, centros de día, espacio joven*: espacios socioeducativos para la atención a menores en horario extraescolar facilitándoles un ocio creativo y pautas de conducta saludables, así como en el caso de los más pequeños, el apoyo necesario para la conciliación de la vida familiar y laboral de sus progenitores.
- *Servicio de ayuda a domicilio*: para favorecer la permanencia del menor en la familia y evitarle situaciones de riesgo cuando, en situaciones puntuales, sus cuidadores habituales no puedan atenderle.
- *Servicio de educación social*: dirigido a prevenir situaciones de riesgo para los menores mediante actividades preventivas y de atención de carácter socioeducativo, tanto con ellos (educadores de calle) como con sus familias (educadores de familia).
- *Programas de apoyo y seguimiento socioeducativo a adolescentes en su medio de convivencia a través de cuatro centros de día*: dirigido a la atención social específica de

adolescentes que se encuentren en situación de riesgo o conflicto social. Las intervenciones se desarrollan tanto en la calle como con la familia y/o en el centro de día.

- *Programa de apoyo al empleo para adolescentes en riesgo de exclusión social*, a fin de propiciar su inserción laboral mediante actividades de formación en habilidades sociales y específicas de empleo, acompañamiento y talleres de iniciación a procesos de vida independiente.
- *Centros de atención a la infancia*: actualmente el Ayuntamiento cuenta con seis, habiendo iniciado el último su actividad el pasado mes de julio, para dar cobertura a los distritos de Latina y Carabanchel. Los Centros de atención a la infancia son los servicios sociales municipales especializados de atención y protección a la infancia en situación de riesgo social o desamparo. Equipos multidisciplinares intervienen con ellos y con sus familias cuando las funciones parentales de crianza y protección están desvirtuadas o alteradas, perjudicando el adecuado desarrollo evolutivo de los menores y su crecimiento como sujetos autónomos.
- *Programas de implicación familiar en el cuidado y atención de menores*: Con el fin de reforzar la intervención psicosocial en el caso de familias con menores en riesgo o desamparo, con escasa conciencia de esta problemática y dificultades de acercamiento a los servicios sociales más normalizados, se ha puesto en funcionamiento este programa, para evitar la separación del menor en su entorno familiar acercando la intervención psicosocial al ámbito familiar.
- *Programa de apoyo a los acogimientos de menores en familia extensa*. Este programa iniciado también en julio de 2004 tiene como objetivo facilitar información, orientación, formación y espacios de ocio y respiro a las familias biológicas acogedoras, en su mayoría abuelos y abuelas acogedores.
- *Servicio de información, asesoramiento, formación y mediación familiar a través de cuatro centros de apoyo a las familias*. Este recurso iniciado en septiembre de 2004 está dirigido a todas las familias madrileñas, y tiene un carácter eminentemente preventivo. En estos Centros se abordarán tanto aspectos formativos como de mediación para la resolución de conflictos familiares que no supongan una situación de riesgo o desamparo para los menores.
- *Escuelas de padres*: Este recurso se ha ampliado en el año 2004, creando grupos específicos de padres y madres de adolescentes, para ofertar a los padres y madres información y formación sobre aspectos relacionados con las funciones parentales y facilitar un mejor ejercicio de las mismas,
- *Servicio de puntos de encuentro para menores y sus familias en situación de ruptura de la convivencia familiar*. En el año 2004 se ha ampliado este servicio para poder dar una mayor respuesta al cumplimiento de las visitas de los progenitores no custodios con sus hijos, o de otros familiares con los que no convivan.
- *Servicio de Orientación jurídica* en los servicios sociales municipales para facilitar asesoramiento verbal a los ciudadanos sobre cualquier materia jurídica, especialmente en lo relativo al derecho e familia, y facilitarles así el ejercicio de sus derechos.
- *Recursos residenciales para familias en situación de desventaja social con menores a cargo*, con el fin de facilitarles además del alojamiento el apoyo psicosocioeducativo necesario que les permita el correcto ejercicio de las funciones parentales, así como potenciar su autonomía e inserción sociolaboral.

A estos recursos, brevemente esbozados y que se han puesto en funcionamiento o implementados desde la Dirección General de Infancia y Familia para la atención a los menores en riesgo social y a sus familias durante el año 2004, hay que añadir 87 programas, eminentemente de carácter preventivo, que los servicios sociales generales de las 21 juntas municipales desarrollan directamente para una mayor cobertura de las necesidades específicas de su población infantil y adolescente, así como el apoyo que se facilita mediante la concesión de subvenciones a proyectos de la iniciativa social que trabajan también, codo con codo, con el gobierno local por mejorar la calidad de vida de los menores madrileños (en el año 2004 se van a subvencionar desde la Dirección General de Infancia y Familia 86 proyectos)

Por último, el Ayuntamiento de Madrid va a continuar avanzando en su política de atención y protección a menores con la puesta en marcha del Consejo de Área y de los 21 Consejos Locales de Atención a la infancia y la Adolescencia y que van a permitir una mayor colaboración entre las distintas administraciones con competencia en el bienestar de la infancia y la adolescencia y el amplio tejido asociativo que trabaja en la atención a dicho colectivo, así como una mayor participación de los propios menores en el diseño de las políticas municipales que les afectan, a través de la creación de las Comisiones de participación de la Infancia y la Adolescencia, previstas igualmente en el ámbito de los Consejos Locales.

## SITUACIÓN Y PAPEL DEL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN LA ACTUALIDAD

Jorge Fernández del Valle.  
Universidad de Oviedo

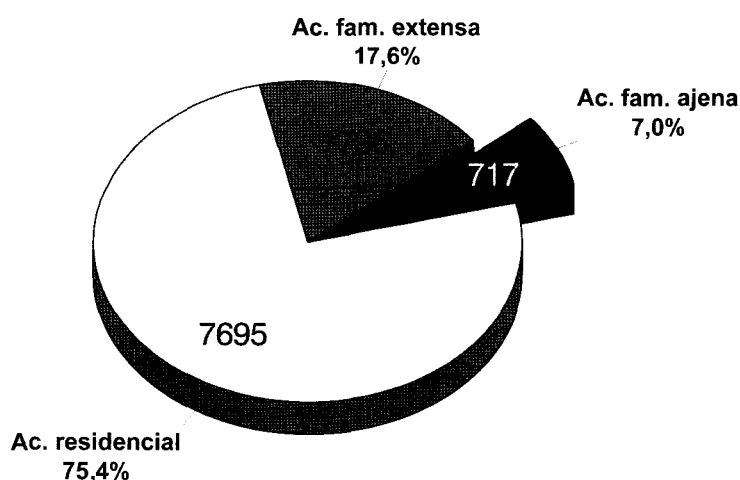
El acogimiento residencial es una de los recursos más antiguos de la protección infantil y durante las últimas décadas se ha tratado de acomodar al nuevo sistema de servicios sociales que surge a partir de los ochenta. La aparición de unos servicios sociales comunitarios con sus cometidos específicos, así como el desarrollo de medidas como el acogimiento familiar, el trabajo más intenso en la adopción, etc., ha planteado con urgencia la necesidad de saber cuál es el papel que debe ocupar el acogimiento residencial con respecto al resto de medidas y al propio sistema de servicios sociales en general y de protección infantil en particular.

### Los datos

Un primer acercamiento puede consistir en analizar cuál ha sido el uso que, de hecho, se ha venido haciendo de este recurso con respecto a los demás. Y así, podríamos observar que la medida de ingreso en acogimiento residencial ha disminuido en la década de los noventa de 6.637 casos ingresados a lo largo del año 1990 hasta 5.803 en el 2000. Una disminución del 13% a lo largo de diez años, considerando que en 1990 se acababa de poner en marcha el Plan Concertado para las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en el que se apoya la intervención familiar en protección, y sólo tres años más tarde de la ley que posibilita el acogimiento familiar, es una disminución muy escasa. Dicho de otra manera, a principios de los años noventa pensábamos que la incorporación del trabajo social con familias desde los servicios comunitarios y el acogimiento familiar vendrían a relevar de un importante número de casos al acogimiento residencial, única medida disponible prácticamente hasta esos años. Y los datos muestran que las cosas han evolucionado de forma bien distinta a lo esperado; el acogimiento residencial sigue siendo la medida protectora más frecuente a gran distancia de las demás (no contamos con datos claros de intervención familiar ya que no se recogen en las estadísticas básicas).

Un estudio reciente encargado por el Observatorio de la Infancia (Fernández del Valle, y Bravo, 2004) sobre la base de unos cuestionarios de recogida de datos para las comunidades y ciudades autónomas revela un panorama que abunda en esta impresión.

Sobre el total de medidas protectoras de acogimiento adoptadas en el año 2002, 7695 casos fueron de acogimiento residencial, 1796 de acogimiento en familia extensa, y 717 de acogimiento en familia ajena. Es decir, el acogimiento residencial supuso el 75,4% de las medidas protectoras aplicadas ese año, mientras que el acogimiento en familia ajena supuso el 7%. Se representan estas cifras en el gráfico siguiente:

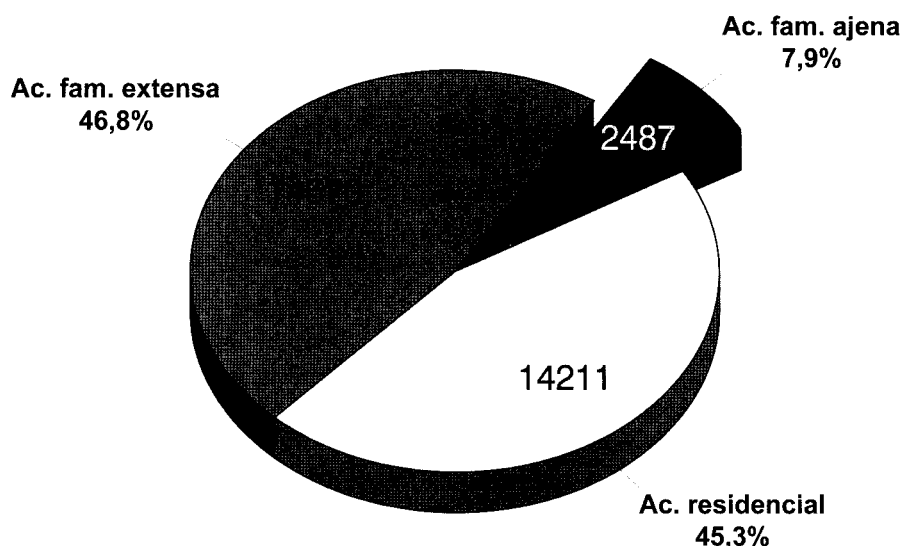


\* Las altas de acogimiento residencial son del 2001

**Gráfico 1.** Altas Acogimiento residencial: cifras del total de España en el 2002. (Fernández del Valle y Bravo, 2004)

También podemos observar en el gráfico 2 las cifras del número de acogimientos que están abiertos en el año 2002 a final de año, es decir, los casos abiertos acumulados.

Puede observarse que las medidas protectoras se reparten a partes iguales entre acogimiento residencial y en familia extensa, mientras que la práctica de acogimiento en familia ajena es muy escaso.



**Gráfico 2.** Acogimientos acumulados al final del año 2002. Cifras total de España. (Fernández del Valle y Bravo, 2004)

Así pues, urge una reflexión sobre el balance de cada uno de los programas y de las medidas de protección infantil, ya que parece que nos hemos anclado en el recurso fácil de las residencias y se ha dejado de crecer en los acogimientos familiares (salvo en los de familia extensa, como es bien sabido y se acaba de ver) y la impresión de los programas de intervención familiar tampoco es muy halagüeña.

### **El papel del acogimiento residencial**

Uno de los aspectos cruciales del sistema de protección infantil es el análisis y propuesta acerca del papel que tiene hoy día el acogimiento residencial. Ha habido una tendencia a creer que estos recursos deben ser una fórmula transitoria para algunos casos (se ha puntualizado en ocasiones que no debe durar más de seis meses o un año a lo sumo) y que habrá casos en los que desgraciadamente esa sea la única opción posible al no ser aplicables otras medidas de carácter más familiar. Añadiremos que existen casos en los que los niños están en acogimiento residencial porque se ha fallado en el intento de acogida familiar, situación que no es tan extraña (especialmente cuando estos acogimientos no se hacen adecuadamente) y que en el Reino Unido afecta a un tercio de los niños y adolescentes en residencias (Brown, Bullock, Hobson y Little, 1998).

Esta perspectiva de uso como he dicho en alguna ocasión “de resignación” (es decir, es malo, pero no hay otra cosa) merece que profundicemos en el tema. Es importante evitar que se entienda por los profesionales que el acogimiento residencial es un recurso para casos en los que fallan otras alternativas o no están disponibles, lo que habitualmente se denominan recursos de “red de trapezista” por su función de último recurso de salvación. También merecerá un breve comentario la referencia a la condición de estancias del menor tiempo posible, resumiendo aspectos que recientemente hemos expuesto (Fernández del Valle, 2003).

El acogimiento residencial ha dejado de ser, desde los ochenta, la (casi) única respuesta de protección de la infancia. Al desarrollarse la red de servicios de protección infantil se establecieron los dos niveles característicos:

- *Servicios comunitarios*: cuyo protagonismo corresponde a servicios de administraciones locales (ayuntamientos, diputaciones, etc.) y cuya misión básica es la prevención, detección, evaluación y una primera respuesta crucial que es la intervención con las familias para ayudar a recuperar un nivel adecuado de bienestar y cumplir sus deberes de educación para con los hijos.

- *Servicios especializados*: cuyo protagonismo fundamentalmente compete a las comunidades autónomas y desde las que se desarrollan las decisiones sobre asumir guardas o tutelas protectoras y sus correspondientes medidas. Estas pueden consistir en intervenciones que implican separación, como el acogimiento tanto familiar (con sus múltiples opciones: en familia extensa, simple, de emergencia, preadoptivo, etc.) como residencial (también con alternativas: hogares, residencias, primera acogida, adolescentes, etc.) y la adopción.

En este marco del sistema de servicios sociales de protección se ha planteado el principio de dar primacía a las intervenciones familiares y tratar de que los niños y niñas no tengan que abandonar el hogar familiar salvo que sea necesario para su protección. Y así, a partir sobre todo del desarrollo de los servicios comunitarios que posibilitan la realización de programas de intervención familiar, se ha creado una primera línea de trabajo que trata de paliar las situaciones de desprotección mediante equipos interdisciplinarios en el seno de las propias familias.

Pero como es lógico suponer, no siempre es posible que el niño permanezca con garantías de seguridad en su hogar. Es entonces cuando se produce la separación y la entidad pública competente debe buscar un entorno sustitutivo. ¿Qué función cumple la residencia en esos momentos? Ya hace tiempo que sintetizamos una propuesta (Fuentes y Fernández del Valle, 1996) que resumimos a continuación:

- Función de *primera acogida y emergencia*: cuando la separación de la familia se produce con carácter de urgencia, o bien la decisión exige completar una evaluación que no se puede hacer con el niño en la familia, cuando ha fallado súbitamente otra medida y no puede retornar a su hogar, etc., la acogida residencial es casi el único recurso posible. Es cierto que las experiencias crecientes de familias de acogida de emergencia son muy alentadoras, pero seguramente cubrirán las necesidades de niños más pequeños y muy difícilmente las de los niños mayores y adolescentes (que son la mayoría de los acogidos en residencias). Además, se haría mal en pensar que los hogares de primera acogida son un recurso paliativo y de entretenimiento mientras se decide otra cosa. Este tipo de servicio debe realizar (y en esto ha mejorado mucho la situación en los últimos años) un trabajo doble: atender las necesidades más urgentes derivadas de la situación de maltrato vivida, así como de la separación familiar y, por otro lado, realizar un trabajo de evaluación del caso desde la privilegiada posición de la convivencia y relación diaria que ayude a los técnicos de protección a tomar la mejor decisión.

- Función de *soporte e impulso para la reunificación familiar*. Cuando la separación se hace necesaria pero el pronóstico es de recuperación familiar y la finalidad es una reunificación familiar, los hogares de protección tendrán que realizar un trabajo de soporte y apoyo, acelerando este proceso de reunificación con estrategias que incluirán el trabajo con las propias familias en el marco de cooperación estrecha con los servicios sociales comunitarios y los técnicos de protección. Ya hace tiempo que algunos autores enfatizaron la importancia de un trabajo residencial enfocado al más pronto regreso al hogar (Garland, 1987; Maluccio, 1988; Whittaker, 1981) y en nuestro país existen experiencias de elaboración de documentos de procedimiento para trabajar desde las residencias con las familias (Junta de Castilla y León, 2000).

- Función de *preparación para la transición a otra familia*, mediante acogimiento o adopción. Como es de imaginar, dependiendo de la edad o del desarrollo y las experiencias familiares previas, no todos los niños están preparados para un cambio inmediato a otra familia. Algunos incluso están en un proceso de secuelas de maltrato que les hacen presentar un perfil muy complicado para ser aceptado por una familia o para que ellos mismos consientan en esta experiencia. En estos casos, el acogimiento residencial puede servir de tiempo de intervención sobre esos problemas y de preparación para el acogimiento o la adopción que optimice sus probabilidades de éxito. - Función de *preparación para la independencia*. En los casos de los adolescentes cercanos a la mayoría de edad, con exiguas posibilidades de acogimiento familiar (tanto por la escasez de familias dispuestas como por la negativa de los propios chicos o chicas) y que no pueden regresar a su hogar, se impone un trabajo que promueva las habilidades de independencia mediante intervenciones breves e intensas. Además, este trabajo tendrá que estar acompañado de una

serie de medidas de apoyo y seguimiento tras el cumplimiento de la mayoría de edad en el que el sistema de protección deja de tutelarlos. Hay muy buenos ejemplos de este tipo de medidas de transición a la independencia adulta pero queda mucho por hacer en esta dirección. Más tarde comentaremos algunas innovaciones en este ámbito.

Se puede apreciar fácilmente la diferencia existente entre creer que la función de los hogares de protección es mantener a los casos que no encajan en otras medidas o decidir que deben ser programas de intervención ajustados a las necesidades de cada niño y niña con la finalidad de recuperar la normalidad de la convivencia familiar lo antes posible (en la propia, extensa o ajena).

En este sentido, que “el primer objetivo debe ser que los niños estén con familias en las que sean queridos”. A la misma conclusión nos aproxima Maluccio (1988) cuando introduce su concepto de *permanency planning* que define como: “el proceso sistemático de llevar a cabo dentro de un breve período de tiempo un conjunto de actividades dirigidas a objetivos concretos y diseñadas para ayudar a los niños a vivir en familias que ofrezcan una continuidad de relaciones, sean padres o acogedores, que les puedan brindar la oportunidad de mantener relaciones para toda la vida” (pág.: 175).

Desde esta perspectiva, el niño que es separado de su familia sólo puede tener dos opciones: la reunificación en la propia, el acogimiento y la adopción. Lo más interesante de esta propuesta es que las aportaciones del trabajo de Maluccio (1988) consisten en examinar el modo en que la estancia de acogimiento residencial puede coadyuvar con este proceso de alcanzar la solución permanente, en un modo muy similar al que acabo de exponer (aunque referido a otro sistema muy diferente como es el de su país).

En síntesis, deseo enfatizar que el acogimiento residencial sólo es justificable cuando cada niño con esta medida tiene un plan de solución permanente (reunificación, acogimiento, adopción o independencia) y que los hogares de protección deben estar al servicio de ese plan con proyectos educativos individualizados (hoy día exigencia normativa en las comunidades autónomas) que elaboran los educadores y que se enfocan a esa solución permanente. Obviamente, la excepción serían los hogares de primera acogida cuya función es de evaluación.

Así pues, los niños no deben estar en residencias porque otras medidas han fallado o no están disponibles, sino para que los niños no fallen en acoplamientos, para facilitar y acelerar procesos de reunificación y de acompañamiento a la edad adulta y para buscar otras medidas disponibles.

En cuanto a los casos de grave dificultad para incorporarse al acogimiento familiar o a las adopciones, que son los que presentan perfiles de mayor problemática, no deberíamos conformarnos con pensar que tienen que quedarse en acogimiento residencial. Si bien es cierto que en los últimos años se han desarrollado los acogimientos de emergencia para niños más pequeños, no menos esperanzas deberíamos tener en los acogimientos y adopciones de niños con necesidades especiales para los que hay un buen número de experiencias en marcha (Amorós, Freixa, Lozano y Mateo, 2002; Artamendi, 2002, Sánchez-Sandoval, 2002).

En este caso me gustaría ser más crítico aún e insistir en lo dicho acerca de los niños institucionalizados, entendiendo por tales a aquellos que permanecen en residencias sin que se acaben de tomar decisiones permanentes mientras transcurren los años. Si no existen recursos para algunos de ellos, lo que compete es imaginar, diseñar, innovar e invertir en protección social. En ningún caso resignarse a que haya casos para los que la opción es vivir años y años en acogimiento residencial (porque eso era lo que ocurría en los setenta, antes de que innováramos con programas de acogimiento familiar). Ateniéndonos a lo expuesto, los hogares de protección podrían trabajar siempre como instrumentos al servicio de un plan de recuperación de la vida familiar (o la independencia), o como afirman algunos autores (Whittaker, Archer, y Hicks, 1998) se trabaja propositivamente, siempre hacia un fin.

Tal como se prometió, diremos algo sobre los tiempos de estancia. Vistas las cosas desde el trabajo de la residencia con las funciones enumeradas, queda claro que el tiempo no se define en abstracto sino en relación a la consecución de esas finalidades. Se puede hacer un buen trabajo con un adolescente dos años para acompañar su independencia y se puede hacer un mal trabajo

en una acogida de cinco meses donde no había objetivos ni claridad y se precipita una solución. Esta realidad tan obvia merece ser subrayada porque ya se han dado ejemplos en los que se fuerzan las cosas para que los niños no permanezcan en acogimiento residencial más allá de un tiempo determinado, realizando regresos al hogar precipitados o medidas de acogimiento insuficientemente preparadas y que ocasionan nuevos fracasos.

Insistiríamos en que el tiempo lo marca, como en cualquier intervención, el alcance de unos objetivos. Como se puede desprender de las funciones del acogimiento residencial, ninguna de ellas prevé estancias prolongadas, ya que los hogares se convierten en contextos de apoyo y trabajo intenso para lograr transiciones (de vuelta a su hogar, a otra familia o a la vida independiente).

Es importante ser cuidadoso cuando hablamos de los objetivos de las intervenciones sociales. Si el objetivo del acogimiento residencial se sitúa en dar atención a los niños para los cuales no hay otra alternativa, una administración que no haya desarrollado estas otras alternativas tendría muchísimos niños en acogimiento residencial, y estaría cumpliendo perfectamente con el objetivo. Si otra meta fuera que no permanezcan más de un año, por ejemplo, el hecho de descargar los niños antes de ese tiempo haría que se estuviera cumpliendo el objetivo (sin importar que tal les va a los niños que cesan el acogimiento familiar) y que se pudieran mostrar como éxitos del sistema de protección. Los objetivos que se planteen deben consistir en logros y mejoras objetivas de situaciones y no en planteamientos muy generales (como bien descubrieron pronto los evaluadores de programas). Otra cosa es que se defienda el criterio de que los objetivos se logren en el menor tiempo posible, pero esto es común a cualquier intervención social, como las intervenciones familiares, por ejemplo, o los acogimientos simples con fin de retorno a la propia familia.

Finalmente, y para evitar malos entendidos, diremos algo sobre los comentarios acerca de lo que las residencias hoy día pueden o no pueden hacer en el sistema de protección. Se ha dicho en ocasiones que el acogimiento residencial está muy limitado en sus posibilidades de cubrir necesidades muy básicas de los niños y jóvenes acogidos (véase Palacios, 2003). Se plantean limitaciones a las posibilidades del acogimiento residencial incluso para recibir tratamiento terapéutico en las residencias, un tratamiento que sería imprescindible para abordar su problema. Lo cierto es que hoy día no existe ningún impedimento que obstaculice el tratamiento terapéutico y, de hecho, una de las tareas que los educadores valoran como bastante frecuente es acudir con los niños a tratamientos terapéuticos (Fernández del Valle y Bravo, 2003). En este trabajo, realizado en el ámbito de la Diputación de Guipúzcoa, el cincuenta por ciento de los niños en hogares requería que los educadores acudieran con los niños al psicoterapeuta. Se podrá decir que quizá se trate de un ejemplo peculiar, pero dado el incremento del perfil de problemas con los que los niños, y especialmente los adolescentes, llegan al acogimiento residencial no es nada extraño. Pero lo más fundamental, en el caso de que nos encontráramos con que existen lugares donde los niños que necesitan tratamiento no lo reciben, sería extraer dos conclusiones. La primera, que se trata de un maltrato que si se produce en familias daría lugar a desamparo y por tanto sería denunciado y habría que exigir responsabilidades. La segunda, y no menos importante, es que donde existan esas situaciones, lo que es evidente es que no se trata de una característica inherente e inevitable del acogimiento residencial, sino de la falta de cuidado que se pone en estos servicios y la poca importancia que algunos gestores de servicios de protección le dan (algo a lo que contribuye poderosamente la idea de que es un recurso del pasado, en extinción, etc.). Otra cosa sería decir que en acogimiento residencial tenemos un serio problema para que los servicios comunitarios de salud mental den una respuesta a nuestros niños y adolescentes, pero esto sería otra discusión (por cierto común a muchos países, véase EUROARC, 1998).

### **Los programas para la vida independiente**

Uno de los aspectos que más se viene demandando por los profesionales es el trabajo con adolescentes que no pueden volver con sus familias ni ser acogidos o adoptados por otras. La necesidad de una transición rápida y forzada a la independencia adulta de tipo laboral casi siempre, reclama contextos de hogares, planes individuales y herramientas apropiadas para trabajar estos aspectos.



A modo de ejemplo, se está implantando en la actualidad un programa con esta finalidad denominado Método Umbrella, que originalmente fue elaborado por un grupo de trabajo en el marco de un proyecto Leonardo Da Vinci, y que ha sido traducido y adaptado recientemente en español (Fernández del Valle y García-Quintanal, 2004). El método permite trabajar intensamente habilidades para la vida diaria desde la temprana adolescencia. Este programa consta de casi 170 fichas de trabajo que permiten adecuar la intervención a cada caso de forma muy flexible. Las áreas de trabajo que cubre son las siguientes:

Los contenidos de las fichas del cuaderno, aproximadamente 180 páginas, se agrupan en torno a cinco grandes áreas:

- *Social*: Familia, amigos, red de apoyo social: incluye relaciones de padres, tiempo libre, y conocer personas.
- *Colegio-trabajo*: incluye búsqueda de trabajo, curriculum vitae, solicitudes de trabajo y entrevistas.
- *Finanzas*: incluyendo presupuesto, cuentas bancarias, salario, pagar recibos, seguridad social e impuestos.
- *Sobre sí-mismo*: trabajo sobre preferencias e intereses, salud, atención médica, alcohol y drogas.
- *El hogar*: incluye donde vive actualmente, establecerse en una casa, seguridad y cocinar.

Muy relacionado con la problemática de los adolescentes están también algunos proyectos de educación sexual para adolescentes que se llevan a cabo con la participación de los educadores en hogares y residencias. Este proyecto está actualmente desarrollándose en algunas comunidades del norte de España en el marco del trabajo del grupo de la Universidad de Oviedo.

Otras tendencias importantes

Otro aspecto que se ha venido desarrollando ampliamente es la introducción de métodos y sistemas de evaluación de la calidad de las residencias, así como el desarrollo de nuevos instrumentos para la elaboración de programas educativos individuales.

Con respecto a la evaluación de la calidad en la atención residencial durante los últimos diez años nuestro equipo de investigación ha ido elaborando un conjunto de instrumentos específicos para la evaluación de la calidad de la atención residencial. Estas herramientas configuran en su versión actual los que llamamos el sistema ARQUA (Acogimiento Residencial y Calidad) que se ha ido construyendo sobre la experiencia acumulada en este tiempo mediante la evaluación de más de cien hogares y residencias de diversas comunidades autónomas, así como entidades colaboradoras.

El sistema ARQUA se compone de los siguientes instrumentos:

- Escala de Observación Ambiental O-AM
- Formulario de recogida de Datos Básicos D-B
- Entrevista para Directores E-DIR
- Entrevista para Personal de atención directa E-AT
- Entrevista para Adolescentes E-ADO
- Entrevista para niños de 6-11 años E-611

A estos instrumentos de elaboración propia se añaden para esta evaluación dos más:

- Cuestionario de problemas de conducta CBC-L de Achenbach
- Cuestionario CBP sobre estrés y satisfacción laboral

A la vista de los instrumentos se puede deducir que la metodología empleada en la evaluación se basa en:

- Entrevistas realizadas a los principales implicados en el proceso: niños y jóvenes, educadores y personal de atención directa y directores.
- Observación mediante visita del equipo de evaluación a cada uno de los hogares con muestras fotográficas y una escala de observación ambiental de aspectos relevantes para este tipo de servicios

- Análisis documental del proyecto educativo y otros documentos similares incluyendo una recogida de información sobre aspectos organizativos tales como turnos, gestión, etc.
- Cuestionarios específicos para elaborar un perfil de la población atendida tanto en problemas de conducta como en variables sociodemográficas y relacionadas con su situación protectora (incluido en el instrumento de datos básicos)
- Autoinforme mediante cuestionario específico sobre satisfacción laboral, estrés y entorno laboral para el personal de atención directa.

Así pues la evaluación se construye sobre una metodología plural que intenta hacer una síntesis de las técnicas básicas imprescindibles (observación, autoinforme, entrevista, análisis documental).

Por otro lado, las entrevistas que en un principio (al comienzo de nuestro trabajo de evaluación hace años) fueron entrevistas muy abiertas se han ido decantando hacia instrumentos cada vez más objetivos y rigurosos, centrados en los aspectos que han ido demostrando su mayor peso e importancia, resultando al final en cuestionarios de ítems a valorar mediante escalas tipo Likert de 1 a 5 puntos, a los que se añaden algunas cuestiones más abiertas. Sin embargo, es importante destacar que no hemos olvidado el aspecto más cualitativo y las entrevistas recogen las razones por las que se dan respuestas especialmente negativas o positivas, de modo que además de la valoración cuantitativa podamos dar una explicación cualitativa.

El procedimiento que se sigue para estas evaluaciones consiste en los siguientes pasos:

- Envío de una información previa con una breve explicación del objetivo y procedimiento que se va a seguir en la evaluación a todos los hogares y residencias a evaluar.
- Envío con dos semanas de antelación del Formulario de Recogida de Información Básica a los directores.
- Entrevista a los directores y preparación con ellos del calendario de visitas a hogares y entrevistas a personal y niños y jóvenes.
- Visita a los hogares y residencias de una o dos evaluadoras, realizando visita guiada por el personal a las instalaciones aplicando la Escala de Observación Ambiental y fotografías del entorno (nunca personas).
- Entrevistas en los propios hogares a personal y niños y jóvenes atendidos.
- Entrega a los educadores de cuestionarios específicos

A partir de esta fase de recogida de información se procede a la creación de las correspondientes bases de datos, así como a la interpretación de cuestionarios y otros análisis. Finalmente se elabora el informe.

Esta técnica, aplicada a más de cien hogares y residencias en los últimos años nos permite decir que la calidad de trabajo es en general satisfactoria y los problemas de estos programas suelen estar muy focalizados y muchos de ellos fáciles de corregir con las orientaciones oportunas.

La calidad es una cuestión principal cuando se trata del trabajo con un conjunto de niños y niñas privados de lo más elemental en nuestra sociedad y conviene decir que dentro del sistema de protección no existe un trabajo tan intenso como el que se ha hecho en residencias, en otro tipo de intervenciones como el acogimiento familiar o las intervenciones familiares. Sería bueno avanzar en esta dirección desde todo el sistema de protección.

## Referencias

- Amorós, P., Freixa, M, Lozano, P. & Mateo, M. (2002). El proceso de acoplamiento en el acogimiento familiar especializado. *Bienestar y Protección Infantil*, 1, 2, 11-34.
- Artamendi, M.R. (2002). "Se buscan abrazos": un programa para la adopción y el acogimiento de niños con necesidades especiales. *Bienestar y Protección Infantil*, 1, 2, 35-44.
- Bravo, A., Fernández del Valle, J. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13, 2, 197-204.
- Brown, E., Bullock, R., Hobson, C., Little, M. (1998). *Making residential care work*. Aldershot: Ashgate.

- Casas, F. (1993). *Spain*. En M.J. Colton, & W. Hellinckx (eds.): *Child Care in the EC*, (pp.:195-211). Aldershot: Arena
- EUROARC (1998): *Care to listen?*. Glasgow: The Centre for Residential Care.
- Fernández del Valle, J. (1992): Evaluación de programas residenciales de servicios sociales para la infancia. Situación actual y aportaciones de los enfoques ecopsicológicos. *Psicothema*, 4, 531-542.
- Fernández del Valle, J. (1997): Evaluación de programas de acogimiento residencial. *Bienestar y Protección Infantil*, III, 1, 48-76.
- Fernández del Valle, J. (1998): *Manual de programación y evaluación para los centros de protección a la infancia*. Valladolid: Servicio de Publicaciones de la Junta de Castilla y León
- Fernández del Valle, J. (2003). Acogimiento residencial ¿innovación o resignación?. *Infancia y aprendizaje*, 26, 3, 365-380.
- Fernández del Valle, J. & Bravo, A. (2003). Análisis de tareas de los educadores en hogares de protección a la infancia. *Encuentros en psicología social*, 1, (3), 296-300.
- Fernández del Valle, J. & Bravo, A. (2004). Situación actual del acogimiento de menores en España. Documento no publicado. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Fernández del Valle, J. & Casas, F. (2002). Child residential care in the Spanish social protection system. *International Journal of Child & Family Welfare*, 5, 3, 112-128.
- Fernández del Valle, J. & Fuertes, J. (2000). *El Acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Fernández del Valle J, García Quintanal J.L. (2004). *El Método Umbrella*. Oviedo: Universidad Oviedo.
- Fernández del Valle, J.; Álvarez-Baz, E. & Bravo, A. (2002). Acogimiento en familia extensa. Perfil descriptivo y evaluación de necesidades en una muestra del Principado de Asturias. *Bienestar y Protección Infantil*, I, 1, 34-56.
- Fernández del Valle, J.; Álvarez-Baz, E. & Bravo, A. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia. *Infancia y Aprendizaje*, 26, (2),
- Fuertes, J. (1992). Tendencias actuales en la atención a la infancia en centros residenciales de protección. *Intervención Psicosocial*, 1, 31-45.
- Fuertes, J. & Fernández del Valle, J. (1996): Recursos residenciales para menores. En Paúl, J. & Arruabarrena, I. (eds.): *Manual de Protección Infantil* (393-445). Barcelona: Massons.
- Garland, D. S. R. (1987). Residential child care workers as primary agents of family intervention. *Child Youth Care Quarterly*, 16, 21-34.
- Hodges, J. & Tizard, B. (1989). IQ and behavioural adjustment of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 53-75
- Junta de Castilla y León (2000). *Documentación para los centros de protección de menores*. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Maluccio, A. (1988). Promoting Permanency planning. En C.E. Shaefer & A.J. Swanson (eds.): *Children in residential care*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002). *Estadística básica de protección a la infancia*. Boletín Estadístico 03. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Palacios, J. (2003). Instituciones para niños: ¿protección o riesgo?. *Infancia y aprendizaje*, 26,3, 353,364.
- Redondo, E; Muñoz, R.; & Torres, B. (1998). *Manual de la buena práctica para la atención residencial a la infancia y adolescencia*. Madrid: FAPMI.
- Sánchez-Sandoval, Y. (2002). La adopción de niños y niñas con discapacidad. *Bienestar y Protección Infantil*, 1, 2, 45-68.
- Whittaker, D., Archer, L & Hicks, L. (1998). *Working in children`s homes. Challenges and complexities*. Chichester: Wiley.
- Whittaker, J. K. (1981). Family involvement in residential treatment: a support system for parents. En A. N. Maluccio & P. A. Sinagoglu (eds.). *The challenge of partnership* (pp: 67-88). Washington: Child Welfare League of America.

# INTERVENCIÓN TEMPRANA EN MALTRATO INFANTIL: PREVENCIÓN DEL IMPACTO A LARGO PLAZO

M<sup>a</sup> Ángeles Cerezo  
Profesora Titular de Psicología Básica  
Directora de la U.I. Agresión y Familia  
Universidad de Valencia

## Introducción

El respeto efectivo a los derechos de la infancia se va abriendo paso con dificultades, desde mediados del siglo pasado. Una mayor conciencia social se ha ido desarrollando y junto a ella ha ido creciendo una sensibilidad por la infancia y sus problemas. La perspectiva ha ido haciéndose cada vez más rica y compleja. En efecto, una primera focalización en el maltrato, sus perfiles y sus características, se ha ido ampliando a una perspectiva en positivo: las buenas prácticas, el buen trato. Si se propicia y se apoya el buen trato, reduciremos y quizá erradicaremos el maltrato.

## Nuevas bases en prevención e intervención

Hoy están apuntando dos desarrollos en el modo de aproximarse a los temas en Psicología, que pueden ayudar en el avance del conocimiento y, en mi opinión, señalan direcciones de futuro para el maltrato infantil.

- El primero se refiere al interés por los perfiles de competencia, los particulares recursos que tienen los individuos y las relaciones para recuperarse, para afrontar y superar los problemas. La investigación en desarrollo humano, resiliencia y psicopatología infantil señala que hay sistemas protectores básicos que parecen sostener un desarrollo razonablemente adecuado en circunstancias adversas, siempre que los sistemas no estén gravemente dañados o, por otro lado, que la adversidad sea tan extrema que exceda la capacidad de cualquiera de superarla (Coie et al. 1993).
- El segundo, relacionado con el anterior, el merecido énfasis en los aspectos dinámicos, de cambio, de función y de adaptación. La vida de los niños está llena de riesgos y estresores recurrentes por lo que la prevención y la intervención tiene que proporcionar protección acumulativa apropiada para procesos de riesgo que también es acumulativo (Masten y Wright, 1999; Yoshikawa, 1994).

Consecuentemente con lo anterior, las estrategias orientadas al proceso, tanto las de prevención primaria, antes de que ocurra el problema, como secundaria, tan pronto como se presenta, deben centrarse en los sistemas de protección o adaptación que, como herramientas de ajuste, se han mostrado fuertemente relacionados con el desarrollo de competencia. Estos son: apego, auto-eficacia y auto-regulación. Así pues, frente a lo que ha prevalecido hasta ahora, es decir, programas para reducir los factores de riesgo o programas para mejorar competencias y habilidades, o ambas cosas, la cuestión es fortalecer los sistemas básicos desde una perspectiva más evolutiva, relacional y ecológica. Y esto es particularmente más evidente en la primera infancia.

## La primera infancia como etapa para la prevención primaria y secundaria.

La primera infancia es una etapa fundacional del camino que seguimos todos los seres humanos. "El ser humano, en su estado de bebé, se gesta en una matriz, el sujeto psicológico se gesta en una relación" (Cerezo, 2004). Y el inicio de esa gestación como sujeto psicológico se configura en la relación con su cuidador primario, generalmente la madre. La fragilidad y extrema vulnerabilidad del bebé y el contexto de absoluta dependencia hacen que las prácticas parentales inapropiadas puedan tener los efectos más adversos precisamente en esa etapa vital. Así pues, en el ámbito de la prevención primaria del maltrato en la infancia una meta principal es precisamente proporcionar apoyo y recursos al ejercicio de la parentalidad de un modo que promueva y fortalezca los sistemas adaptativos protectores. En la misma línea, cuando el problema se ha iniciado, las actuaciones de prevención secundaria deben orientarse a reconducir el fortalecimiento de esos sistemas protectores.

## Sincronía y mutuo entendimiento

La actividad parental adecuada requiere sensibilidad, un constructo complejo que implica dimensiones, conductuales, cognitivas y emocionales. En términos más operativos ser sensible como cuidador significa estar sintonizado con las necesidades cambiantes del bebé, interpretar sus señales, a veces muy sutiles, y responder adecuadamente y con flexibilidad. Apoyar la parentalidad requiere apoyar la sincronía y el entendimiento mutuo (Cerezo y Pons-Salvador, 1999). La matriz relacional que se desarrolla entre la persona cuidadora primaria y el bebé proporciona un espacio inter-subjetivo y afectivo en el cual se despliegan y articulan los procesos psicológicos. Esto, a grandes rasgos, se podría considerar que se manifiesta en una interacción funcional.

## Bases para una interacción temprana funcional

La interacción temprana funcional se apoya en primer lugar en una disponibilidad e implicación física y emocional del cuidador primario. La sensibilidad requiere esta implicación emocional. Así mismo entran en juego competencias personales del cuidador primario como autorregulación conductual y emocional adaptativa, percepción de autoeficacia, capacidad de discriminar contextos y flexibilidad. Todas ellas trasladables y adaptables a la situación de crianza "madre-bebé". Hay además otros aspectos relevantes, a mi juicio, referentes al propio encuentro interaccional entre un "yo" y un "otro". En este caso el adulto como "yo" que percibe, reconoce y acepta al bebé como un "otro" muy especial, absolutamente dependiente física, emocional y cognitivamente. Todo ello añadiendo una distorsión positiva: "mi niño es precioso" Esta relación esta marcada por una clara asimetría que es funcional. La madre sabe quien está a cargo, el bebé no es un igual para ella, ni se cosifica, ni tiene que comprenderla y ser bueno con ella.

Algunas experiencias de intervención temprana que ilustran y desarrollan esta perspectiva

Algunos casos pueden ilustrar el potencial de una intervención temprana basada en estos principios. Los casos ilustrativos provienen de un programa de prevención cuyas coordenadas y objetivos representan la puesta en acción de lo brevemente señalado hasta aquí: el *Parent Child Psychological Support Programme*, (PCPS) desarrollado por Cerezo (2003).

Los casos incluyen: situaciones en que la madre está considerando seriamente dar el niño en adopción, ya lo había hecho anteriormente con otro, y la evolución del mismo a lo largo de toda la intervención en año y medio; la evolución de un niño en dos acogimientos consecutivos, sobre los que se realiza intervención que se extiende por un año y cuya madre, sin pareja, presentaba problemas de retraso, depresión y negligencia; y la evolución en 4 meses de un niño en acogimiento, desde los 18 meses, cuyos padres presentaban un problema grave de adicción.

## Referencias.

- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S., Hawkins, J.D. Asarnow, J.R., Markman, H.J. Ramey, S.L., Shure, M.B. & Long, B. (1993) The science of prevention. *American Psychologist*, 48, 1013-1022
- Cerezo, M. A. (Marzo, 2004). Afrontando soledades: Recursos contra la depresión Seminario Familia y Depresión: Los retos del nuevo milenio *Universidad Internacional Menéndez Pelayo*. Valencia
- Cerezo, M.A. (2003). *The Parent Child Psychological Support Programme, (PCPS). Program Evaluation 18 months later*. Documento no publicado Southwestern Area Health Board. Dublín. Irlanda
- Cerezo, M.A. & Pons-Salvador, G. (1999). Supporting appropriate parenting practices: a preventive approach of infant maltreatment in a community context. *International Journal of Child and Family Welfare*, 1(4): 42-61.
- Cerezo, M.A. (2001) Bad parenting or inappropriate parenting practices? Towards a non-judgemental practice with parents. *Soleir. Newsletter Network of Irish Professionals in Child Protection*, 3, 2-8
- Masten, A.S. & Wright, M.O (1999) Cumulative Risk and Protection Models of Child Maltreatment. In B.B. R. Rossmann, M. S. Rosenberg (Eds.) *Multiple victimization of children: conceptual, developmental, research, and treatment issues*. Binghamton, NY: Haworth
- Yoshikawa, H. (1994) Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin*, 115, 28-54

## **XV ANIVERSARIO DE LA CONVENCION DESDE EL DEFENSOR DEL MENOR**

Pedro Nuñez Morgades

Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid

## **RETOS PARA LA MEJORA DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL EN ESPAÑA**

Joaquín de Paúl Ochotorena

Universidad del País Vasco. San Sebastián

## **SITUACIÓN ACTUAL DE LA PROTECCIÓN INFANTIL EN ESPAÑA. PAPEL DEL OBSERVATORIO DE LA INFANCIA**

Amparo Marzal Martínez

Directora General del Menor y las Familia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

## **LA FAMILIA EN EL X ANIVERSARIO DEL AÑO INTERNACIONAL**

Blanca de la Cierva Hoces

Directora General de la Familia. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Madrid



## II. SIMPOSIOS







# 1. Servicios Sociales

## PAPEL DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

M<sup>a</sup> del Carmen Martínez Segovia  
Subdirectora General de Infancia y Familia  
Área de Gobierno de Empleo y  
Ayuntamiento de Madrid

Los Servicios Sociales municipales desempeñan un papel fundamental en la atención y protección de los menores que se encuentran en situaciones de riesgo social, quedando esta competencia claramente establecida, por lo que se refiere al ámbito regional del Ayuntamiento de Madrid, en el artículo 50 de la Ley 6/1995 de 28 de marzo de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid.

En la actualidad el Ayuntamiento de Madrid, para desarrollar sus competencias de atención y protección social a los menores, se estructura en:

- 25 Centros de *Servicios Sociales Generales*, al menos uno en cada uno de los 21 distritos municipales.
- 6 Centros de atención a la Infancia –CAI- Que son los *Servicios Sociales Especializados en la atención a menores* en situación de riesgo o desamparo y a sus familias, y que dan cobertura a los 21 distritos municipales.
- 25 *Equipos de Trabajo con Menores y Familias –ETMF-*, uno por centro de Servicios Sociales, constituidos como estructuras estables de coordinación entre los profesionales de los servicios sociales municipales de atención a la infancia entre sí, y de éstos con otros servicios, especialmente el Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Comunidad de Madrid, con otros sistemas de protección social (sanidad y educación) y con las entidades de la iniciativa social cuya actividad está relacionada con la atención y protección a menores.
- Un importante *Conjunto de programas que apoyan a los Servicios Sociales municipales* en la consecución de sus objetivos.

I.- Las funciones específicas de los servicios sociales generales en la atención a menores y familias son:

- Informar, orientar y asesorar a las familias sobre los distintos recursos sociales existentes.
- Detectar e investigar las situaciones de riesgo o desamparo en las que puedan encontrarse los menores, conocidas bien directamente o a través de otras instancias relacionadas con los menores: escuela, ámbito sanitario, policía, iniciativa social...
- Valorar los posibles factores de riesgo y factores de protección que el menor presenta y que permitan elaborar el diseño de intervención social o, en su caso, una propuesta de intervención para su valoración por el Equipo de Trabajo con menores y familias.
- Intervenir profesionalmente en el núcleo de convivencia del menor utilizando, según la situación lo requiera, el o los recursos necesarios con los que cuenta el Ayuntamiento de Madrid para la atención a menores y sus familias y que se han relacionado en la Ponencia de la Directora General de Infancia y Familia sobre Políticas municipales de Infancia que figura en esta misma publicación. Esta intervención profesional en el núcleo de convivencia del menor tiene la finalidad de reducir los factores de riesgo y promover los factores de protección que permitan la permanencia del menor en su familia o su retorno a ella si el menor ha sido objeto de una medida de protección que implicó su separación del núcleo familiar.
- Si la situación de desamparo del menor lo demanda corresponderá también a los servicios sociales generales proponer la adopción de la medida de protección necesaria y trabajar para que desaparezca la situación que dio lugar a su adopción.

II.- La función general de los Centros de atención a la infancia, los servicios sociales especializados en la atención a los menores, es la de intervenir en aquellas situaciones de desprotección de los menores en las que las funciones parentales de crianza y protección están desvirtuadas o alteradas, perjudicando el adecuado desarrollo de los mismos y su crecimiento como sujetos autónomos. Esta función genérica se desglosa en las siguientes actuaciones:

- Evaluación de las situaciones de desprotección existentes en el menor.
- Intervención terapéutica con el menor y su familia para la modificación de los elementos disfuncionales en el ámbito relacional y de crianza que originan la situación de desprotección.
- Complementando estas funciones de diagnóstico y tratamiento el CAI desempeña también funciones de apoyo técnico a los servicios sociales generales, en materia de atención a la infancia y la adolescencia, y de coordinación con otras entidades y recursos de atención a menores y familias.
- Cuando la situación de los menores lo requiera, el CAI propone la adopción de la medida de protección necesaria.

III.- En cuanto a los Equipos de Trabajo con menores y Familias, creados en el Ayuntamiento de Madrid en el año 1996 para impulsar el necesario trabajo en red que una buena protección a la infancia requiere, sus funciones son:

- La valoración colegiada e interdisciplinar del riesgo social, desamparo o conflicto social a que se encuentren los menores madrileños.
- El diseño de la intervención a realizar mediante la elaboración del proyecto de apoyo familiar.
- El seguimiento de la evolución de la situación del menor tras las medidas de intervención adoptadas.

Por último hay que destacar la importante función de coordinación y de dinamización de la red, tanto pública como privada, de atención a la infancia que desarrollarán los Servicios sociales municipales generales y especializados a través de la inminente puesta en funcionamiento de los 21 Consejos Locales de Atención a la Infancia y la Adolescencia.

Estos Consejos van a permitir continuar avanzando e impulsando nuevas medidas que permitan mejorar la coordinación entre los distintos servicios e instituciones que inciden en la calidad de vida de los menores residentes en el municipio de Madrid, y muy especialmente en la de los niños/as y adolescentes en situación de maltrato, mediante la creación de las denominadas en el precitado texto legal, Comisiones de apoyo familiar.

## **ATENCIÓN AL MALTRATO INFANIL DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES DEL AYUNTAMIENTO DE COSLADA (MADRID)**

**Celsa Vega Sombria  
Carmen Sánchez Carracedo**

*Servicios Sociales como sistema público y marco legislativo de actuación en la protección a menores.*

*La Atención Social Primaria. Entrada al Sistema.*

*La Atención a la infancia desde Servicios Sociales.*

Servicios sociales como sistema público y marco legislativo de actuación en la protección a menores

Las competencias de los municipios en materia de servicios sociales están recogidos en el artículo 46 de La Ley 11/2003 de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Desarrolla lo establecido por la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de Bases del Régimen Local, en los artículos 25 y 26, en cuanto a la obligatoriedad de prestación de Servicios Sociales en municipios a partir de 20.000 habitantes. En el artículo 46, l) "las competencias que, en materia de atención a menores, atribuye a las Entidades locales la Ley 6/1995, de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid".

El artículo 50 de La Ley de Garantías señala que "La protección social de los menores que se encuentren en situación de riesgo social corresponde al Sistema Público de Servicios Sociales, para lo cual desde la red de Servicios Sociales Generales se desarrollarán las actividades de prevención, atención y reinserción que sean necesarias, encuadradas en los programas correspondientes".

De la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, cabe destacar, por un lado, que establece la obligación de denunciar las situaciones de riesgo o posible desamparo de un menor así como la protección de información relativa a los menores, y, por otro lado, la consideración de las personas menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con derechos propios protegidos por la ley.

La Constitución Española de 1978, que reconoce el derecho de los ciudadanos a los Servicios Sociales, es el punto de partida para la definición de los mismos como sistema público. El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales entre las administraciones públicas, aprobado en 1987, es el acuerdo marco entre la administración central y las administraciones autonómicas para garantizar los derechos básicos en materia de Servicios Sociales que han de tener todos los españoles en igualdad de condiciones.

El sistema público de Servicios Sociales está constituido por un conjunto integrado y coordinado de programas, recursos, prestaciones, actividades y equipamientos destinados a la atención social y con la gestión de las administraciones autonómica y local.

Por último, los Servicios Sociales, Ley 11/2003, artículo 2.1, "...tendrán por finalidad la promoción del bienestar de las personas, la prevención de situaciones de riesgo y la compensación de déficits de apoyo social, centrandose su interés en los factores de vulnerabilidad o dependencia que, por causas naturales o sobrevenidas, se puedan producir en cada etapa de la vida y traducirse en problemas personales".

### **Atención social primaria. Entrada al sistema**

Se trata de una prestación básica de información, orientación y valoración profesional, que tiene el doble fin de garantizar el acceso a los recursos básicos y proveer de datos para el mejor funcionamiento del sistema en su proceso de planificación, programación y evaluación.

Se define como un servicio de carácter general y básico, de atención directa a individuos, grupos, entidades, ante cualquier problema o demanda relacionada con recursos sociales, servicios sociales existentes y utilización de los mismos. Está dirigido a toda la población del municipio.

La organización de los Servicios Sociales municipales de Coslada sigue el criterio de zonificación geográfica. Teniendo en cuenta variables sociodemográficas y otras de carácter

cualitativo, la población está dividida actualmente en diez zonas y se atiende en dos Centros de Servicios Sociales y un Punto de Atención ubicado en un Centro Cívico. La ratio de población atendida por trabajador social oscila entre 6.000 y 10.000 habitantes.

Dado que es la puerta de entrada al sistema se establece un día a la semana sin cita previa para atender las demandas nuevas y garantizar el acceso del mayor número de población posible. Este servicio es atendido por trabajadores sociales y constituye el inicio del proceso de intervención social, se elabora un primer diagnóstico, tomando decisiones, tanto de apertura de expediente si procede como de orientación a un tipo u otro de intervención social, en virtud de las demandas planteadas o detectadas.

La atención social primaria se caracteriza por su polivalencia, esto es, la variedad de demandas sociales que recibe; la proximidad, que se garantiza por la ubicación de los equipamientos y la interdisciplinariedad de los equipos profesionales.

### **La atención a la infancia desde servicios sociales**

Los tres Sectores de Atención que define la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid son la Atención a Menores, Atención a Adultos y Atención a Mayores.

Con respecto a la atención a menores nos señala que las medidas que se adopten irán encaminadas a procurar la atención e integración de los menores en todos los ámbitos de convivencia, favoreciendo su desarrollo personal y *buscando el interés superior del menor*.

En la medida en que la atención social primaria es la estructura dispuesta para el acceso de los ciudadanos al sistema público y a las prestaciones del mismo, la atención a los menores se articula desde los equipamientos de atención, los Centros de Servicios Sociales, poniendo a disposición de los menores y sus familias la acción protectora del sistema, que comprende prestaciones técnicas, económicas y materiales.

### **Detección y atención a menores en situación de riesgo social**

Hay niños y niñas que sufren una situación familiar, social o escolar negativa, que lejos de favorecer su desarrollo, lo comprometen, negándoles la oportunidad de crecer, y sumiéndoles en unas condiciones que deterioran su persona y frente a las que ir adoptando conductas propias o próximas a la marginación social.

Estas situaciones, en las que los niños y las niñas necesitan ayuda en mayor o menor medida, se denominan situaciones de riesgo social. No se producen de forma esporádica, sino que van conformando un patrón de conducta hasta generar un modo de vida que se prolonga en el tiempo y del que cada vez es más difícil salir. Aunque diferentes en su detección, origen y tratamiento, todas estas situaciones tienen varias características en común:

Constituyen la manifestación y resultado de un conjunto de problemas que afectan al bienestar de los padres / tutores y a su presente y pasado.

Afectan negativamente a la salud física y/o psicoemocional de los niños y comprometen su adecuado desarrollo.

Sus efectos negativos aumentan en intensidad a medida que la situación se cronifica o es más severa.

*La Intervención profesional* se realiza desde una perspectiva educativa con menores en riesgo o dificultad social. Se propone esta intervención a las familias con menores cuando se confirma la presencia de *indicadores de riesgo asociado*, tanto en las familias como en los menores. La prestación técnica se garantiza desde un equipo interdisciplinar, integrado por trabajadores sociales y educadores sociales.

La metodología de intervención se define desde una perspectiva global que integra tres líneas de actuación que se complementan entre sí:

*Intervención Individual y familiar*, asistencial o de tratamiento. Con el apoyo de otras prestaciones del sistema, económicas para atender necesidades básicas, y materiales como atención domiciliaria. El Taller de Autoestima y el Taller de Empleo son proyectos que complementan la intervención.

*Intervención Grupal*, destinada a desarrollar actuaciones de promoción y de prevención. De carácter formativo y dirigido a padres, madres o tutores desarrollamos los “Ciclos de Educación Familiar”. Los contenidos de dichos ciclos se diferencian en tres grupos de edades: 0-6, 6-12 y 12-16. Con un enfoque educativo y lúdico, y dirigido a menores en edad de escolarización obligatoria, ejecutamos el proyecto que denominamos “Proyecto Educativo Comunitario”. La formación de grupos en este proyecto distingue alumnado de primaria y de secundaria. Dentro de secundaria realizamos, a su vez, dos subgrupos, 12-14 y 15-16.

Los destinatarios de estos proyectos son los propios usuarios de Servicios Sociales y se diseñan en función de las necesidades que se detectan en zona, cubren objetivos complementarios a la intervención profesional con la unidad familiar.

*La intervención comunitaria*, entendida fundamentalmente como coordinación interinstitucional y coordinación interáreas municipales, con el Equipo de Atención Temprana, Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica, Centros Educativos y Equipos de Atención Primaria de Salud; con las concejalías de Educación, Cultura, Mujer, etc.

Desde una perspectiva de *complementariedad* de las distintas intervenciones profesionales en la atención a las familias y a los menores se cuenta con un recurso específico de atención psicológica:

*Servicio de Atención Psicológica a la Infancia y la Adolescencia (S.A.P.I.A.)*, es un recurso especializado dirigido a menores que precisan apoyo psicológico específico. Este servicio se crea para dar respuesta al aumento de trastornos socioemocionales y de conducta en la infancia y la adolescencia relacionados con las condiciones socioculturales y familiares en las que viven estos menores. Al Servicio de Atención Psicológica se accede previa derivación interna de los equipos que realizan intervención socioeducativa.

Para dar respuesta a la necesidad de *coordinación entre instituciones* en la detección de situaciones de riesgo y maltrato infantil Servicios Sociales impulsa y apoya técnicamente la creación de una Comisión,

*Comisión de Apoyo Familiar*. Dada la importancia de la coordinación entre profesionales para abordar el maltrato infantil se creó la Comisión de Apoyo Familiar, de acuerdo a la Ley 18/1999, de 29 de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid, que funciona en Coslada desde 1992 para el abordaje interinstitucional del maltrato a menores. La Comisión se reúne, desde entonces, una vez al mes y está integrada por los siguientes servicios e instituciones: equipos de Atención Primaria de Salud, Centro Municipal de Salud, Unidad de Salud Mental, Policía Local, Policía Nacional, técnico de Educación y técnicos de Servicios Sociales.

La finalidad de la Comisión desde su inicio ha sido la de disponer un espacio de ámbito municipal para la detección de situaciones de riesgo observadas desde los distintos servicios.

Los *objetivos* de la Comisión son:

- Detectar situaciones de riesgo.
- Atender las situaciones de carencia y desprotección de los menores y sus familias.
- Prevenir situaciones de desprotección en la infancia.
- Sensibilización de profesionales del ámbito escolar, salud, policial, y a la población en general sobre los derechos y las necesidades de los menores.
- Investigación.

*Tipología de maltrato* que utiliza la Comisión:

Identificamos los tipos de maltrato dependiendo de si las acciones que lo constituyen implican una acción o una omisión. Y, si tales acciones ponen en peligro la satisfacción de las necesidades físicas o emocionales del/la menor.

*Funcionamiento interno ante un caso de maltrato infantil:*

*Recepción del caso*. Detección y derivación desde cualquier servicio, centro educativo, policía, centro de salud o desde Servicios Sociales. Con cierta frecuencia ocurre que la detección se realiza simultáneamente desde varios servicios.

*Estudio y diagnóstico* del caso en Servicios Sociales y con las instituciones implicadas, independientemente del servicio que detectó, se parte de un enfoque interinstitucional e interdisciplinar. Incluye recogida de información de otros servicios, se anticipan decisiones del tipo de quién será el profesional de referencia para la familia y se perfilan las estrategias de intervención.

Se procede a la cumplimentación y al envío de la Hoja de *Notificación* del caso al Programa de Maltrato Infantil de la Comunidad.

*Intervención profesional*, realizado un primer diagnóstico se procede al diseño de un programa de intervención con la participación de la familia y comunicación al resto de servicios implicados. Incluye propuesta de ayudas o puesta a disposición de recursos con el objetivo principal de prevención y protección de los menores. A veces el recurso es el pretexto para realizar el control y el seguimiento. La intervención será, excepcionalmente, sólo de Servicios Sociales, y en la mayoría de los casos procede diseño de intervención conjuntamente con otros servicios.

Ante la detección de un caso *urgente*, con riesgo grave para la integridad física o psíquica del menor, se procede a la intervención con Informe propuesta dirigida a Comisión de Tutela, para la adopción de medidas de alejamiento del medio familiar.

Como proyecto coparticipado con servicios e instituciones del ámbito educativo se desarrolla el proyecto denominado "*Intervención en Absentismo Escolar en los Centros de Enseñanza Obligatoria*". Se desarrolla de acuerdo al Programa Marco de Prevención y Control de absentismo escolar de los municipios de la Dirección Territorial de Madrid-Este.

Como recurso especializado disponemos de:

*Punto de Encuentro Familiar*, (P.E.F.), recurso de prevención de situaciones de riesgo que pudieran derivarse de la ruptura familiar. Es un lugar donde niños, niñas y adolescentes pueden reunirse con su progenitor/a no custodio y otros familiares, para mantener una adecuada relación sin riesgo para su integridad física, psicológica o emocional. Está dirigido a personas empadronadas en Coslada que presentan dificultades para cumplir el régimen de visitas. El acceso al Punto de Encuentro es a través de Servicios Sociales, previa comunicación del Juzgado, de Comisión de Tutela o por indicación de los propios Servicios Sociales.

# PAPEL DE LOS SERVICIOS SOCIALES ANTE EL MALTRATO INFANTIL

Francisco Gotzens Busquets

Psicólogo. Servicios Sociales  
Ayuntamiento de Valencia

El interés profesional y social por la problemática del maltrato infantil ha sido creciente desde la segunda mitad del Siglo XX (“Siglo de la Infancia”). Desde entonces se han producido importantes cambios legislativos a nivel internacional, estatal y autonómico, así como numerosas investigaciones y publicaciones que han hecho tomar conciencia de la importancia de la responsabilidad pública en el tema de la “protección a la infancia”.

En este marco de la responsabilidad pública en la obtención del bienestar de la infancia y, en consecuencia, en el abordaje del maltrato, aparecen implicadas distintas administraciones y distintos subsistemas de bienestar. El desarrollo legislativo y la elaboración de instrumentos de detección, de protocolos de notificación, de programas de intervención, etc. evidencia que la protección a la infancia implica la intervención coordinada de profesionales de distintas administraciones y servicios. Intervención coordinada que requiere, entre otros aspectos, cuestiones tan básicas como unificar criterios sobre lo que es o no es maltrato infantil, concretar las competencias propias de cada sistema y servicio, fijar los límites de cada uno de ellos, sistematizar y protocolizar la coordinación entre todos, etc.

Hay un amplio acuerdo acerca del papel básico y central de los Servicios Sociales en el ámbito de la “protección a la Infancia”. La responsabilidad que sobre esta cuestión se deposita en los profesionales de los Servicios Sociales nos obliga aun más -si cabe- a esforzarnos en clarificar, fundamentar y delimitar tanto las competencias que nos son propias como los límites de nuestra actuación. A ello intento contribuir con las reflexiones que aporto a continuación centradas en torno a lo que considero son los tres ejes básicos para clarificar las cuestiones competenciales en esta materia: Concepción del maltrato; marco legislativo y delimitación del Sistema de Servicios Sociales. Lógicamente, lo analizo desde el contexto de la Comunidad Autónoma Valencina y, más concretamente, del Ayuntamiento de Valencia. Al final, apunto una serie de cuestiones que considero hay que debatir con el fin de conseguir que la intervención coordinada de todos los implicados en el abordaje del maltrato infantil sea realmente efectiva, es decir, exenta de solapamientos, interferencias y vacíos inaceptables.

## 1. Del “maltrato infantil” al “bienestar infantil”.

Las definiciones del maltrato infantil han ido evolucionando hasta el momento actual en el que el maltrato ya no se define en función de actos o lesiones concretas, tipificables y punibles, sino en relación con los *derechos* y *necesidades* de los niños y niñas, es decir, en función de cómo se satisfacen sus necesidades, de cómo se garantizan sus derechos y, en definitiva, de cómo se consigue su “bienestar”. Abordarlo desde esta perspectiva amplía considerablemente la percepción de lo que es maltrato a la infancia, ya que incluye como tal aquellas situaciones que, aunque no tengan una implicación legal o médica evidente, sí constituyen un riesgo para el adecuado desarrollo del menor y para su bienestar. Y, en consecuencia, esta ampliación del concepto de “maltrato infantil” incide de forma directa y decisiva en el tema de la asignación y delimitación de competencias que estamos tratando.

Los niños se encuentran inmersos en un proceso de crecimiento, de adquisición de capacidades y habilidades. La incorrecta satisfacción de sus necesidades en este proceso de desarrollo puede poner en peligro su crecimiento e integridad. De ahí que se establezca un paralelismo entre “maltratar” y “no satisfacer adecuadamente las necesidades de los menores”, es decir, no ofrecerles las condiciones básicas que garanticen su bienestar y posibiliten su desarrollo y autonomía. Por lo tanto, el grado en que se satisfacen estas necesidades infantiles establece justamente el límite entre el “*buen trato*” y el “*maltrato*” o, en otros términos, entre el “*bienestar*” infantil y la “*desprotección*”.

Si entendemos por bienestar infantil “*aquella situación en la que puede considerarse que las necesidades básicas del menor están cubiertas*”, nos hemos de remitir, lógicamente, a la



pregunta sobre cuáles son las *necesidades* de los niños y niñas que deben cubrirse para potenciar o estimular su correcto desarrollo. Y, desde esta perspectiva de las “necesidades”, entenderemos que se produce “maltrato infantil” en aquellas situaciones en las que *no se satisfacen adecuadamente* estas necesidades fundamentales vulnerando, de esta forma, los derechos básicos de los menores. Así podría definirse el “maltrato infantil” como: “ *Aquella situación en la que, por acción o por omisión, no accidental, se priva al niño de sus derechos y de su bienestar, afectando negativamente a su normal desarrollo, físico, psíquico y social, y cuyos autores son los responsables de su cuidado y desarrollo (personas; instituciones o la propia sociedad)* .

Siguiendo con estos aspectos conceptuales, una vez delimitado el *qué* sobre lo que hay que intervenir, cabe hacer una referencia al *cuándo* hay que intervenir, dado que esta cuestión también incide en el tema de los límites de las competencias institucionales. En este sentido cabe recordar que una de las aportaciones más importantes de la Ley 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, es que amplía el concepto de “*desprotección*” a las situaciones de “*riesgo*” y no sólo a las de “*desamparo*”, como había ocurrido hasta dicha normativa. En la práctica significa que esta ley amplía la *obligatoriedad* de las Administraciones Públicas a *intervenir* en cuanto se detecta una situación de “*riesgo*” para un menor.

Desde esta perspectiva, los poderes públicos, en cumplimiento de las competencias legalmente asignadas en la protección de menores, deberán intervenir en función del continuo “*bienestar-riesgo-desamparo*” que puede producirse en todos los menores en la medida de cómo se cubran sus necesidades básicas. Por lo tanto, las situaciones de “*riesgo*” y “*desamparo*” constituyen la situación genérica que denominamos “*desprotección*” y que obliga inexcusablemente a la intervención de los órganos competentes.

## 2. ¿A quién compete la Protección de Menores?.

Para responder a esta pregunta hay que acudir a la *legislación actual* en materia de protección de menores, tanto a nivel del Estado como –en nuestro caso– de la Comunidad Autónoma Valenciana:

- La *Ley Orgánica, 1/1996, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor*, es actualmente la ley de referencia, en el ámbito estatal, cuando nos preguntamos sobre las competencias en la protección de menores. En este sentido establece:
  - Que la protección de menores corresponde a la *Entidad Pública competente en materia de Protección de Menores* (que se fija en los distintos estatutos autonómicos).
  - Y *extiende a todos los ciudadanos, autoridades* y, especialmente a los *profesionales* en contacto con los menores, la obligatoriedad de *detectar* situaciones de desprotección y maltrato; *ponerlo en conocimiento* de la autoridad competente y *prestar el auxilio* oportuno e inmediato al menor que se encuentre en esta situación (hace una referencia explícita a la denuncia del absentismo escolar).

Las distintas *Comunidades Autónomas* establecen cuál es la Entidad Pública Competente en materia de Protección de Menores y, en sus legislaciones específicas sobre menores, delimitan las competencias que atribuyen a *las Administraciones Locales* a través de los Servicios Sociales Generales (de titularidad municipal), es decir, a través de los Equipos Municipales de Servicios Sociales.

En definitiva, la responsabilidad acerca de la protección de los menores corresponde, en primer lugar, a la *Entidad Pública competente en Protección de Menores* de cada Comunidad Autónoma. En segundo lugar, a las *Administraciones Locales*, a través de los Servicios Sociales Generales (Equipos Municipales de Servicios Sociales). Y, según estipula el art. 13 de Ley 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, la detección, notificación y auxilio inmediato de las situaciones de maltrato, se constituye en obligatoria para todo *ciudadano, profesional o autoridad* que tenga conocimiento o sospecha de cualquiera de estas situaciones.

- La *Comunidad Valenciana* tiene competencias exclusivas en materia de protección de menores desde el año 1982, en base al art. 34 del *Estatuto de Autonomía* (Ley Orgánica 4/1992, de 5 de Junio). Para desarrollar estas competencias en orden a la

promoción y defensa del menor, la Generalitat Valenciana se ha ido dotando de una *normativa legal propia* de la que –para nuestro caso– hay que destacar:

- *Ley 7/1994, de 5 de diciembre, de la Infancia:*
  - Regula de forma integral la actuación de las Instituciones Públicas Valencianas, los agentes sociales y la ciudadanía en la atención a los menores en todos los ámbitos.
  - Establece las *entidades públicas* sobre las que recaen las competencias en la protección de menores en la Comunidad Valenciana: *La Generalitat Valenciana* (a través de la Consellería de Bienestar Social) y las *Corporaciones Locales* (a través de los Servicios Sociales Municipales).
  - Asigna y delimita las *competencias* que le corresponde a cada uno de los agentes de intervención. (Concede amplias competencias a los Ayuntamientos).
- *Reglamento de Medidas de Protección jurídica del menor en la Comunidad Valenciana* (aprobado por el Decreto 93/2001, de 22 de Mayo, del Gobierno Valenciano).
  - Reúne y completa, en un *solo instrumento* jurídico, las actuaciones a desarrollar en la Comunidad Valenciana en materia de protección de menores.
  - Regula armónicamente y de *forma integral* las medidas de protección de menores en la Comunidad.
  - Establece las *competencias y procedimientos* de las distintas instituciones de protección de menores: Generalitat Valenciana; Corporaciones Locales y Instituciones colaboradoras.

De este marco jurídico puede concluirse que, en la Comunidad Valenciana, las entidades públicas con competencias en protección de menores son:

- *La Generalitat Valenciana.* Que asume las potestades y facultades de protección del menor y las ejerce a través de la *Consellería de Bienestar Social*. Entre otras, la legislación le asigna las siguientes competencias: *Coordinación general* de la atención a la infancia; *Planificación* de programas y recursos; *Evaluación* de necesidades y programas; *Decisión* en la aplicación de *Medidas de Protección*; *Desarrollo* de los *Servicios Especializados* precisos; *Garantizar* la existencia de un sistema permanente de atención inmediato al niño que permita atender *situaciones de urgencia*; *Poner* al servicio de la atención a la infancia *todos los recursos* de los distintos subsistemas de bienestar: Servicios Sociales; Educación; Sanidad; Vivienda; etc.; y el *Desarrollo* de los programas dirigidos a *promover* el conocimiento de los recursos destinados a la atención de la infancia, la sensibilización acerca de los derechos del niño, la sensibilización de la infancia en los valores democrático, la creación de lugares de esparcimiento y encuentro, el desarrollo cultural de la infancia, el fomento del asociacionismo y recursos comunitarios, la creación de condiciones ambientales que propicien el rechazo de la violencia en todas sus expresiones etc.
- *Las Corporaciones Locales.* Se estipula que las competencias que tiene atribuidas las entidades locales deberán ejercerse a través de los *Equipos Municipales de Servicios Sociales* o de los *Servicios Integrales de Atención a la Familia*. Entre otras, se les asignan como competencias: La *Prevención* de las situaciones de desprotección social y desarraigo familiar; *Información, orientación y asesoramiento* a los menores y a las familias; *Apreciación, intervención y aplicación* de las medidas oportunas en situaciones de “riesgo”; *Intervención familiar*; *Detección y diagnóstico* de situaciones de “desamparo” y *propuesta de medidas* protectoras al órgano autonómico; *Seguimiento* de las medidas de protección adoptadas por el órgano autonómico; *Participación* en los programas de acogimiento familiar y adopción de menores, en las fases de información captación y formación de familias, así como en los seguimientos de *acogimientos y adopciones*; *Diseño, implantación y evaluación* de programas de

inserción social; y otras intervenciones en materia de protección social de menores que les sean atribuidas por ésta o por otras normas.

- *Las entidades de integración familiar. Que si han sido previamente habilitadas por la Generalitat, estas entidades (asociaciones o fundaciones sin ánimo de lucro) podrán colaborar en el ámbito de la protección de menores, realizando funciones de: Apoyo, Guarda y Mediación. Siempre dentro de las limitaciones que la Generalitat señale, así como bajo las directrices, inspección y control para las que se les habilite.*

### 3. Los Servicios Sociales.

*Dando un paso más en la clarificación de competencias hay que preguntarse: ¿por qué las situaciones de desprotección infantil son objeto de intervención de los Servicios Sociales?*

El Sistema de Servicios Sociales, al igual que otros sistemas (el educativo, el sanitario, etc.) se identifica por sus prestaciones, es decir, por el tipo de necesidades a las que da respuesta. Entre las múltiples definiciones que se han ido forjando acerca de los Servicios Sociales, aportamos una muy concreta que ayuda a dar respuesta al interrogante formulado: “Los Servicios Sociales es el sistema que tiene como objetivo garantizar la atención a las necesidades básicas y prevenir la exclusión, defendiendo la igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos públicos”.

El abordaje de las situaciones de maltrato desde el sistema de Servicios Sociales se desarrolla, por tanto, a partir de los imperativos propios del sistema: garantizar la atención a las necesidades básicas y prevenir la exclusión, defendiendo la igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos públicos. Aunque sometido a cambios sociales y a una distinta jerarquización según el momento histórico, el Sistema Público de Servicios Sociales articula recursos y estrategias de intervención para responder a las necesidades de: subsistencia; información; accesibilidad; convivencia; cooperación; participación; reinserción y protección. Por tanto, es sobre este sistema sobre el que recae fundamentalmente la competencia y responsabilidad de la protección integral de los menores –atribuida por la propia normativa vigente- desde la perspectiva de la prevención de las situaciones de riesgo, la detección y notificación del maltrato, y la consiguiente valoración e intervención.

Las distintas legislaciones autonómicas sobre Servicios Sociales coinciden básicamente en la formulación de las necesidades específicas a las que se deben dar respuesta desde los Servicios Sociales, estableciéndose así unas prestaciones homogéneas y una red de servicios que son la base del Sistema Público de Servicios Sociales. Por otra parte, estas legislaciones autonómicas también coinciden en otorgar la titularidad de los Servicios sociales Generales o de Atención Primaria a las *Corporaciones Locales*, es decir, a los entes más cercanos a la realidad y al desarrollo de la vida de los ciudadanos. Este hecho fundamenta la consideración –ampliamente admitida- de que los Servicios Sociales, a través de todos los municipios o mancomunidades, constituyen un sistema privilegiado para conocer las necesidades de cada comunidad y que, en consecuencia, son el instrumento imprescindible tanto para abordar la prevención, detección y intervención ante las situaciones de maltrato infantil, como para coordinar las actuaciones con los otros subsistemas. Este papel central y coordinador de los Servicios Sociales Municipales en la atención al maltrato infantil se refuerza, si cabe, con otras consideraciones:

- Los estudios más recientes sobre la problemática del maltrato utilizan el modelo ecológico como teoría explicativa, que postula la intervención de factores múltiples que operan de forma simultánea en la aparición de cualquier episodio de violencia familiar. En este sentido, una aproximación al problema del maltrato infantil -desde los Servicios Sociales Municipales- es necesariamente **globalizadora** dado que implica la atención al individuo desde su núcleo familiar y convivencial de origen.
- Desde los Servicios Sociales Municipales las posibilidades de detección del maltrato son **muy amplias**. Su campo de observación e intervención abarca tanto las dificultades que acontecen en el ámbito individual o familiar, como del medio (red de apoyos y aquellas que impiden el acceso normalizado a los recursos).
- Los Servicios Sociales Municipales son **identificados** por la población como los tradicionales receptores de las denuncias de situaciones de maltrato infantil. Y, paralelamente, las demandas relativas a situaciones de maltrato son de más difícil

recepción por parte de otros servicios o entidades dedicados a áreas de atención más específicas.

- Uno de los objetivos básicos de los Servicios Sociales consiste en facilitar el acceso de los usuarios a los distintos recursos. De ahí que los profesionales de los Servicios Sociales Municipales reciban **puntual y periódicamente** informaciones obtenidas de diferentes entidades y servicios (colegios, centros de salud, policía, etc) acerca de distintas problemáticas familiares, lo que les proporciona una importante información acerca de cada caso y, en consecuencia, les facilita la detección del maltrato infantil. Por otra parte, estos otros servicios, por sus competencias específicas, difícilmente se encuentran conectados entre sí.

El *proceso* que se articula ante situaciones de desprotección infantil es complejo y se compone de *distintas fases* con sus objetivos, tareas y distintos responsables. Por este motivo, nos referimos a continuación a estas fases que guían el proceso de intervención ante las situaciones de desprotección infantil, no tanto para profundizar en su contenido y metodología sino con el objetivo de señalar qué fases o actuaciones consideramos que son responsabilidad básica de los Servicios Sociales y cuáles entendemos que deben ser compartidas y coordinadas con otros servicios:

- **La detección permite** reconocer o identificar la existencia de situaciones sospechosas de maltrato infantil. La identificación de estas situaciones se hace posible a través de los “indicadores” de desprotección que nos señalan que el niño no tiene satisfechas las necesidades básicas o que corre peligro su integridad física o psicológica. Son responsables de la detección del maltrato los ciudadanos en general (vecinos, familiares, conocidos, etc.) y los profesionales en contacto con los menores (personal sanitario, educativo, de servicios sociales, del ámbito policial, etc.).
- **La notificación** posibilita la trasmisión de la información sobre el menor que se sospecha está siendo objeto de algún tipo de maltrato, de las circunstancias en que se produce, así como del posible autor de dicho maltrato. Implica una mínima valoración del grado de riesgo para poder orientar acerca de la urgencia con la que el maltrato debe ser abordado. La notificación es una obligación legal de cualquier ciudadano y, en especial, de aquellos profesionales que tienen mayor contacto con los menores (personal sanitario, educativo, de servicios sociales, del ámbito policial, etc.).
- **La valoración diagnóstica** recoge toda la información que contribuya a certificar la veracidad de la situación detectada; estudiar y analizar las características del hecho, del menor, de la familia y de su entorno. Y ello con el fin de determinar la situación en la que se encuentra el menor (riesgo o desamparo) y, en consecuencia, planificar la intervención y/o la propuesta de medidas de protección. Esta fase es responsabilidad del Equipo Municipal de Servicios Sociales, recabando la colaboración de los restantes servicios de atención al menor.
- **Con la intervención** se selecciona, elabora y ejecuta el plan de actuación que resuelva de la forma más adecuada las necesidades del menor y de la familia. La responsabilidad de esta fase también recae en el Equipo Municipal de Servicios Sociales competente, en coordinación con el resto de profesionales relacionados con el menor y la familia.
- **Con el seguimiento** se lleva a cabo la revisión del plan de intervención y de los resultados del mismo, así como la constatación de si continúan detectándose situaciones de desprotección de cualquier índole. La responsabilidad de esta fase recae en el Equipo Municipal de Servicios Sociales en coordinación con el resto de profesionales directa o indirectamente relacionados con el menor y la familia.

#### 4. Unas cuestiones para la reflexión y el debate.

- *Acerca del papel central de los Servicios Sociales en la atención a la desprotección:* La desprotección es un fenómeno muy complejo, pues los factores que la motivan y la mantienen son múltiples. La detección de las situaciones de desprotección es dificultosa dado que el maltrato se desarrolla en el ámbito de la intimidad familiar y su tratamiento, prolongado en el tiempo, requiere de la intervención de medios técnicos cualificados.

¿Por qué entonces las competencias de atención a la desprotección recaen en los Servicios Sociales Generales? ¿No sería quizás más adecuado y eficaz crear recursos especializados en la atención a la desprotección?

- *Acerca de la detección y notificación de las situaciones de desprotección:* La ley 1/96 es el marco jurídico que vincula, en la protección al menor, a todos los poderes públicos y a la sociedad en general. La detección y notificación se convierte así en una responsabilidad colectiva de carácter público. La elaboración y publicación de las Hojas de Notificación implica un esfuerzo importante en la concreción de esta obligatoriedad. Pero, ¿es suficiente? ¿No sería legalmente exigible que cada sistema (sanidad, educación, policía, etc) estableciera su circuito respecto a la detección y notificación, designara responsables e interlocutores, explicitara criterios, etc.?

Y respecto a la implementación eficaz de las distintas Hojas de Notificación ¿no se valora necesario establecer un mínimo de criterios que orienten la notificación? ¿saben los distintos servicios cuándo notificar (es exigible un número mínimo de indicadores de riesgo, es exigible un nivel de gravedad y cuál, etc.)? ¿Cuáles deben ser las expectativas del servicio que notifica en lo relativo a la atención que se prestará al caso y a su propia implicación? . Y por último, ¿tienen necesariamente que ser los Servicios Sociales los receptores de todas las notificaciones? ¿Los servicios municipales o los autonómicos?

- *Acerca de la valoración e intervención sobre las situaciones de desprotección:* Admitiendo que la valoración e intervención sobre las situaciones de desprotección es competencia de los Servicios Sociales Generales, ¿cómo afrontar la atención de una dificultad sin que exista demanda alguna por parte de quien la padece? ¿con qué medios técnicos deben contar estos equipos de profesionales cuando las necesidades a atender abarcan niveles tan diversos como el fisiológico, el cognitivo, el afectivo, la red de apoyo social, la red laboral, etc.?

La demanda que recibe el profesional de Servicios Sociales es institucional, no procede del sujeto que está siendo maltratado ni de la familia que, en muchas ocasiones, no es consciente del riesgo. Además, es una demanda genérica: "reducir o eliminar el riesgo". ¿Cuál es la posición del profesional de Servicios Sociales para intervenir ante la ausencia de demanda de la familia? ¿Debe supervisar y controlar a la familia para asegurar la inexistencia de riesgo? ¿Puede apoyarla en la superación de dificultades sobre las que no recibe demanda alguna? ¿Son ambas intervenciones compatibles?

Por otra parte, dado el número de agentes implicados en la intervención (sanidad, educación, policía, etc.), ¿es realmente viable la intervención coordinada? ¿en qué condiciones? ¿cómo debe articularse?

Todas estas cuestiones deben ser objeto de reflexión y su concreción debe servir de base para la articulación de un sistema coordinado que permita la adecuada atención al menor en riesgo.

## 2. Servicios de Protección

### SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID: RECORRIDO Y PROPUESTAS DE FUTURO

Martín Marrón Zapardiel

La RAE define el término Sistema como el conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas entre sí contribuyen a determinado objeto; por supuesto, el objeto de nuestro Sistema es la Protección a la Infancia. Cuando hablo de Sistema lo hago queriendo dar a ese término todo su contenido epistemológico, tomando en consideración que ese conjunto de elementos, que en nuestro caso podríamos decir instituciones, servicios o entidades, están en permanente equilibrio y que por lo tanto los cambios en cualquiera de sus componentes afectan a los demás.

Podríamos decir que el actual Sistema de Protección a la Infancia en la Comunidad de Madrid está ya en su etapa adolescente; se viene desarrollando en su forma actual desde el año 1988, cuando se estableció la estructura que nos permitía ejecutar las competencias que la Ley 21/87 ya nos confería. Descansa, básicamente en dos Decretos: uno el Decreto 49/88 que establece el ejercicio de esta competencia por parte de la Consejería de Integración Social, y crea la Comisión de Tutela del Menor para la Comunidad Autónoma de Madrid, que es el órgano administrativo que va a desarrollar esa función tutelar sobre los menores, órgano cuyos procedimientos de actuación están desarrollados en el Decreto 121/88 que señala cómo esta Comisión funciona, se relaciona con los Ayuntamientos, etc.<sup>1</sup>

Otros dos elementos de referencia jurídica que creo necesario resaltar son, por un lado la Ley 6/95, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid, que es el marco de referencia del Sistema y en donde se integran y desarrollan las ideas que ya estaban señaladas en los Decretos señalados. Por último, no por menos importante, sino porque se produce después en el tiempo y es un desarrollo de la propia ley de Garantías, la Ley 18/99 de Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia, que desarrolla el marco orgánico donde se va a producir esa coordinación institucional, en ella se crea el Consejo de Atención a la Infancia de la Comunidad y el resto de Consejos Locales, determinando a la Comisión de Apoyo Familiar como al órgano básico que dentro de los mismos debe coordinar a las distintas instituciones intervinientes en el Sistema.

En estos años en la Comunidad de Madrid hemos ido construyendo un Sistema que marca un recorrido de apoyo y ayuda para las situaciones infantiles de riesgo y desamparo. El buen hacer de estos quince años se ha logrado en base a la colaboración interinstitucional pues en ella está el único camino de realizar el trabajo de protección a la infancia maltratada, y el día en que la coordinación quiebre, la protección de los niños, niñas y adolescentes en nuestra Comunidad Autónoma empezará a hacer agua<sup>2</sup>.

Este Sistema de Protección se ha apoyado en importantes principios teóricos e ideológicos, de los que quiero destacar seis que hoy prácticamente son admitidos de modo general y que a mi juicio son ya básicos:

1. El interés superior del menor como prevalente e inspirador de las actuaciones, principio consagrado en la Convención de Derechos del Niño, también punto de controversia y debate, pero que en nuestra Comunidad podríamos decir que ha sido leído e interpretado desde el marco de las *necesidades generales que deben ser cubiertas en todos los niños*<sup>3</sup> y desde las que cada niño necesita tener cubiertas en cada momento.
2. *La Comunidad como concepto*. La *intervención comunitaria* constituye sin duda el marco de actuación que se ha demostrado más eficaz para hacer frente a los problemas que aquejan a los individuos. El *concepto de comunidad* se ve completado por la de *desarrollo ecológico* del ser humano, que lo contempla como un proceso de acomodación mutua entre el individuo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive esa persona<sup>4</sup>.
3. *Los conceptos de Prevención y Promoción*, que han constituido sin duda los ejes de la *intervención social comunitaria* y han sido una referencia obligada para los profesionales. Como sabemos, el concepto de prevención tuvo su punto de mira en el problema social y nos ha permitido diferenciar los recursos en los tres niveles, ya clásicos, de la intervención, siendo otra de sus características orientar sus acciones hacia al individuo o hacia los denominados grupos de riesgo. El concepto de prevención vino completado (o superado, según opiniones) por el de *Promoción* y vino a definirse como el proceso

<sup>1</sup> Merin, T. *Aspectos jurídicos y sociales de la infancia*. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Educación Infantil. Madrid. 7-11 Nov. 1989

<sup>2</sup> Merin, T., *ibidem*.

<sup>3</sup> Ver Félix López Sánchez. Ministerio de Asuntos Sociales, 1995.

<sup>4</sup> Ver U. Bronfenbrenner, 1979

mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, su bienestar, o su calidad de vida y, de ese modo, mejorarla.

4. El concepto de *trabajo interdisciplinar*, que nos ha permitido enriquecer desde los diversos enfoques científicos el trabajo en equipo, que creo que es una seña de identidad muy particular de los Servicios Sociales.
5. El concepto de *colaboración interinstitucional* que luego se ha visto complementado con el de trabajo en red, que ha supuesto la puesta en común de los mejores esfuerzos y recursos en torno a un objetivo común de apoyo al individuo o al grupo familiar.
6. *La familia* como medio natural de desarrollo de los niños, como espacio donde se desarrollan las relaciones de agresión y al que hay que atender para procurar que se convierta en un espacio protector y también como referente principal en las alternativas que se contemplan para un niño en desamparo.

Estos principios, que no pretenden ser exhaustivos, sino una simple propuesta de análisis, se han ido viendo materializados en recursos nuevos, en órganos técnicos, en instrumentos de trabajo. Como ejemplo significativo de ello destacaré el *Proyecto Único de Intervención*, como modelo de intervención para la atención a los menores y sus familias cuando la situación de riesgo o desamparo en la que se encuentran requiere la intervención de los servicios públicos. Este modelo en la Comunidad de Madrid tiene su precedente en el Convenio firmado entre la Comunidad Autónoma y el propio Ayuntamiento de la capital en el año 1995 por el que se pusieron en funcionamiento los Equipos Técnicos de Menores y Familias, mesas de trabajo que tienen su origen (como casi siempre) en el esfuerzo de los técnicos de ambas instituciones por articular su trabajo y hacer más eficaz y eficiente su trabajo. Este modelo se vio completado con el programa de territorialización de la red de centros residenciales. Con el diseño y creación de las Residencias Infantiles de Distrito, se da un nuevo paso en el proceso de normalización e integración social de los centros de protección que se venía produciendo ya desde los años ochenta. La aproximación de los recursos residenciales al medio en que se producen las situaciones de riesgo o desamparo infantil se contempló como alternativa eficaz en un número importante de casos en que se pretende conseguir la reincorporación del niño o adolescente a su núcleo familiar, minimizando los daños de la ruptura con los vínculos positivos que mantenía con su entorno antes de la separación, y unificando y potenciando las actuaciones institucionales tendentes a esta reincorporación<sup>5</sup>.

En resumen, el conjunto de unos cuatro mil expedientes de protección que en este momento están abiertos en la Comunidad de Madrid, se reparten en un 50% aproximadamente por igual los casos de niños, niñas y adolescentes que se encuentran o en Acogimiento Residencial o en Acogimiento Familiar. De estos últimos, en torno a un 35% conviven con su familia extensa y el 15 % restante se encuentran conviviendo con una familia alternativa a la propia. Desde el punto de vista de la edad, los datos se mantienen a lo largo de los últimos años: es la etapa de los preadolescentes y adolescentes la que engloba el mayor número de casos en Sistema, destacando dentro de esta población el importante número de casos de menores extranjeros no acompañados procedentes, sobre todo, de Marruecos.

Termino ya esta modesta aportación al Congreso ofreciendo algunas necesidades que propongo como mejora que creo que el Sistema debe abordar en el momento presente:

- *Necesidad de evaluar* (o mejor dicho, seguir evaluando) el camino recorrido y mejorar el funcionamiento del sistema, profundizando en los principios en los que se basa, que se han demostrado valiosos.
- *Necesidad de sistematizar la valoración de las nuevas situaciones de maltrato y desamparo emergentes* (particularmente problemas de conducta, menores extranjeros no acompañados y otras situaciones particulares en la adolescencia) y la respuesta a las mismas (tratamiento y atención a los agresores y víctimas, modelo de protección a los adolescentes)
- *Necesidad de homogeneizar protocolos de detección y notificación* a través del sistema establecido y hacer converger las diferentes redes mediante el funcionamiento de las CAF de los distritos
- *Necesidad de una evaluación más intensa sobre las posibilidades y límites del Acogimiento Familiar (con familia alternativa) y el Acogimiento Residencial* como medidas del ejercicio de la protección y la planificación de las redes de recursos en función de dicho análisis.
- *Necesidad de observar muy cuidadosamente el fenómeno de la adopción internacional* y las repercusiones que en el futuro pudiera tener.
- *Necesidad de dar a conocer el sistema* tanto a los integrantes directos del mismo, como a aquellos profesionales que trabajan en servicios públicos y a la sociedad madrileña en general.

---

<sup>5</sup> Proyecto Único de Intervención. Normalización y Territorialización en la atención residencial a la infancia. Comunidad de Madrid, 1999.

## EXPERIENCIA DE MALLORCA

**Serafin Carballo García. Dr. Psicología.  
Responsable Programas de Tratamiento Terapéutico.  
Servicio de Protección al Menor y Atención a la Familia  
Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca  
Consell de Mallorca**

### 1. Presentación

En primer lugar agradecer a la organización su gentil invitación a participar en este simposium. En segundo lugar querría aclarar una confusión que consta en el programa sobre el título de mi intervención referido a la Protección del Menor en las Islas Baleares. Decirles que en nuestra comunidad autónoma como saben las competencias de tutela, guardia y adopción están transferidas a las Islas, a los Órganos de Gobierno de las Islas denominados Consejos Insulares de Mallorca, Menorca y el Consejo Insular de Ibiza y Formentera desde el mes de Enero de 1998 como posteriormente explicaré con más detalle. Mi intervención por tanto solo podrá referirse al proceso de reorganización de los Servicios de Protección de la Infancia de Mallorca y más particularmente desde el año 1998 en donde el Consell de Mallorca, administración de la que formo parte, asumió estas competencias. Desde el año 1987 trabajo en los servicios de Atención a la Infancia del Consell de Mallorca en la dirección de los Programas Terapéuticos y con las transferencias compartí esta con otras responsabilidades del Área de Protección.

Cuando me pidieron participar en este simposium y dar a conocer nuestra experiencia lo consideré como una oportunidad para compartir con los profesionales de la Protección Infantil del estado español un proceso que para mi personal y profesionalmente ha sido apasionante, y al que me he dedicado intensamente estos seis años, junto a un colectivo de profesionales comprometidos ante el desafío de conseguir una organización de Protección Infantil más eficiente en nuestra isla y flexible, para adaptarse a los continuos cambios de nuestra sociedad mallorquina y a las nuevas necesidades que nuestra sociedad nos impone de manera imperiosa en este albor del siglo XXI.

### 2. Transferencias de protección a la infancia al Consell de Mallorca

Baleares fue junto a Ceuta y Melilla, las últimas Comunidades Autónomas del Estado en recibir las transferencias de la Protección de Menores de la Administración General del Estado, mediante el Real Decreto 2170/93, cuando el resto de las Comunidades Autónomas tenían plenas competencias hacia ya varios años. Este notable retraso, sumado a los continuos cambios de dependencia político-administrativa del Servicio de Menores en los cinco años de plena competencias de la Comunidad Autónoma Balear, reportó una descapitalización y una devaluación continuas del sector de protección, que concluyó con un acuerdo político a la baja, de darle a los Consells Insulares las competencias de Protección de Menores a partir de 1998, lo cual hizo perder unos años preciosos para la consolidación de un sistema de protección moderno en nuestras islas. Nos situábamos entonces en el furgón de cola, muy alejados de los logros en los procesos de reorganización de los restantes sistemas de protección autonómicos, a los que mirábamos con ojos golosos, pensando que nos separaban barreras infranqueables

Así pues, el desafío de reorganizar todo este sector de la Protección del Menor en Mallorca en todos estos años, se desarrollo en un entorno desfavorable y que ha hecho más difícil si cabe, este proceso de cambio y que nos ha obligado por ello a ser muy estratégicos, a fin de sortear toda suerte de obstáculos en el camino. Algunos de estos obstáculos en este periodo han sido:

#### 1. *Insuficiencia y obsolescencia del marco legislativo, reglamentario y normativo en el campo de la infancia, juventud y familia en Baleares:*

- Existencia de una Ley Autonómica de Acción Social 9/87 que constituye un decálogo de principios generales. Esta ley dejó para futuros desarrollos reglamentarios, que nunca llegaron, la delimitación competencial de responsabilidades de las diferentes administraciones de las islas en la atención de la infancia y juventud en riesgo.
- Inexistencia de una ley autonómica de Derechos de la Infancia que desarrolle la LO 1/96 de Protección a la Infancia regulando algunas propuestas de esta ley como el Riesgo.



- Ausencia de un Plan Autonómico de Atención a la Infancia y Juventud en Riesgo que permitiese integrar las acciones y compromisos de las diferentes administraciones en esta materia, acompañado de un plan de financiación que lo hiciera viable.

2. *Incumplimiento generalizado de los Ayuntamientos de mas de 20.000 habitantes* de nuestra isla (salvo alguna honrosa excepción) de sus obligaciones presupuestarias destinadas al mantenimiento de los Servicios Sociales Municipales, con una dedicación muy por debajo del 6% al que están obligados por ley. En la mayoría de casos el 80% de este gasto se dedica al mantenimiento de equipamientos residenciales para la tercera edad en la que se embarcaron la mayoría de los municipios a lo largo de los años 90. Este incumplimiento en la financiación de los servicios sociales trajo como consecuencia la inexistencia de programas específicos municipales de infancia, juventud y familia en riesgo, así como el incumplimiento de muchos ayuntamientos isleños del mapa de cobertura de equipos y servicios, según el PPB (Plan de Prestaciones Básicas). Esta indisciplina municipal, sumado a un grave vacío legal en la delimitación de responsabilidades en la atención a este sector, explica la preocupante existencia de una clara tendencia desinversora a nivel local en la atención al sector infante-juvenil en riesgo, delegando por ello toda responsabilidad de atención a este sector de población en el Servicio de Protección al Menor

3. *Las transferencias de las competencias de tutela, guarda y adopción a los consells se realizaron de manera improvisada*, sin estudio de necesidades previos, desdotadas de recursos técnicos, presupuesto y equipamientos suficientes, y además vinieron a abalar una grave descapitalización de los equipamientos institucionales destinados a la atención a la infancia en la isla que se perdieron para este fin y que han pasado a convertirse en dependencias de otras áreas administrativas (unos 22.000 metros cuadrados solo en Mallorca), hasta el punto que en estos momentos tenemos problemas muy graves de espacio para el desarrollo de los Programas de Protección a la Infancia en la isla.

4. *Esta insuficiencia de dotaciones de las transferencias se vio agravadas* por el hecho de que los Consells, como las diputaciones son administraciones con una estructura de financiación muy limitada al carecer de ingresos propios y recibir estos de manera indirecta vía presupuestos del Estado sobre la base de número de habitantes de la provincia, lo cual constriñe absolutamente las posibilidades de crecimiento presupuestario.

5. *Cambios continuos de responsables político en el Área de Bienestar Social:* cuatro políticos en los seis años de las transferencias al Consell y siete políticos si contamos los diez últimos años lo que ha dificultado la necesaria estabilidad de la dirección estratégica que permita acometer reorganizaciones profundas y consolidadas en este campo.

6. *Una dinámica política interinstitucional de confrontación y de baja colaboración* con las administraciones que tiene un papel complementario en el área de la Protección a la Infancia (Gobierno Autónomo y Ayuntamiento de Palma) fundamentalmente por estar estas administraciones en manos de partidos de distinto signo. Ahora por primera vez se ha producido una coincidencia de la misma fuerza política en los tres niveles. Así mismo el nivel de colaboración posible con los restantes sistemas como el educativo y sanitario ha sido mas bien escaso debido a su vez al colapso que experimentan éstos ante la avalancha de nuevas áreas de necesidades como ha sido la atención a la población emigrante que ha desestabilizado toda su estructura presupuestaria.

3. Apuntes sobre diagnóstico del sector de infancia, juventud y familia en necesidad social en Mallorca

En nuestra isla vivimos con la paradoja de estar situados en el club de las comunidades ricas de nuestro país, y al tiempo presentar unos indicadores de necesidades sociales que dibujan una realidad no tan edulcorada. Esto habla de los desequilibrios en el reparto de esta riqueza pero también nos esboza un cuadro en el que sectores importantes de la población viven en un contexto de dificultad que repercute negativamente en el nivel de bienestar de nuestra infancia. Hago a continuación mención de algunos de estos indicadores:

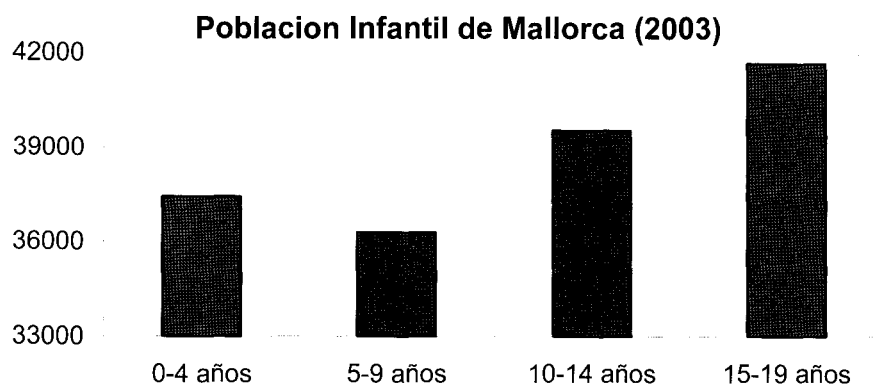
- El 40% de la población residente no ha nacido en la isla (bajo nivel de integración social de un importante % de población inmigrante). La proyección demográfica sitúa en el 2007 el año en el que este porcentaje llegará al 50%.

- La estructura del sistema productivo de Baleares es la siguiente: Servicio: 73%; Construcción 15,2%; Industria 9,7%; Agricultura 2,1%
- Un alto porcentaje del empleo del sector servicios es estacional y por lo tanto precario.
- Las jornadas laborales en el sector de hostelería y restauración (el grueso del sector servicios) en general no son conciliables con la vida familiar.
- Tenemos los salarios medios mas bajos del Estado.
- Cerca del 70% de los ingresos familiares en Baleares se dedican al pago de la vivienda.
- El 60% de la población no llega a fin de mes.
- Baleares es una de las tres primeras CCAA en incidencia de sida.
- Palma de Mallorca está entre las primeras siete ciudades europeas con mayor incidencia en el consumo de éxtasis y drogas de diseño.
- Baleares es la 1ª CCAA en crecimiento de la emigración en los 5 últimos años y es segunda zona de Europa después de Ámsterdam con mayor peso de población emigrante (cerca del 14%)
- Los psicofármacos son en Baleares el primer grupo de gasto farmacéutico en el resto del Estado es el tercero: fundamentalmente antidepresivos y ansiolíticos

Indicadores mas concretos referidos a población infantil y juvenil en riesgo y/o necesidad psicosocial son:

- 1ª comunidad por crecimiento de delincuencia juvenil en el periodo 2002-04
- 3ª comunidad en índice de abandono de los estudios al final de la secundaria y en los indicadores de fracaso escolar (2004)
- Una de primeras comunidades en tasas de embarazos en mujeres adolescentes.
- 1ª Comunidad en abortos en población juvenil
- 1ª Comunidad en incidencia de abusos sexuales a niños (Informe fundación Reina Sofía sobre el Maltrato Infantil en España. 2002).
- 1 de cada 46 niños en Mallorca ha tomado contacto con los Servicios Sociales Municipales en el 2003.
- 1 de cada 70 niños de Mallorca tiene abierto un Expediente de Diligencias o de Protección de Menores.
- 1 de cada 100 adolescentes se le abrió en el 2002 expediente de Reforma.

Todos ellos son indicadores de la existencia de un grave problema de integración y cohesión social en Mallorca que afecta especialmente de manera negativa el nivel bienestar infantil de los niños y niñas de nuestra isla.



#### 4. El desafío de construir una organización de protección a la infancia en Mallorca de calidad

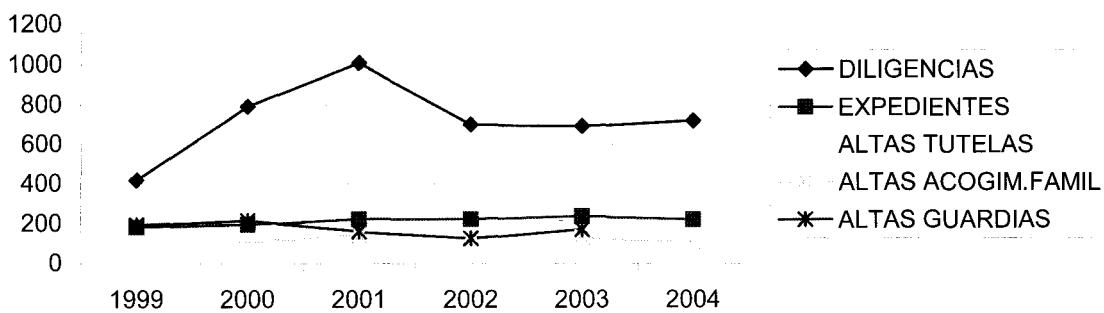
Hasta aquí una panorámica de la realidad social circundante en la que hemos tratado de desarrollar nuestra tarea protectora. Pese a ese entorno social e institucional que ha dificultado nuestra labor, se planteó el desafío colectivo de construir un Sistema de Protección que diera respuesta de manera más eficiente a las necesidades de nuestra infancia y juventud. Decir que este desafío responde al empeño de un colectivo de profesionales fuertemente comprometidos con esta causa y que han trasladado a la dirección política de esta institución esta inquietud. Pese a la elevada rotación de responsables políticos de la institución se han producido coincidencias afortunadas como el que una de las responsables políticas de la institución fuese en su origen educadora y después responsable de los Hogares Funcionales del Consell lo que contribuyó sin lugar a dudas a dar un impulso notable al sector dada su sensibilidad a las necesidades del mismo. En estos momentos la nueva dirección de la Protección Infantil de Mallorca está claramente involucrada en su apoyo a los procesos de transformación de los Servicios lo que es esencial para que ello se produzca.

Unos 1500 niños de Mallorca tienen expedientes abiertos de protección para una población de 800.000 habitantes, lo cual es un número elevado comparado con otras comunidades. En parte es debido a que como se explicaba antes los Ayuntamientos, dada la ambigüedad legal no han asumido la gestión de los niños con medidas jurídicas de riesgo, lo cual implica una extraordinaria impresión sobre nuestra organización

Población infantil atendida por el servicio de protección del menor de Mallorca

Año	Expedientes nuevos de diligencias	Expedientes de protección nuevos	Altas tutelas	Altas acogimiento familiar	Altas guardas	Niños atendidos en Tratamiento (*)
1999	418	182	88	92	194	388
2000	790	195	103	107	215	376
2001	1008	223	83	142	162	324
2002	700	223	135		126	295
2003	691	237	138	132	171	267
2004	718	219		100		255

(\*) Niños y Niñas con Expedientes de Protección tratados en los diferentes programas terapéuticos del Equipo de Intervención Terapéutica del Servicio de Protección de Menores de Mallorca



En estos seis años se han acometido profundas reformas en la Organización de la Protección Infantil de Mallorca que han requerido de un extraordinario esfuerzo en diversos sentidos. Por una parte financiero (se multiplicó por cinco el presupuesto destinado a este fin en relación a la dotación económica recibida por el Consell de la Comunidad Autónoma y se quintuplicaron así mismo los efectivos técnicos que trabajan en este campo, en relación a los que se nos transfirió), por otro lado un enorme esfuerzo organizativo en medio de una extraordinaria presión sobre el colectivo de profesionales de protección y que se han adaptado sobre la marcha a los cambios manteniendo en todo momento un gran sentido de profesionalidad y compromiso, pese a que la mayoría de ellos han tenido durante este periodo que hacer frente a oposiciones a sus puestos de trabajo, dado que la mayoría estaban en plazas interinas de nueva creación, lo que introdujo un elevado grado de cambios y movilidad en los equipos con todos los inconvenientes que ello implica para una tarea que requiere de estabilidad en los procesos de vinculación con niños, familias y profesionales de la red.

#### Los ejes básicos de esta reorganización fueron los siguientes:

- 1 *Paso de un Modelo de Protección basado inicialmente en la división de los equipos por las fases del proceso de trabajo de protección: Valoración, Tutela, Acogimiento y Adopción a otro Modelo de Organización Territorializada con una estructura de cuatro equipos interprofesionales (dos psicólogos, dos trabajadores sociales y un jurídico) con un territorio insular de una población general a su cargo de unos 180.000 habitantes y ello para todos los procesos de trabajo de protección que no impliquen la separación definitiva del niño de su entorno de origen en estrecha coordinación con la red profesional.*
- 2 *Establecimiento progresivo de una dinámica de trabajo y de funcionamiento por equipos para las tomas de decisiones.*
- 3 *Establecimiento de un Protocolo Unificado del Trabajo Jurídico y Técnico en Protección que ha permitido un trabajo unificado, con las garantías jurídicas para todas las partes implicadas en el proceso de la Protección de la Infancia.*
- 4 *Opción por un Modelo Público de los Programas de Primera Acogida Residencial con la asunción por el Consell de esta fase del proceso. Estos dispositivos se han organizado por edades, optándose por la especialización de la Primera Acogida Residencial. Se ha hecho un gran esfuerzo de adaptación a las nuevas demandas sociales por ejemplo incrementando la capacidad de acogida de adolescencia a medida que se ha podido ir reduciendo la acogida de edades menores al potenciarse recursos alternativos como la acogida familiar o los programas de intervención familiar.*
- 5 *En relación a los Centros Colaboradores de Acogimiento Residencial se ha ido hacia el Modelo de Contrato-Programa Plurianual con una progresiva especialización de estos programas.*
- 6 *Reorganización del Área de Adopciones con la implantación de un nuevo protocolo de intervención, simplificando algunos de los procesos pero intensificando el proceso de formación de padres. Al tiempo se ha establecido la ordenación de las ECCÁIS con la implementación de un Modelo pionero en el estado de Auditoría, Control e Inspección de las mismas.*
- 7 *Establecimiento del Plan de Trabajo como instrumento básico ordenador de las diferentes actuaciones profesionales del Sistema de Protección*

8 *Potenciación de los Programas de Acogimiento Familiar Temporal y de Urgencias* que ha permitido durante tres años la no institucionalización de ningún bebe menor de dos años en nuestra isla.

9 *La Focalización de la intervención protectora y rehabilitadora en los niños* ha llevado a conceder mas importancia a los procesos de rehabilitación y tratamiento de secuelas de los malos tratos y abusos con el ofrecimiento de un recurso especializado de carácter terapéutico y rehabilitador para todos aquellos niños de protección que precisan de este tipo de trabajo a través de un equipo público con 12 terapeutas especializados incluyendo un equipo especializado en el tratamiento de secuelas de los abusos sexuales.

10 *Apoyo a los equipos con un Plan de Formación Potente*

11 Favorecer la salida de los equipos de protección de aquellos profesionales que manifiestan su deseo de dejar esta área de trabajo por cansancio y/o agotamiento

### **Apuestas Estratégicas a corto plazo para consolidar los cambios hacia un Modelo basado en las Buenas Prácticas**

- Próxima Publicación de un Manual de Buenas Prácticas en Protección Infantil de nuestra organización.
- Intensificación de los procesos formativos con un Programa Plurianual de Formación de Evaluación de Competencias Parentales y de Secuelas del Maltrato así como de Apoyo Formativo de los Equipos de Protección con Dr. Jorge Barudy
- Impulso al Área de Evaluación de Programas de Protección de nuestra organización en colaboración con la Unidad de Investigación Dartintong-i
- Inclusión de las Entidades Colaboradoras que operan fundamentalmente en el Acogimiento Residencial y de la Atención Primaria Social dentro de los planes de formación permanente de los equipos del servicio de Protección Infantil en un tratamiento de clientes internos.
- Incorporación de una visión de transversalidad de los Programas de Protección en toda la Organización a través la incorporación de Coordinadores de los Programas de Protección
- Potenciación del Área de Acogimientos mediante la especialización de algunos programas de acogimiento temporal como Kalibu (Apoyo de Familias Acogedoras Temporales a Mujeres o Familias Subsaharianas), Volum (Familias Colaboradoras), y Permanentes con la contratación para el 2005 de un equipo externo para estos últimos.
- Puesta en Marcha para el 2005 de un Programa de Tratamiento de Menores Agresores Sexuales
- Junto a otras administraciones insulares poner en marcha en los próximos dos años un Centro Terapéutico para Adolescentes con Trastornos psicopatológicos

### **5. Conclusion**

En estos seis años se han acometido procesos muy complejos de cambio en la Protección Infantil de Mallorca en un tiempo record .

Queda todavía mucho camino por recorrer. abemos que los procesos de cambios organizacionales requieren muchos años para consolidarse y ser percibidos por la población. Tampoco podemos conformarnos con cambios internos de los servicios de protección a la infancia. Se requiere poder incorporar a estos cambios a los sectores que colaboran en esta tarea, pero también mejorando el sistema de financiación de centros colaboradores a su vez que se les exige estándares de calidad mas elevados, o posibilitar un mayor compromiso municipal en la protección de la Infancia mediante el impulso de programas preventivos y comunitarios dirigidos a este sector de población, o contribuir a la financiación de equipos específicos municipales de intervención familiar en población de riesgo. Por otra parte es fundamental poder contar con un marco legal y normativo más consistente en este campo del que tenemos. Hacer más fluidas las relaciones con el mundo judicial el cual con frecuencia no entiende que las relaciones con la Protección no pueden ser de sumisión y de jerarquía de sistemas, si no de complementación haciendo mas verdad que retórica su principio rector del “ interés superior del menor”

Finalmente ya para acabar, sabemos que la apuesta por un Modelo de Calidad y Buena Práctica en Protección Infantil, sólo es posible si la organización es altamente sensible hacia las necesidades de los equipos y de los profesionales que la integran. El cuidado de los equipos y de los profesionales ante el elevado desgaste emocional y psíquico que comporta esta actividad, requiere de una permanente monitorización de la emocionalidad de la organización, y de la provisión de los apoyos necesarios incluyendo los económicos-salariales. Este buen trato no solo se ha de dar a los profesionales propios, si no también a los que desarrollan su actividad en las llamadas Entidades colaboradoras, a fin de asegurar de esta manera una actitud de disponibilidad y de compromiso relacional con los niños y familias a nuestro cargo, en nuestra contribución a la protección efectiva de los niños y niñas que han sido víctimas de maltrato, abuso y/o negligencia y por otro lado a la mejora de los procesos de rehabilitación de padres recuperables en sus capacidades parentales.



# **3. Acogimiento Familiar**

Carmen Martín Delgado





# ACOGIMIENTOS NO PREADOPTIVOS DE MENORES CON CARACTERÍSTICAS O SITUACIONES ESPECIALES: MITOS, RETOS Y FRONTERAS

Un análisis desde la experiencia en la Comunidad Valenciana.

F. Javier Romeu Soriano.

D.G. de la Familia, Menor y Adopciones. Generalitat Valenciana.

El acogimiento de menores, en su modalidad legal de simple o permanente, y en familia ajena se denomina en la Comunidad Valenciana acogimiento en *Familia Educadora*.

La condición de Familia Educadora se obtiene tras un oportuno proceso de información, formación y valoración que en la actualidad se realiza por técnicos de las tres Direcciones Territoriales de la Conselleria de Bienestar Social. El proceso concluye, en su caso, con una resolución administrativa de inscripción en el Registro de Familias Educadoras de la provincia de residencia de los solicitantes.

El número de Familias Educadoras registradas se mantiene estabilizado en los últimos años en una cifra entre las 350 y las 400. En la actualidad, 256 familias de este tipo acogen a 330 menores. Sin embargo, simultáneamente, existen propuestas de acogimiento familiar de menores en centros que no pueden ser atendidas por no disponer de potenciales familias acogedoras para ellas.

Entre la Familias Educadoras que no acogen algunas de ellas se encuentran “descansando” tras finalizar un acogimiento o replanteándose su disponibilidad para nuevos acogimientos y otras en espera de que se afiance el retorno de los menores con su familia de origen. Pero también algunas con una disponibilidad tan restringida o específica que no ha podido realizarse ninguna propuesta de acogimiento.

Entre los menores en espera de “encontrarles” familia acogedora la mayoría constituyen lo que denominados menores con características o situaciones especiales como: enfermedad, discapacidad o minusvalía; un cierto recorrido institucional o una edad superior a los 10 años; la pertenencia a un grupo de más de dos hermanos que se pretende mantener unido; o la pertenencia a una etnia o raza minoritaria.

Sin embargo entre los 330 menores acogidos en la actualidad por Familias Educadoras en la Comunidad Valenciana sí podemos detectar un cierto número de estos acogimientos especiales, a pesar de que las acciones de fomento del recurso (sensibilización, difusión y captación de nuevas familias acogedoras) ni se suelen dirigir expresamente hacia estos acogimientos, ni suelen ofrecer familias ya inicialmente dispuestas a estos perfiles de menores.

Una simple revisión superficial de los motivos o procesos por los que las Familias Educadoras han llegado a serlo permite descubrir un pequeño grupo, de personas que no fueron “captadas” por las estrategias habituales (medios de comunicación, carteles, charlas...) sino que en realidad se sensibilizaron hacia la problemática de un menor concreto. En definitiva no eran tan “ajenas” como el recurso presupone.

Algunas de estas familias serían claramente “afines” o “allegadas” (profesores, por ejemplo) que sin embargo la *Administración ha optado por tratar* (una vez manifestado su preocupación por el menor o menores) *como si fueran “ajenas”* y las hemos incorporado al proceso para su consideración como Familias Educadoras. De esta manera se han beneficiado de un proceso de formación, preparación o apoyos que, en algún caso, ni siquiera conocían que existieran.

En otros casos la afinidad previa era muy limitada y circunscrita a un *cruce momentáneo de sus vidas* (como en el caso de acogimientos realizado por personal sanitario, o familias que han acogido a un menor hospitalizado en la misma sala que su hijo).

Encontramos también familias que conocieron a los menores realizando tareas de voluntariado alrededor de un centro de acogida de protección de menores, e incluso con autorización de su director, han sacado al menor fuera del mismo algún día o algún fin de semana.

Por último existen algunas familias que si bien no conocían directamente a los menores, sí *conocieron* en alguno de sus ámbitos vitales (el colegio o el club juvenil de sus hijos, la parroquia,

etc.) *la necesidad de ser acogido de un menor concreto*\_(con nombres, edad y circunstancias determinadas ).

Respecto a las familias que acogen a más de dos menores, en algún caso primero se acogió a uno o dos y posteriormente *se incorporó algún hermano o hermana* más.

Los casos anteriores, por minoritarios que sean, constatan que la diferenciación entre familia extensa, familia afin o allegada y familia ajena o alternativa no es más que un mapa conceptual con el cual solemos trabajar en acogimiento pero que quizás debamos retocar en algunos aspectos. Así, y sobre el papel las *familias extensas* “existen y son detectadas, informadas y valoradas”; las *familias allegadas* “aparecen y son valoradas si procede”; y por último, las *Familias Educadoras* son “informadas, captadas, formadas y valoradas”. Esta manera de ver puede limitar nuestra manera de actuar: las familias extensas no necesitan formación (o no podemos exigirla); no hace falta buscar familias allegadas, o no hay que captar Familia Educadora para un niño concreto. Sin embargo, a la hora de dar respuesta real al interés de un menor podemos saltar las fronteras conceptuales incluso, si es necesario, en la Administración, “hacernos trampa a nosotros mismos”.

Cabe por tanto revisar, a la luz de lo anterior, los mensajes con los cuales pretendemos captar familias que acojan a menores “que otros no quieren acoger” y si simplemente se trata de intensificar el volumen de los mismos (“más de lo mismo”). En este sentido se pueden encontrar una serie de ideas troncales en las estrategias habituales de captación de Familias Educadoras:

- El acogimiento implica la integración total del menor en la vida de la familia acogedora. En función de la propia definición jurídica del acogimiento, como medida de protección de menores que es, no cabe la integración en una sola faceta de la vida de la familia que pretende ayudar al menor. Así, por ejemplo, los técnicamente factibles “acogimientos de día” difícilmente podrían ser formalizados como tales acogimientos. El acogimiento se plantea por tanto como una opción de “todo o nada”, en la que no caben grados. Y esto es así porque la protección jurídica pivota alrededor del concepto de “colocación” del menor y no del concepto de “relación”. No podemos olvidar que desde una perspectiva jurídica el acogimiento es un resultado, no un proceso.
- El acogimiento familiar (por derivación del punto anterior) se presenta en los discursos de captación como *alternativa* al acogimiento residencial. Sin embargo en la realidad no suele haber, al menos en la Comunidad Valenciana, dificultad alguna para combinar ambas formas de acogimiento, si se considera oportuno en beneficio del menor. Estas formas de “pseudoacogimientos” (salidas con familias con la autorización de la dirección del centro, “estancias temporales”...) sin embargo siempre aparecen en un segundo nivel de la captación (el de la información) y no en las actuaciones de sensibilización.
- La disponibilidad para acoger debe decidirse en un “afecto abstracto” (a la infancia necesitada). Y debe mantenerse en la confianza de que una vez se formalice el acogimiento surgirá el “afecto concreto”.
- El acogimiento no preadoptivo es un acto de solidaridad. No obstante se puede intuir que en realidad es compromiso, o si se quiere, un contrato de solidaridad. La decisión de un acto puede ser inmediata, la de firmar un contrato requiere conocer y valorar todas las cláusulas.

En función de lo anterior a las potenciales Familias Educadoras se les pide que decidan convivir plenamente con un niño abstracto (supuestamente “querible” o “amable”) y con el objetivo de “rescatarlo” (todo o nada) de un centro. Esta situación no parece muy diferente a pedirle alguien que, por solidaridad, se case con una persona inmigrante ilegal desconocida para ayudarle a regular su situación en nuestro país.

En contraste, las familias allegadas o afines (al igual que las extensas) parten de una relación (de mayor o menor intensidad) de la cual surge un mínimo afecto o simpatía. Además en bastantes casos la relación se intensifica mediante la integración parcial del menor mientras este reside en un centro de acogida. En ese momento las familias disponen de la retroalimentación constante con los profesionales del centro residencial. Y por todo ello, y en todo caso, la decisión del acogimiento se da tras un conocimiento mucho más completo de las características del menor y sus circunstancias.

Esto no significa que las estrategias de captación no puedan funcionar para un perfil de menores de un “abstracto apetecible” (uno o dos, niño o niña todavía, sin problemas relevantes ni dificultades de integración social). Sin embargo pierden potencia para el acogimiento de menores con características o situaciones especiales (“abstractos indeseables”).

En consecuencia los acogimientos especiales requieren, no tanto de familias especiales como se ha sugerido en la literatura especializada, sino de estrategias especiales de captación de familias (especiales o no). En un sentido metafórico, podemos pedir o comprar maíz (captar o profesionalizar familias para estos menores), podemos robarlo (registrando como Familias Educadoras a las familias allegadas que surjan), o podemos cultivarlo (“hacer aparecer familias allegadas”). O de otro modo, podemos “ir al mar y tirar las redes a ver lo que sale”, podemos “pescar con caña” (campañas para menores concretos) o podemos poner en marcha “piscifactorías”.

La captación de personas dispuestas a establecer una relación de ayuda con los menores susceptibles de ser acogidos (o cualquier otro del sistema de protección) se presenta, a la luz de todo lo anterior, como una vía complementaria o alternativa a los métodos tradicionales de captación de familias acogedoras.

Esta vía no es extraña en algunos países del ámbito anglosajón y un rato de navegación por Internet permite acumular información sobre una gran diversidad de formas de voluntariado de apoyo a menores del sistema de protección, entre ellas la posibilidad de ser “mentor” (en castellano, consejero o guía) de uno de estos menores.

Evidentemente en la Comunidad Valenciana existe la posibilidad de realizar un voluntariado social en el campo de la protección de menores a través de entidades sin fin de lucro implicadas en la misma, pero lo que no existe es una estrategia global de cara a potenciar que los menores cuya guarda o tutela ostenta la Generalitat Valenciana puedan establecer relaciones significativas con personas que puedan ejercer una influencia favorable en ellos con independencia de dónde estén acogidos.

La eliminación de la frontera entre las estrategias utilizadas con familias extensas y allegadas por un lado, y las ajenas o alternativas por otro, podría suponer también la ejecución de “micro-campañas de captación”, es decir, actuaciones (de captación) de potenciales acogedores para un menor concreto. Lógicamente la población diana de esta campaña estaría constituida por todas aquellas personas que ya mantienen una relación (mayor o menor) con el o la menor. En este caso, las “Family Conferences” (“Conferencias de Familia”) utilizadas en otros países como herramienta de trabajo en servicios sociales pueden servirnos de modelo. Cabe la sospecha que el coste económico de, por ejemplo, encontrar familias dispuestas a acoger a 5 menores concretos no sea mayor que el proporcional a conseguir 5 nuevas Familias Educadoras con las habituales estrategias de captación.

En todo caso la legitimidad de estas estrategias basadas en la relación más que en la integración familiar o la colocación, no se fundamenta solamente por el hecho de abonar el terreno para la aparición de familias acogedoras. El concepto de resiliencia (sin entrar en ciertas polémicas que suscita) ofrece un fuerte respaldo a la justificación de las mismas. La “capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas” está fundamentada, entre otras cosas, en un sentimiento de ser profundamente aceptado como persona (con independencia de nuestro comportamiento) o simplemente en la sensación de que “alguien se preocupa de mí”. Es evidente que todos tenemos relaciones significativas con personas con las cuales no convivimos que nos permiten afrontar en mejores condiciones determinadas dificultades de la vida.

Por tanto, con independencia de donde un menor esté “colocado” (en su propia familia, en un centro, en un acogimiento familiar) su capacidad de superación de sus adversidades y, por tanto, su bienestar vendrá dado por los factores de resiliencia (personas, actividades, experiencias...) que en sus contextos vitales disponga.

Por todo ello, el fomento del mayor número posible de formas de voluntariado alrededor de los menores con dificultad para ser acogidos en familia, o “forzar” el acogimiento por personas afines, no es sólo una “estrategia” sino una forma lícita de promover el bienestar de los menores inmersos en el sistema de protección. O al contrario, si el único interés es encontrar familias

acogedoras para, por ejemplo, ciertos adolescentes institucionalizados quizás debamos plantearnos que por buscar el bienestar futuro estamos descuidando el bienestar presente.

En consecuencia, de igual modo que las fronteras entre “tipos de familias” parecen desdibujarse cuando el foco de atención se pone en el interés del menor y no tanto en la manera de estructurar el sistema de protección de menores, también parece tambalearse el muro entre acogimiento familiar y residencial. Y no sólo por la necesidad de confluencia en programas de voluntariado, sino también en el terreno de la profesionalización, máxime si hablamos de acogimientos considerados “difíciles”. El acogimiento especializado y, sobre todo el acogimiento profesionalizado, se situarían en el terreno fronterizo entre el acogimiento familiar y el residencial, colindando con las formas “más familiares” de centros de acogida (Hogares Funcionales o Tutelados).

La cuestión, desde este punto de vista, no es tanto “¿por qué el acogimiento profesionalizado?” sino “¿por qué no?”. No se trata tanto de a qué necesidades responde (colocar en familias a niños “incolocables”) sino de determinar qué ofrece diferencialmente esta modalidad de acogimiento. El debate alrededor de la compatibilidad del acogimiento familiar con su ejercicio profesional, o su justificación como solución para los menores de características o situaciones especiales (tanto en calidad como en cantidad), es quizás tan baldío como la comparación entre el propio acogimiento familiar y el residencial.

Un terreno intermedio entre el acogimiento familiar y el acogimiento profesionalizado lo constituye el acogimiento especializado (no profesional). En este sentido en la Comunidad Valenciana se abrió el camino de la especialización mediante el programa de “Familias - Educadoras de Urgencia - Diagnóstico” aprovechando el impulso y apoyo de la Fundación “la Caixa” mediante su programa “Familias Canguro”. Sin embargo es difícil, por cuestiones ajenas al propio sistema de protección que ahondando en la especialización de las Familias Educadoras se acabe llegando a la profesionalización de las mismas en sentido estricto.

Mientras tanto la experiencia real de las familias que han acogido y acogen a menores con características o situaciones especiales en los años de implantación del recurso en la Comunidad Valenciana permiten apuntar algunas dificultades o retos prioritarios a afrontar en los acogimientos de estos menores.

En el caso de los menores con enfermedades o discapacidades que requieren una atención intensa desde el sistema sanitario o educativo el mayor reto es precisamente que los acogedores no consuman la mayor parte de sus energías en el acceso a los recursos de dichos sistemas. El reconocimiento desde todos los ámbitos de la Administración de la responsabilidad pública sobre estos menores (tutelados o en guarda) así como el reconocimiento de la labor realizada por sus acogedores es un objetivo todavía lejos de conseguirse.

Los riesgos en el acogimiento de menores de largo recorrido institucional o adolescentes muchas veces se relacionan con expectativas desajustadas de sus acogedores respecto a la vivencia del propio menor del acogimiento o sobre las necesidades que prioritariamente deben cubrirse de los mismos. En este sentido la intervención técnica de apoyo debiera centrarse, no tanto en lo afectivo o emocional sino en la integración social (y en su caso laboral) del menor o menores acogidos, y en la línea, ya argumentada, de generar hilos o tutores de resiliencia más que en la total integración familiar (objetiva o subjetiva).

El acogimiento de menores de otras etnias, razas, culturas implica el reto del respeto de la identidad racial y cultural de dichos menores. Si bien se ha trabajado en la Comunidad Valenciana en la línea de captar familias acogedoras de las mismas características que los menores, determinados encorsetamientos del propio recurso han dificultado unos resultados más alentadores. Así, por ejemplo, en este tipo de acogimientos la agilidad en el pago de las compensaciones económicas se convierte en una variable, no significativa, sino crucial.

Por último, el acogimiento familiar de grupos de hermanos puede ser abordado por la existencia de redes tupidas de familias acogedoras de forma que un grupo de hermanos pueda vivir en más de una familia sin que eso implique la pérdida de relación (mismo barrio, mismo colegio, contactos frecuentes...). En este sentido la apuesta por un modelo centralizado, en detrimento de la implicación de las entidades locales, ha tenido quizás un efecto iatrogénico en este grupo de menores susceptibles de ser acogidos. Máxime cuando la actual bolsa de Familias

Educadoras no ofrece oportunidades para contemplar de la manera adecuada la variable geográfica.

En definitiva, la experiencia del recurso de Familias Educadoras en la Comunidad Valenciana y las necesidades de acogimiento (no preadoptivo) de determinados perfiles de menores, nos permite considerar la necesidad:

- Revisar la idea de qué es posible captar familias para acogimientos de menores con características especiales con las mismas estrategias y mensajes que para el resto.
- Diversificar los recursos tanto de acogimiento familiar y de acogimiento residencial, no tanto en base a consideraciones sobre su bondad intrínseca, sino por disponer un mayor abanico de posibilidades de elección para las distintas situaciones y características de los menores en el sistema de protección.
- Ir más allá de la protección meramente jurídica, incrementando y potenciando las formas concretas de ayuda a estos menores más allá del propio acogimiento familiar o residencial, centrándonos no tanto en la integración familiar o la “colocación”, y más en el establecimiento de relaciones significativas y el ofrecimiento de “oportunidades”.



## 4. ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

Juan Pedro Crespo Toral  
Director Residencia Concepción Arenal  
Instituto Madrileño del Menor y la Familia

En el III Congreso Estatal celebrado en Madrid en 1993 planteo el tema de la atención residencial cuando todavía estaba reciente la aprobación de la Ley 21/87 que al introducir la figura del acogimiento familiar condicionaba replanteamientos sobre la atención residencial en un momento en que nos encontrábamos en medio de los procesos de desinstitucionalización iniciados a principios de la década de 1.980 (1).

El sistema de atención social a la infancia ha experimentado grandes transformaciones en los últimos años, destacando entre ellas las relativas a los niños que requieren ser atendidas fuera de su ámbito familiar (2).

La Atención Residencial continúa siendo un recurso importante por el número de niños atendidos en este dispositivo de atención a la infancia (3).

Las necesidades de los niños que se encuentran bajo el sistema de protección es lo que condiciona su atención y, por tanto, la atención residencial debe realizarse considerando las circunstancias del niño y su familia y también los riesgos asociados a las actividades protectoras, requisitos de la intervención y proceso de separación (4).

Una de las aportaciones fundamentales en la mejora de la atención de los niños en los centros residenciales ha sido su planteamiento desde criterios de Buena Práctica para la Atención Residencial y establecer estándares de calidad para la atención a niños y adolescentes en dispositivos residenciales, criterios /estándares que permiten evaluar la intervención que se está realizando (5).

La utilidad del trabajo que se realiza en la institución esta no sólo en la satisfacción de las necesidades del niño durante su estancia en ella, sino también en la medida que en su vida adulta ha tenido una repercusión positiva, de ahí la importancia también de la evaluación en el tiempo de la situación de aquellos que fueron atendidos en este dispositivo (6).

Desde nuestra experiencia en la Comunidad de Madrid, Instituto Madrileño del Menor y la Familia, quisiéramos destacar tres aspectos.

1. El *Proyecto Educativo Individual*, instrumento en el que se analiza, se fijan objetivos, forma de abordarlos y se evalúa.
2. La *diversificación de los recursos de atención residencial* en función de las distintas necesidades que presentan los niños y los adolescentes que han dado lugar a centros para niños con problemas de salud mental y del comportamiento, con discapacidades, preparación para la vida independiente,...
3. Las *Comisiones de Apoyo Familiar*, también denominados *Equipo Técnicos del Menor y la Familia (ETMF)* en el Ayuntamiento de Madrid, en los que participan todos aquellos profesionales e instituciones implicados en las tomas de decisiones, las actividades a desarrollar y el seguimiento del caso.

En este Congreso abordamos de la atención residencial en una de las sesiones plenarias que se desarrollara bajo el título la "*situación y papel del acogimiento residencial en la actualidad*" y en este simposio en el que tratamos dos temas basados en trabajos e investigaciones realizadas y por reconocidos expertos en materia de protección infantil y atención residencial, que presentan:

- un programa de promoción para adolescentes para mejorar el bienestar personal y social: potenciando los factores protectores y los recursos que les permitan organizar su vida de forma saludable y feliz.
- Evaluación de la integración social en jóvenes que fueron acogidos en centros de protección



## Referencias bibliograficas

1. Casas F. Instituciones residenciales, ¿hacia donde?. En III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia. 1993: 29-48.
2. García Llorente MA, Martínez-Mota L. The process of desinstitutionalization in Spain. En Cillero M, Couso J, Ferrari M. Children in institutions: the beginning of the end. Florencia, Innocenti Research Centre, 2003:25-52.
3. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002). *Estadística básica de protección a la infancia. Boletín Estadístico 03*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
4. López F, López Gómez de Aguilera B, Fuertes J, Sánchez JM, Merino J. Necesidades de la infancia y protección infantil. 2. Actuaciones frente a los malos tratos. Ministerio de Asuntos Sociales. 1995: 129-175
5. Redondo E, Muñoz R, López B. Manual de la Buena Practica para la Atención Residencial a la Infancia y la Adolescencia. FAPMI. 1998.
6. Fernández del Valle J, Álvarez E, Fernánz A. Y después...¿qué?. Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias. 1999

# **BIENESTAR PERSONAL Y SOCIAL: UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN PARA ADOLESCENTES**

**Félix López Sánchez.**  
**Catedrático de Psicología de la Sexualidad.**  
**Universidad de Salamanca.**  
**Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación**

**Eugenio Carpintero.**  
**Universidad de Salamanca.**  
**Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación.**

**Amaia del Campo.**  
**Universidad de Salamanca.**  
**Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación.**

**Susana Lázaro Visa.**  
**Universidad de Cantabria.**  
**Dpto. de Educación..**

**Sonia Encarnación Soriano.**  
**Universidad de Salamanca.**  
**Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación.**

Sabemos que es muy importante intervenir con la familia, en la escuela y en la comunidad para favorecer el buen desarrollo de los adolescentes. Pero no es menos importante potenciar en los adolescentes factores protectores, recursos que les permitan organizar su vida de forma saludable y feliz. Para ello, proponemos un programa orientado a potenciar los recursos de los propios adolescentes, recursos que les permitan alcanzar su propio bienestar y les ayuden a colaborar con el bienestar de los demás, a través de la intervención educativa sobre diferentes variables que sabemos están relacionadas con el bienestar personal y social, como muestran los resultados de diferentes investigaciones.

El programa ofrece siete unidades didácticas con contenidos referidos al concepto de ser humano, valores y desarrollo moral, autoestima, empatía, habilidades para la comunicación interpersonal y autocontrol, además de una unidad didáctica inicial que tiene como objetivo el establecimiento de normas de funcionamiento para el desarrollo de las sesiones de intervención.

La aplicación experimental del programa y su evaluación se ha llevado a cabo en grupos de adolescentes escolarizados en centros educativos normalizados y en grupos de adolescentes con medidas de protección (Centros de Día y Centros de Protección de la Comunidad Autónoma de Castilla y León y de forma especialmente cuidada en el Centro José Montero de Valladolid).

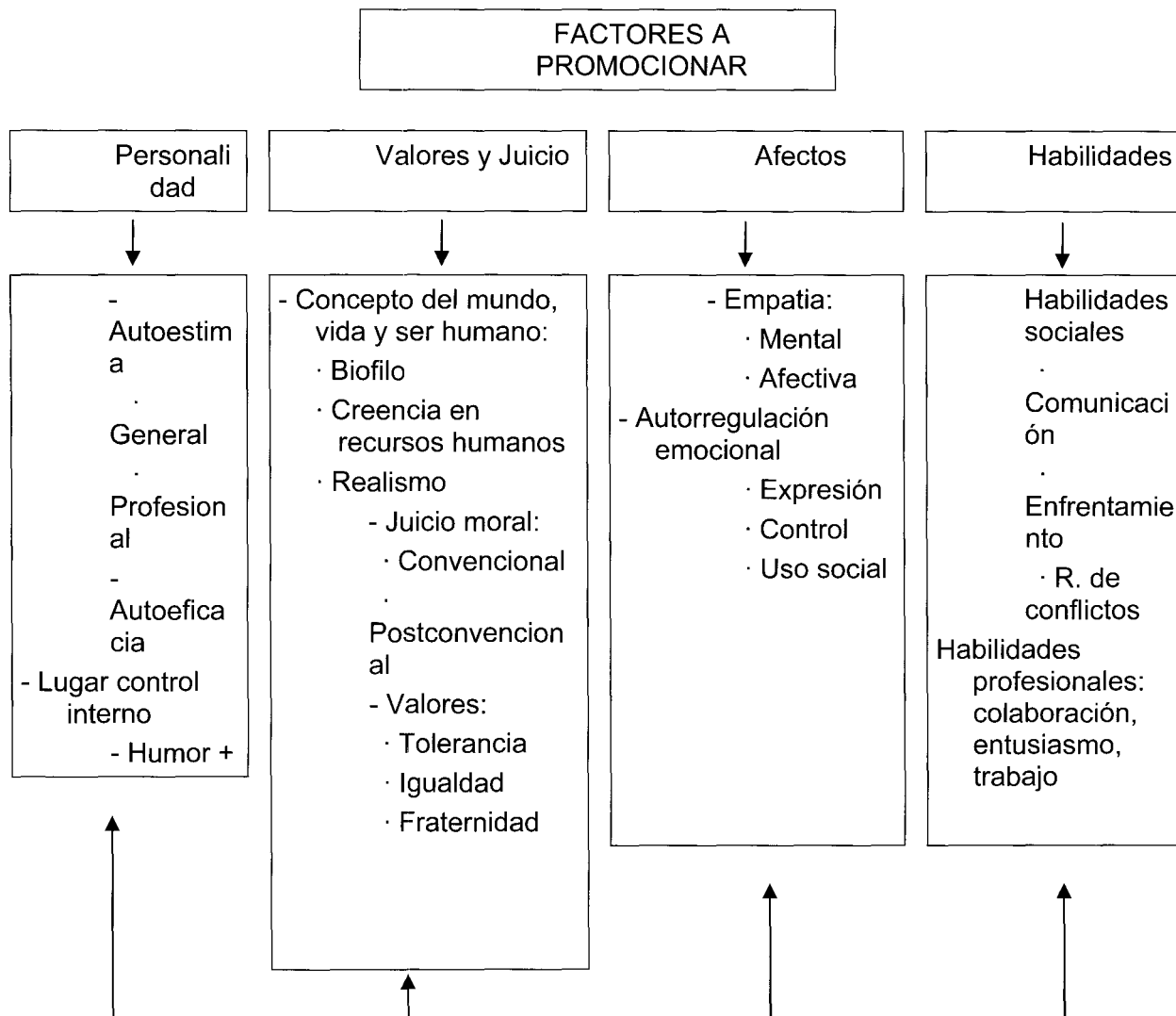
Para evaluar los resultados de su aplicación se han diseñado dos tipos de evaluación, una evaluación del proceso o formativa y una evaluación de las variables sobre las que se ha intervenido, obteniendo información de los diferentes agentes participantes en el desarrollo de las sesiones. Los resultados obtenidos confirman que la aplicación de este programa permite una mejora en el bienestar emocional y social de los adolescentes sobre los que se realiza la intervención.

## **1.- FUNDAMENTACIÓN.**

Entre las fuentes de este programa están: un discurso sobre las necesidades humanas (López, 1995), donde se ponen de manifiesto las diferentes necesidades que el ser humano necesita resolver para lograr su bienestar persona y para favorecer el bienestar de los demás, porque no hay contradicción entre ambos. En segundo lugar, el programa tiene especialmente en cuenta a los menores con carencias, problemas sociales y que han sido víctimas de maltrato, que, como se sabe, suelen tener graves deficiencias en sus recursos para resolver sus necesidades (Wolfe y Pierre, 1993). Finalmente, el programa se asienta también sobre el estudio de los factores protectores (Werner, 1996), estudio que pone de relieve la existencia de determinadas características individuales que ejercen un rol protector en el desarrollo psicosocial de los niños y adolescentes que se han visto expuestos a situaciones continuadas de adversidad.

Siendo evidente que son muchos los factores que interaccionan en el fomento del bienestar adolescente, la selección de aquellos sobre los que dirigir la intervención se ha realizado partiendo de la revisión de distintas investigaciones donde se ha puesto de manifiesto las variables que se relacionan con el bienestar. Además, se ha prestado especial atención a la posibilidad de modificación de las variables a través de intervenciones educativas.

Siguiendo este planteamiento, se seleccionan como variables que cumplen las condiciones indicadas:



## 2.- CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA.

Este ha sido diseñado para su aplicación en contextos escolares y extraescolares, tanto con adolescentes sin especiales problemas de cara a potenciar su desarrollo, como con adolescentes que presentan dificultades en su socialización. Su aplicación puede estructurarse en un número mínimo de 15 sesiones con una duración media de una hora. Aunque lo ideal es que el programa se desarrolle a través de todo un año escolar. De hecho, el número de actividades permite esta extensión ideal.

La promoción del bienestar personal y social se persigue a través de la intervención optimizadora sobre algunos de los componentes básicos del bienestar que actúan como factores protectores en la adolescencia. Se trata de potenciar en los adolescentes los recursos de los que ya disponen o dotarles de aquellos que les ayuden a resolver adecuadamente sus necesidades. Para lograr este objetivo, el programa se ha articulado en torno a siete unidades didácticas, cada una de ellas centradas en la intervención sobre una de las variables seleccionadas, que han sido diseñadas para su aplicación conjunta, dado que las diferentes unidades se complementan entre sí. Para el desarrollo de las

diferentes sesiones de intervención se han diseñado diferentes actividades de trabajo que tratan de alejarse en la medida de lo posible del formato más tradicional de las tareas académicas. Son, en su mayor medida, actividades dinámicas que conllevan importantes procesos de reflexión, donde el adolescente es el principal protagonista. Se hace especial énfasis en el diseño y aplicación de actividades de generalización de los contenidos trabajados en las sesiones.

En último lugar, nos parece especialmente destacable que la metodología de evaluación empleada ha permitido la estrecha colaboración de educadores, profesores y adolescentes que han realizado aportaciones fundamentales para su diseño definitivo.

Este programa podría usarse como programa base/madre sobre el que asentar todos los contenidos transversales, porque en él se trabajan dimensiones y habilidades centrales que son esenciales a todos los contenidos transversales. De esta forma, los programas concretos (de educación para la salud, educación sexual, ambiental, vial, para el consumo, prevención de riesgos, etc.) podrían estar mejor fundamentados y ser más cortos, porque, en el fondo, se trataría de añadir informaciones concretas y ayudas específicas, referidas a cada tema concreto.

### **3.- OBJETIVOS:**

Los objetivos que hemos perseguido en el desarrollo de este trabajo son los siguientes:

- Promover el desarrollo de los factores, variables o recursos que permiten a los adolescentes buscar el bien propio y el de los demás, así como protegerse de los riesgos y sucesos estresantes.
- Evaluar los cambios experimentados en el grado de bienestar personal y social en los adolescentes participantes en la aplicación experimental del programa.
- Obtener información suficiente a lo largo de todo el proceso de evaluación que nos permita introducir las modificaciones necesarias para mejorar el desarrollo del programa y de las sesiones de intervención con los adolescentes.

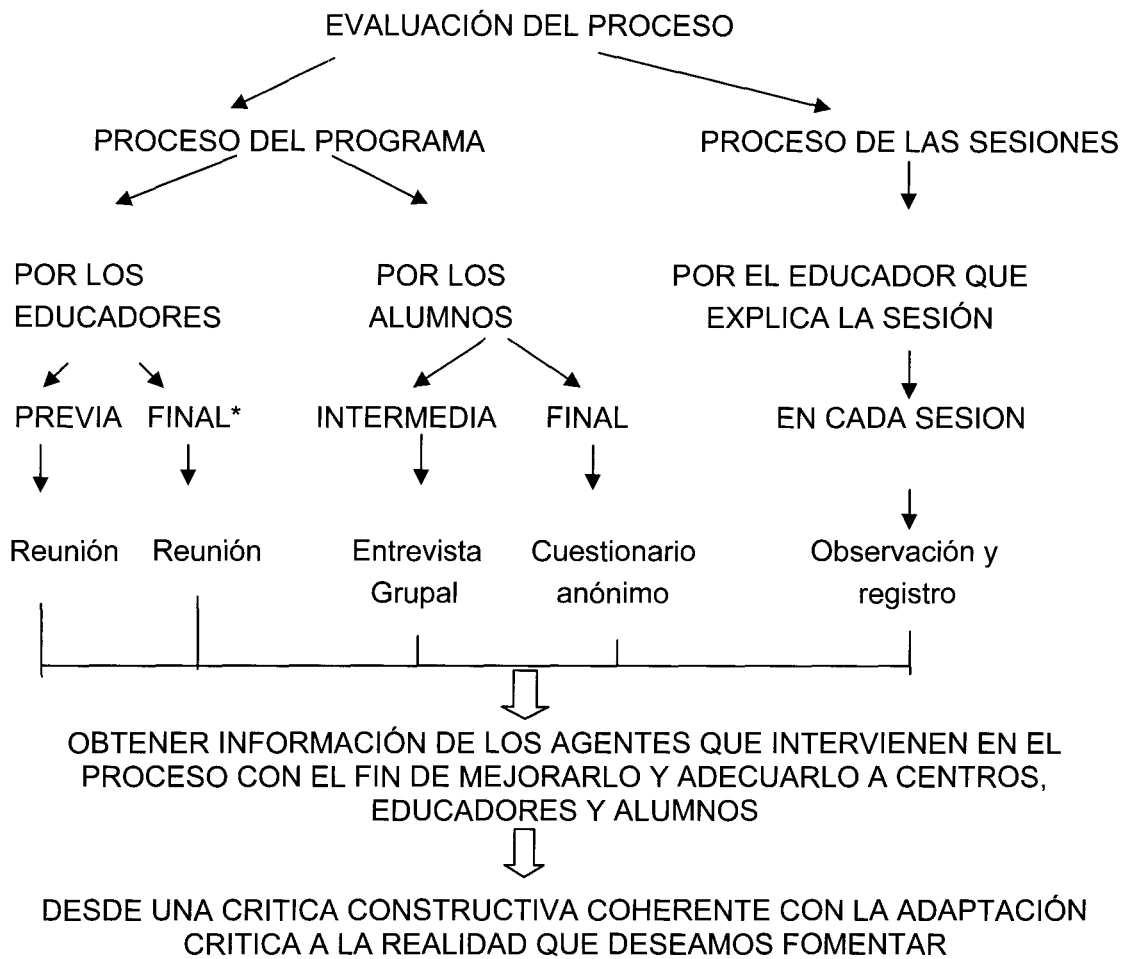
### **4.- METODOLOGÍA.**

La promoción de las variables se ha hecho a través de diferentes metodologías activas (López y otros, en prensa). Se han realizado dos tipos de evaluación: una evaluación del proceso o formativa y una evaluación del bienestar personal y social. En esencia se ha empleado una metodología cualitativa para la evaluación del proceso y de las variables y una metodología cuantitativa, para la evaluación de las variables. La evaluación del proceso propuesta nos ha permitido obtener información para mejorar el programa introduciendo a lo largo de su aplicación diferentes modificaciones. De esta forma, la versión definitiva del programa recoge las aportaciones de todos los agentes implicados en su aplicación.

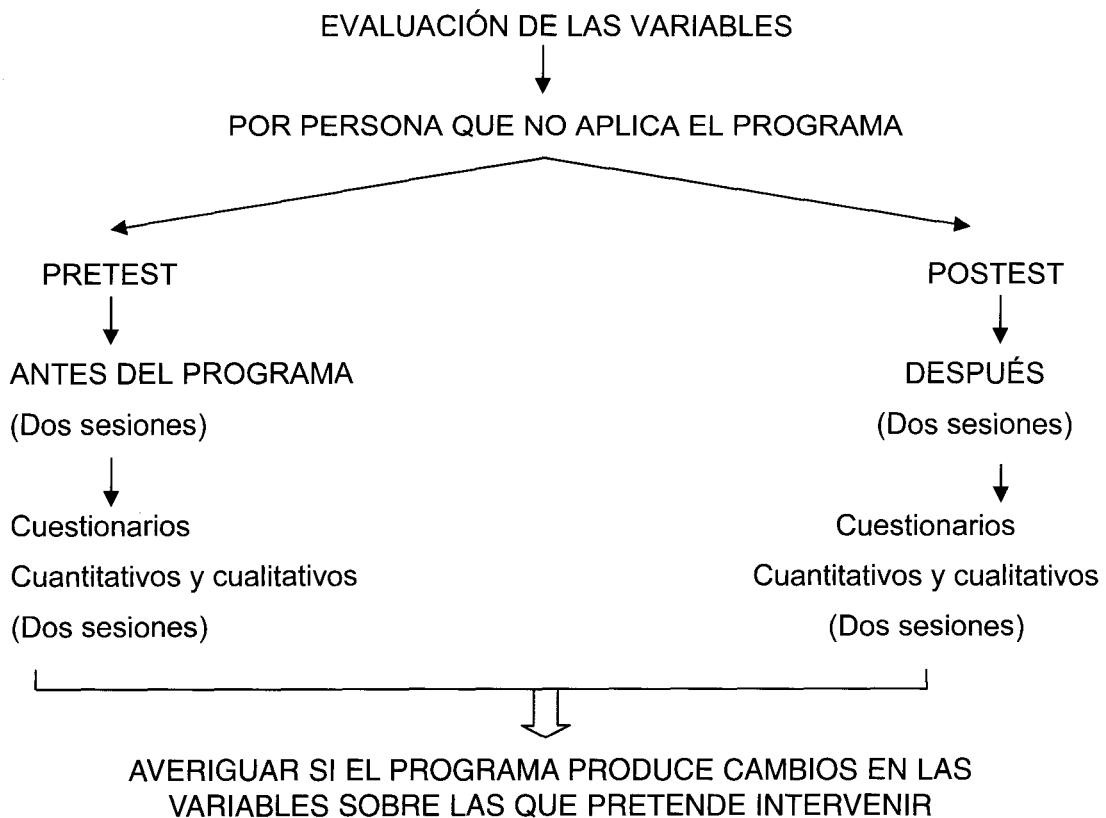
La evaluación de las variables sobre las que se estructura la intervención nos permite además, constatar si la intervención ha conseguido cambios en la dirección esperada en los adolescentes, un incremento de su bienestar personal y social. Se trata de un diseño con medidas antes y después de la intervención.

## Estructura general de la evaluación.

**Figura 2.** Evaluación del Proceso



**Figura 3.** Evaluación de las variables.



# **AVERIGUAR SI EL PROGRAMA PRODUCE CAMBIOS EN LAS VARIABLES SOBRE LAS QUE PRETENDE INTERVENIR**

## **Evaluación de la integración social en jóvenes que fueron acogidos en centros de protección**

**Amaia Bravo Arteaga  
Departamento de Psicología  
Universidad de Oviedo**

### **Introducción**

El título de esta presentación recoge una de las principales preocupaciones de los profesionales del ámbito de protección a la infancia: ¿qué ocurre cuando cesa la intervención protectora? ¿Cómo transcurre el proceso de adaptación al entorno comunitario de aquellos jóvenes que fueron acogidos en hogares y residencias de protección?

Responder a estas cuestiones implica realizar un estudio de seguimiento para valorar la situación actual de estos jóvenes. El desarrollo de esta clase de investigaciones forma parte del proceso de evaluación de un programa que representa un papel fundamental en el Sistema de Protección Infantil: el acogimiento residencial. Se trata del recurso que más controversias y dudas ha suscitado respecto a los posibles efectos que pueda causar en los niños y jóvenes en situación de desprotección.

Sin embargo, no ha habido muchos trabajos relevantes que hayan estudiado los efectos de la vida residencial tras el fin de la medida, transcurrido un tiempo de adaptación, y mediante un seguimiento que tuviera en cuenta su integración social y laboral. Así nos lo demuestra una de las mejores revisiones de investigación en el ámbito de las residencias de protección, el trabajo llevado a cabo por Bullock, Little y Millham (1993). Apenas dos o tres trabajos han adoptado una metodología de seguimiento a largo plazo de los niños y adolescentes que abandonaron el alojamiento residencial. El trabajo de Quinton y Rutter (1988), y el de Triseliotis y Russell (1984) serían los más representativos. El primero realiza un seguimiento de 94 chicas tras su baja en la residencia y el segundo compara el desarrollo posterior de menores que estuvieron acogidos bien en familia, bien en residencias. De los 61 trabajos de investigación revisados, todos ellos sobre residencias, sólo estos dos se parecerían al que nosotros planteamos.

En este resumen se presentan los datos más relevantes del estudio, cuyo análisis puede verse con mayor profundidad en Fernández del Valle, Álvarez-Baz y Bravo (2003).

### **Planteamiento y objetivos**

El principal objetivo de esta investigación es evaluar la situación en la que se encuentran los jóvenes que han permanecido alojados en residencias de protección y que han abandonado esta medida al menos dos años antes de realizar el estudio. Se trata, por tanto, de averiguar el grado de integración social y estabilidad de estos jóvenes desde una perspectiva de largo plazo.

### **Método**

#### **Sujetos**

El estudio comprende la población de niños y adolescentes que habiendo permanecido un mínimo de nueve meses en residencias de protección del Principado de Asturias, causaron baja entre 1990 y 1996. Esta delimitación temporal es debida al difícil acceso a expedientes anteriores a esta época que presentaran la rigurosidad necesaria para llevar a cabo la investigación.

La decisión de descartar los casos donde las estancias fueron muy breves, se debe a la propia finalidad del estudio que, recordemos, es relacionar la intervención desde los centros con las repercusiones que esto pueda tener en la posterior vida del adulto, joven o niño. Por este motivo, decidimos que sólo consideraríamos que la intervención residencial tenía un peso importante en la vida de los niños cuando estos hubieran permanecido un mínimo de nueve meses. Es decir, un curso escolar completo o su equivalente en meses.

Algunos expedientes fueron eliminados por otras razones, como el caso de fallecimiento del niño antes de su baja, ser trasladado a otra región para seguir en centros de protección, ser derivados a residencias de minusvalías, o que el expediente no reuniera información suficiente

como para poder investigar el caso. Considerando estos criterios, se incorporaron 272 casos a la muestra final.

### **Instrumentos y procedimiento**

La investigación constó de dos fases. En la primera de ellas, los investigadores tuvieron acceso al archivo de expedientes del Servicio de Familia e Infancia de la Comunidad Autónoma; mediante un minucioso análisis de los documentos se completaba una hoja de datos previamente elaborada en la que se recogían: datos personales del joven, fechas y motivos de ingreso y baja, tipo de residencia/s donde había sido acogido, medidas legales adoptadas, perfil sociofamiliar y datos para su localización actual.

Una vez recogida la información básica de cada caso, una investigadora se desplazaba al domicilio o localización probable hasta tomar contacto con los propios sujetos o sus familias y proceder a una entrevista dirigida a conocer la situación presente en aspectos como: trabajo, vivienda, recursos económicos, situación sociofamiliar, valoración de la experiencia residencial, etc. Es sobre este estudio de seguimiento sobre el que se incidirá en la parte de resultados.

### **Resultados**

#### **Caracterización de la muestra**

Sobre los 272 casos, existía un ligero predominio de niñas (55,1%) sobre niños (44,9%), que en total pertenecían a 173 núcleos familiares (dado que es muy frecuente la presencia de hermanos en centros). Brevemente, el perfil de estas familias podría describirse del siguiente modo:

Se trata de familias con un alto número de hijos (un promedio de 3-4), y donde destaca como dato más significativo la dedicación a la prostitución en el caso de las madres en un gran número de casos (40%). Como se constata en diversos estudios, la composición familiar es monoparental para la mayoría de la muestra (68%), destacando los casos de separación (34%), viudedad (17%) y madre soltera (17%).

Entre las dificultades sociofamiliares asociadas al momento de ingreso, cabe destacar la presencia de conductas violentas (75% de los casos), desorganización doméstica (65%), dificultades económicas (65%), toxicomanías (56%) y desempleo (41%).

#### **Estancia**

De forma también breve, presentaremos algunos datos extraídos de los expedientes y que permiten reconstruir el modo en que los niños y niñas fueron atendidos en las residencias.

Lo más relevante, sin duda, es que la media de estancia en acogimiento residencial para esta muestra es de 6,5 años, alcanzando en algunos casos hasta veinte años y con una cuarta parte que ha permanecido más de diez años. Aunque conviene recordar que hemos excluido los casos que habían estado en residencias menos de nueve meses, la duración de la estancia para la muestra que investigamos es muy prolongada y retrata fielmente el papel de institucionalización benéfica que han jugado este tipo de recursos en esos años.

También es digno de comentario el hecho de que casi una cuarta parte hayan residido en tres o más residencias, lo que indica otro importante problema consistente en los traslados excesivamente frecuentes, que ponían en peligro la necesaria estabilidad educativa que los niños deben tener.

#### **Resultados del estudio de seguimiento**

Una vez recogidos los datos de los expedientes, y tal como se indicó en el apartado de procedimiento, se intentó localizar al mayor número posible de casos. Sobre la muestra de 272 casos que se han descrito en los apartados anteriores, y descartada la opción de hacer un seguimiento de los que habían terminado en adopción (33 casos a los que cabe suponer una de las mejores finalidades posibles), hemos procedido a localizar al resto.

En total, se pudieron localizar 184 casos. El resto son 36 casos en los que no hubo posibilidad de encontrar a las familias o los interesados. Otros 14 se habían trasladado fuera de la región y 4, aunque se encontraron, no deseaban cooperar en la entrevista. Finalmente uno de los casos había fallecido en accidente de motocicleta.

No obstante, de estos 184 casos, 31 tenían menos de 16 años y por lo tanto no era posible evaluar su situación en cuanto a la integración sociolaboral, por lo que se utilizaron unas variables

de seguimiento distintas. En esta exposición nos centraremos en la muestra de 153 casos seguidos con 16 años o más en el momento del seguimiento. El 70% de este grupo llevaba fuera de la residencia un mínimo de tres años, tiempo suficiente para llevar a cabo su integración y poder así evaluar el grado de adaptación a su nuevo entorno.

La muestra hallada en el seguimiento tiene una media de edad de 21 años, siendo el 41,2% mayores de esta edad, lo que nos permite evaluar resultados ya en la época adulta.

En el momento de la salida, la mayoría (60%) regresaron al domicilio familiar, porcentaje que se ve reducido en el momento del estudio: la familia de origen continuaba siendo el núcleo de convivencia más representativo (43,8%), si bien no era bajo el porcentaje de casos que se habían independizado (36%) formado un nuevo hogar.

Un aspecto básico del seguimiento consistió en averiguar la actividad principal que desarrollaban en cuanto a trabajo o estudios: el 40,5% estaban trabajando y un 19% en búsqueda de empleo; es importante aclarar que esta última categoría se refiere a jóvenes que habían acabado trabajos temporales y se encontraban sometidos a los ciclos de empleo y desempleo característicos de muchos jóvenes. Desatacamos la presencia de un 13,1% de casos denominados "sin actividad alguna" que representan situaciones muy pasivas y sin motivación por la búsqueda de empleo ni por el estudio. Son muy pocos casos los que continúan estudiando (7,8%) y aparecen algunas situaciones de "amas de casa" (5,9%). En el polo más negativo se aprecia la presencia de la actividad de prostitución (5,9%) y delincuencia (2%), junto a algunos casos de trabajos muy precarios como la recogida de chatarra, cartón, etc. (2,6%).

También se intentó detallar al máximo la posible situación de delincuencia o problemas con la ley. Es todo un tópico considerar a las residencias de protección como un lugar de cultivo para la delincuencia posterior. Según la información recabada durante las entrevistas y fuentes de los servicios sociales, en el 81,7% de los casos descartamos que hubiera habido este tipo de problemas. En cuanto al resto, un 2,6% había tenido problemas de prisión y estaban pendientes de juicio otro 4,7%. Es importante aclarar que existía un número de casos (11,1%) en el que la información no era muy clara pero en los que existían fundadas sospechas de haber tenido problemas con la ley.

Con el fin de analizar el nivel de autonomía desarrollado por estos jóvenes tras abandonar la residencia, se recogió información sobre la percepción de todo tipo de ayudas sociales. Del total de la muestra, un 31% percibía este tipo de ayudas en el momento del estudio, las cuales provenían en su mayoría de las UTSs.

Finalmente, debido a que las variables examinadas en la investigación iban tocando aspectos muy distintos y parciales de la situación actual de estos jóvenes, decidimos realizar una evaluación global del grado de integración social de esta muestra mediante un índice de **cinco niveles**:

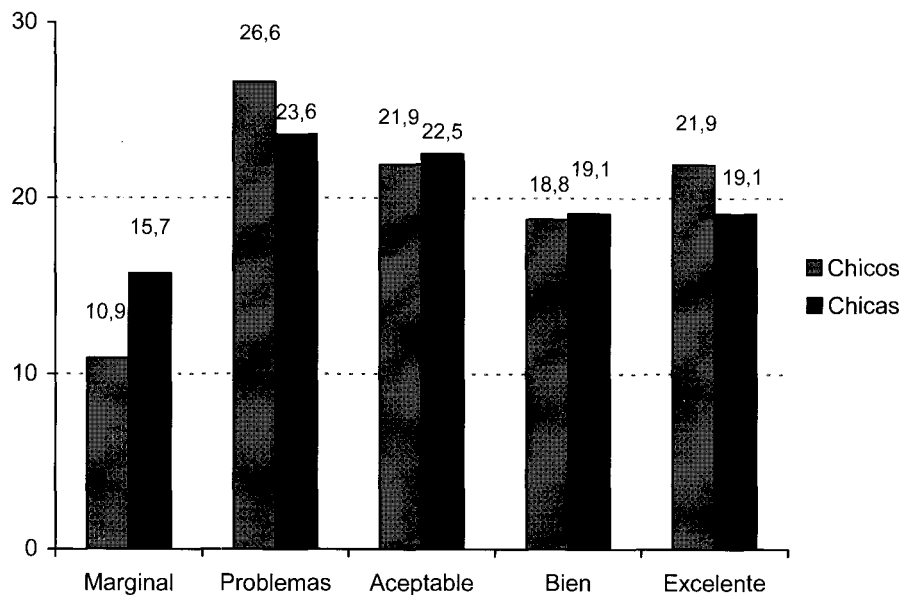
- *nivel 1*, personas que se encuentran en situaciones marginales;
- *nivel 2*, presencia de dificultades económicas o de vivienda, usuarios de servicios sociales;
- *nivel 3*, son casos en los que existe un cierto desenvolvimiento autónomo, con ingresos y situación de vivienda más o menos estable, ahora bien, existen factores de riesgo que colocan a estos casos con posibilidades de retornar al nivel anterior;
- *nivel 4*, no existen problemas de economía o vivienda pero existe algún problema menor, como la falta de inserción laboral definitiva; y,
- *nivel 5*, situación laboral, económica y de vivienda positiva y estabilizada.

Los resultados se muestran en la figura 1 y en ellos se puede apreciar una distribución relativamente homogénea entre los cinco niveles, con la salvedad de un menor número de casos en el nivel más bajo y un ligero predominio del nivel dos. Este nivel dos, recordamos, indica una dependencia de los servicios sociales y de ayudas en general.

Existen varias cuestiones a destacar en este gráfico. Una de ellas es la igualdad entre resultados para varones y mujeres si exceptuamos el nivel marginal, en el que a las chicas parece haberles ido peor (en gran parte debido a la prostitución). También destacaríamos que alrededor de un 40% se hallan en una situación francamente positiva (niveles cuatro y cinco), y que son minoría los que han acabado en una situación marginal.



**Figura 1.** Valoración general de integración social. Niveles de valoración (porcentajes).



### Discusión y conclusiones

Antes de analizar las implicaciones de los resultados descritos, se debe tener en cuenta que aunque la muestra se refiere a niños y niñas que dejaron las residencias en los años noventa, su ingreso se había producido bastantes años antes (en algunos casos en los años setenta) y que entonces las residencias estaban en manos de un conjunto muy disperso de organismos y patronatos (Fernández del Valle y Fuertes, 2000), donde el modelo de intervención estaba más vinculado a la beneficencia, centrada en el socorro a las familias con problemas socioeconómicos, que con la acción protectora en situaciones específicas de maltrato.

Un aspecto que encaja con esta concepción de beneficencia, donde la institución sustituía a la familia con carencias de recursos, se constata en la enorme duración del acogimiento residencial, con una media entre seis y siete años, pero donde se dan muchos casos de haber permanecido toda la infancia en incluso toda la vida hasta la época adulta. Para ser casos que han salido en los años noventa, reflejan una situación que debería haberse superado años atrás. No obstante, esta situación favorece nuestro trabajo de investigación ya que se trata de una muestra con un fuerte peso de institucionalización en su crianza y por tanto muy apta para evaluar su efecto en la futura integración social cuando alcanzan la edad adulta.

Durante muchos años, el acogimiento residencial se ha considerado un recurso peligroso y de gravísimos efectos para los niños y niñas que eran atendidos. Estas impresiones generales no han contado con datos concretos pero han tenido un efecto negativo muy fuerte sobre el desarrollo de este tipo de servicios.

Los datos de nuestra investigación permiten abrir un poco de luz en la espesura de tanta opinión vertida en las dos últimas décadas. Los resultados muestran que a pesar de haberse criado en instituciones durante muchos años y probablemente en no muy buenas condiciones, el desenvolvimiento de la mayoría de estos chicos y chicas al hacerse adultos es bastante bueno. Desde luego, los problemas anunciados de desviación y marginación social afectan a un grupo relativamente pequeño de casos y lo más problemático es que una cuarta parte depende aún de los apoyos de los servicios sociales.

Con respecto a los resultados cabe añadir un par de cuestiones. La primera es que un estudio de este tipo, repetido dentro de unos años podría arrojar peores resultados. La hipótesis para esta afirmación se basa en que nuestra muestra se compone en gran parte en casos de beneficencia, es decir, de problemas socioeconómicos familiares pero no de graves problemas de maltrato ni de deterioro en el comportamiento de los niños. Dentro de la evolución que han seguido los casos de acogimiento residencial destaca el aumento cada vez más alarmante de niños y jóvenes con graves secuelas y problemas de conducta (Fernández del Valle y Fuertes, 2000). Probablemente, la futura integración social de estos casos no obtenga los mismos resultados que los que hemos presentado en nuestra muestra. Otro elemento de reflexión que nos atrevemos a plantear es que durante muchos años hemos oído hablar de los peligros de los largos

internamientos y muy poco del fenómeno de los que no se dejan ayudar por la medida residencial. Nos referimos a esos casos que se marchan de las residencias muy pronto, en forma de fugas o abandonos, que no se adaptan a estos entornos educativos y sobre los cuales a veces no se sabe mucho más. Es lo que algunos autores han llamado los casos “perdidos por el sistema” (Kendrick, 1997). Dicho de otro modo, a la lícita y justificada preocupación por las largas estancias debería haberse añadido la inquietud acerca de los casos que no se han dejado ayudar por estos programas.

En síntesis, la investigación revela que el ajuste social de los niños y niñas que han pasado una buena parte de su desarrollo en las residencias de protección ofrece un panorama que debe ser analizado con detenimiento y que en modo alguno refleja los pesimistas augurios que se han escuchado durante muchos años. Se ha dejado al descubierto el carácter benéfico del papel de estas instituciones, con largas estancias y cambios de residencia frecuentes. Sin embargo, el ajuste social encontrado es positivo para la mayoría y el meollo del problema estribaría en buscar modos de romper la dependencia de los servicios sociales en que se encuentran un buen número de casos.

### **Referencias bibliográficas**

- Bullock, R., Little, M., Millham, S. (1993a). *Residential care for children. A review of the research*. London: HMSO.
- Fernández del Valle, J. (1992): Evaluación de programas residenciales de servicios sociales para la infancia. Situación actual y aportaciones de los enfoques ecopsicológicos. *Psicothema*, 4, 2, 531-542.
- Fernández del Valle, J., Álvarez-Baz, E., Bravo Arteaga, A. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia. *Infancia y Aprendizaje*, 26 (2) 235-249
- Fernández del Valle, J. Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Kendrick, A. (1997). Safeguarding Children Living Away from Home from Abuse: A literature Review. En R. Kent (ed.): *Children's Safeguards Review*. The Stationery Office. Edinburgh.
- Quinton, D., Rutter, M. (1988). *Parenting breakdown*. London: Avebury.
- Triseliotis, J., Russell, J. (1984). *Hard to place*. London: Heineman.



## 5. Adopción

María Jesús Montane Merinero

### LA DECLARACIÓN DE IDONEIDAD, GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS ADOPTABLES

Antonio Ferrandis Torres  
Doctor en Cc. de la Educación

La Declaración de Idoneidad de los candidatos a adoptar, según el Convenio de La Haya, es la primera obligación de los países de recepción. La nueva redacción del artículo 9.5 del CC según la disposición final 2ª de la Ley Orgánica 1/96 exige la declaración de idoneidad del adoptante para que la adopción sea reconocida en España; como en el nuevo artículo 176 se requiere la declaración de idoneidad por parte de la entidad pública para la constitución de la adopción (nacional). Por desgracia, aún está por hacer un desarrollo en profundidad del concepto de "*idoneidad*" que llegue a la concreción legal de los criterios que manejamos los técnicos. El Código Civil, por ejemplo, en el tema de la edad de los adoptantes, se limita a exigir los 25 años cumplidos (al menos uno de los cónyuges en caso de matrimonio) y 14 años de diferencia con el adoptando. Tales precauciones se revelan innecesarias en las circunstancias en que se desarrolla hoy la adopción internacional; por el contrario, se echan de menos similares cautelas en cuanto a la máxima edad o a la máxima diferencia de edad con el adoptando.

Las contadas ocasiones en que se debate en torno a la idoneidad suele hacerse desde una perspectiva errada: la de "quienes deben tener *derecho a adoptar*" (como si tal derecho existiese), en vez de surgir de la pregunta "cuáles son las necesidades y derechos de un niño abandonado y qué entorno familiar responde mejor a ellos". De ahí que algunos cuestionen que la Adopción Internacional, por mucho que lo pregone el discurso oficial, esté en verdad impulsada por el derecho del niño y no por los intereses de los adoptantes.

Por contradictorio que resulte con la realidad de uno de los países con menor tasa de natalidad del mundo, en España los niños abandonados del tercer mundo son reclamados por todos: por los *nuevos modelos* de familia, ya que la posibilidad de adoptar se identifica con el reconocimiento social, por quienes están en edad de ser abuelos y quieren vivir una segunda juventud, por quienes experimentan el síndrome del nido vacío, por las personas solas que superada la edad fértil desean el hijo que ninguna relación les proporcionó, por quienes desean ejercer una filantropía (hoy solidaridad) más comprometida... Desde una perspectiva de "no negar derechos" (¿?) o "no establecer discriminaciones", parecería que todo solicitante debería ver respetado su derecho. No sólo el público poco informado, sino también ilustres representantes de la judicatura, expresan en ocasiones que "*tampoco se exige idoneidad a los padres biológicos...*" como si pudieran equipararse ambas situaciones.

Debe mencionarse una última paradoja: los países desarrollados establecen criterios de idoneidad de los adoptantes mucho más exigentes para la adopción nacional que para la adopción internacional. En nuestro caso concreto, establecida legalmente la preferencia de los candidatos que no tengan más de 40 años que el adoptando y de la pareja frente al individuo solo, resulta prácticamente imposible que quien no reúna estos criterios sea candidato a una adopción *convencional* de un niño menor de tres años (si se trata de adopciones *especiales* o de niños mayores, las posibilidades son otras). En la adopción internacional esta preferencia por los candidatos *más idóneos* desaparece, o en todo caso queda a criterio del país de origen, a quien corresponderá la asignación de un menor concreto a cada solicitante.

Voy a referirme a dos de las circunstancias que la Ley 6/95 de Garantías de los Derechos de los Niños y Adolescentes de la Comunidad de Madrid establece para poder valorar la idoneidad de los solicitantes:

- "Comprensión de la dificultad que entraña la situación para el menor"
- "Respeto a la historia personal del menor"

### a) *Comprensión de la dificultad*

Un menor propuesto para adopción necesita unos padres que conozcan, comprendan y asuman las especiales necesidades que éste plantea en cuanto a su condición de hijo adoptivo (pérdida - encuentro - adaptación - revelación - desarrollo) y sean capaces de armonizarlas con sus propias necesidades, expectativas y deseos como padres. Por consiguiente:

1. Han superado una visión simplista de la adopción (“rescate”, “salvación”, “ofrecer oportunidades”...) que impide tomar conciencia de la pérdida y el abandono inicial del adoptando y condiciona una relación paterno-filial de “donación-agradecimiento”.
2. Aceptan profundamente la realidad inicial del adoptando y son capaces de transmitirle la información de su origen y acompañar su crecimiento integrando naturalmente esta realidad (*la revelación*). Y a la vez son respetuosos con su intimidad y la del niño, sin caer en un exhibicionismo frívolo.
3. Tienen capacidad (o disposición para desarrollarla) de aceptar las reacciones de un niño ante las pérdidas y su proceso de adaptación no exento de desajustes y conflictos. Son capaces de tolerar la frustración que ello implica, intentar comprenderlo y en caso necesario pedir ayuda.
4. Son capaces de transmitir al niño la *aceptación positiva incondicional* que merece por ser hijo. Y a la vez son capaces de fijar límites.
5. Son capaces de ayudar al niño a desarrollar una visión positiva de sí mismo, lo cual incluye su origen, sus antecedentes y sus peculiaridades.
6. Pueden identificar sus propias fantasías respecto al hijo que vendrá, especialmente sus deseos y expectativas; y cuestionarlas, y relativizarlas, y anticipar dificultades que ello pueda plantearles.
7. Son capaces de *aceptar la diferencia*. Pueden relativizar sus propias aspiraciones en cuanto a aspecto del hijo, éxito escolar, relaciones, logros sociales... No muestran expectativas rígidas en cuanto a lo que debe esperar de un niño
8. Son capaces de asumir con cierta naturalidad la búsqueda de los orígenes, la elaboración de una *novela familiar*, los futuros deseos de contacto (reales o ficticios) sin sentir amenazada su condición de padres o sentirse agredidos.
9. Tienen experiencia y recursos como para llevar a la práctica un estilo educativo respetuoso y razonado, en vez de rígido y punitivo.
10. Han superado tópicos respecto a antecedentes nacionales, culturales, raciales o genéticos que les haga interpretar al hijo desde parámetros deterministas

### b) *Respeto a la historia personal*

Un menor propuesto para adopción necesita unos padres que acepten y valoren a su hijo como es, lo cual incluye el respeto por su pasado y la valoración de cuanto haya de positivo en sus antecedentes, y también el respeto por su propio ritmo y proceso de desarrollo crecimiento, de “niño adoptado” a “hijo adoptivo”. Inspirándonos en algunas observaciones de J.A. Reguilón, esta dimensión podría incluir los siguientes aspectos:

1. Son conscientes de que adoptan un niño y su historia (la de su familia y también la de su abandono e institucionalización)
2. Asumen que esa historia le pertenece y no puede ser negada
3. Son capaces del esfuerzo cultural que deberán hacer para convertir en hijo al niño *diferente*, ante sí mismos y ante la comunidad social
4. Aceptan y asumen que el niño procede de una situación marginal y unas circunstancias de abandono. “Carencias socioafectivas”
5. Que la aceptación de estas cuestiones no es ni puede ser una aceptación puramente intelectual
6. Que se sitúan correctamente ante la edad del niño. No naces cuando yo te adopto. No acepto a regañadientes un niño mayor porque no me darán bebés.
7. Acogen al niño (y todas sus características) con entusiasmo, no como un mal menor o un suplente del hijo biológico.
8. Respetan su ansiedad, su duelo, su aflicción
9. Son capaces de desarrollar una actitud de firmeza y ausencia de violencia
10. Son capaces de enfrentarse a una información probablemente “difícil”, sin que se despierten sentimientos incapacitantes ante la herencia, la familia, los antecedentes... sin

negarlos, sin huirlos, sin considerar necesario ocultarlos...sin verse obligados a novelar para poder querer...

El estudio psico-social de la familia debe explorar los deseos y fantasías en torno al niño por venir, así como la propia historia personal y la aceptación de la propia infancia y realidades familiares. Es importante *oír el discurso en torno a la adopción* (aunque no es suficiente). Debemos asegurarnos que se dispone del nivel suficiente de formación al respecto y de que hay al menos una *comprensión intelectual* de la complejidad del proceso. La negación de estas necesidades, la incapacidad para ir más allá de “el amor todo lo cura...”, la reacción ante la dificultad del tipo de “no tendremos tan mala suerte”...deben ser criterios de exclusión si reflejan la auténtica situación del solicitante.

Aún es más importante valorar en qué medida un discurso teóricamente aceptable es verdaderamente coherente con el resto de motivaciones y experiencias. La descripción y valoración de la educación recibida por uno mismo y las teorías espontáneas sobre la infancia, la educación y la disciplina están relacionadas con este aspecto. La exploración sobre las propias fantasías e idealizaciones, sobre los miedos, sobre lo agradable/desagradable de los niños a cada edad, sobre las propias debilidades/fortalezas a la hora de educar resultan muy reveladoras.

Por último , e independientemente de la intensidad del deseo de ser padres, debe valorarse la capacidad de ponerse en el lugar del niño (*empatía*) y contemplar el proceso de filiación adoptiva desde su punto de vista.



## **FAMILIA Y RUPTURA EN ADOPCIÓN INTERNACIONAL: UN ESTUDIO DE ARCHIVOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID<sup>6</sup>**

**Ana Berástegui Pedro-Viejo**

**Instituto Universitario de la Familia. COMILLAS**

En la pasada década, la adopción en España ha vivido una gran revolución con la aparición como hecho social de la adopción internacional. La rapidez con la que este fenómeno ha crecido en nuestro país ha provocado que tanto desde la investigación como desde la práctica profesional se hayan abordado los procesos más urgentes de resolver, que no han sido siempre los más importantes. Por ello, el estudio de la adaptación y el seguimiento de los adoptados internacionales ha sido relegado a un segundo plano obviando la existencia de ocasiones en las que las relaciones familiares se rompen y los niños tienen que ser sacados de sus hogares adoptivos y situados en casas de acogida o instituciones residenciales, con la consecuente pérdida de todos los referentes vitales para el menor que ha dejado su país en busca de una familia (Harper, 1994).

El estudio que presentamos a continuación forma parte de una investigación más amplia (Berástegui, 2003) sobre las tasas de truncamiento y riesgo en la CAM y su relación con algunas variables relativas al menor, a la familia y al procedimiento de adopción. En ella se establecen unas tasas de truncamiento y riesgo del 1,5% en el periodo 1997-1999. Hoksbergen (1991) expone unas tasas de internamiento del 5,7% en adoptados internacionales de los que más de un 50% no regresarán nunca al hogar familiar. Estas rupturas se daban, de media, siete años después de la adopción por lo que es previsible un aumento de las tasas de ruptura, también en nuestro país, cuando los adoptados comiencen a entrar masivamente en la adolescencia.

Berástegui (2003) también detecta la edad como un factor de riesgo muy importante para la ruptura de la adopción de modo que, en los mayores de seis años, estas tasas se elevan hasta un 6,9%. En este sentido cabría destacar que en adopción internacional se están produciendo adopciones que en los procedimientos nacionales se considerarían especiales sin la formación, la selección, el control y el apoyo especial que en estos procesos se proporciona a la familia. Además de las diferencias en la definición y la práctica de las adopciones especiales, encontramos cómo las motivaciones y estructuras familiares que se acercan a la adopción internacional son mucho más diversas y complejas que en adopción nacional.

La investigación internacional en torno al fenómeno de las adopciones rotas relaciona la ruptura principalmente con las dificultades de adaptación del menor a causa de su edad (Barth, Berry, Yoshikami, Goodfield y Carson, 1988; Hoksbergen, 1991; McDonald, Lieberman, Partridge y Hornby, 1991), de su historia previa de inestabilidad, negligencia, abuso o maltrato (Boneh, 1979; Festinger, 1986; Kadushin y Seidl, 1971; McDonald y cols., 1991; Partridge, Hornby y McDonald, 1986; Smith y Howard, 1994) o de sus problemáticas especiales de conducta (Brodzinsky, Smith y Brodzinsky, 1998; Festinger, 1990) pero dejar de ofrecer una familia a los menores que, probablemente, más necesitados estén de una oportunidad familiar no parece ser la vía de prevención de las rupturas más centrada en los derechos del menor. En cuanto a las variables procedimentales, algunas de las que se han relacionado más consistentemente con la adaptación familiar como la adopción por parte de los padres acogedores (Festinger, 1990) o la continuidad de los profesionales al cargo de todas las fases del proceso (Festinger, 1986; Partridge y cols., 1986; Ward, 1997) no se pueden dar en adopción internacional tal y como es entendida desde nuestro sistema jurídico. Por estas razones, la necesidad de atender a las variables de motivación y estructura familiar, que podemos evaluar y controlar preadoptivamente, es especialmente importante en este punto a pesar de que, en términos generales, el patrón de resultados que relacionan variables familiares y tasas de ruptura es complejo y las asociaciones son habitualmente débiles (Brodzinsky y cols., 1998; Rosenthal y Groze, 1991).

---

<sup>6</sup> Los datos aquí expuestos forman parte de una investigación más amplia (Berástegui, 2003) realizada gracias a la colaboración del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF) y generosamente publicada por el Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.



A pesar de la importancia que se da a la motivación para adoptar en los estudios teóricos y la práctica profesional, no contamos con muchos estudios que investiguen con detenimiento las posibles relaciones entre las motivaciones para la adopción y la ruptura de la misma y la mayoría de ellos sólo barajan como variable motivacional los problemas de fertilidad que en algunos casos parece aumentar el riesgo de ruptura (Westhues y Cohen, 1990) y en otros no muestran especial relación (McDonald y cols., 1991). Por otro lado, Hoksbergen (1991) encuentra un mayor índice de rupturas en las adopciones realizadas por motivos solidarios que en padres que no podían tener hijos biológicamente y atribuye este hecho a que a estas familias, por su propia motivación de ayuda, se les tiende a asignar niños más “difíciles” con lo que las probabilidades de adaptación vienen marcadas más por las características de los menores que por la motivación de los padres.

El tipo de familia en la que el menor va a integrarse se puede definir, en primer lugar, por el número de progenitores. No suelen encontrarse diferencias entre las familias biparentales y las monoparentales en cuanto a las tasas de ruptura (Barth y cols., 1988, 1990; Groze, 1991) a pesar de que estas adoptan generalmente niños de mayor edad. La otra cara de la composición del hogar es la presencia de hijos biológicos o adoptivos en la familia de manera previa a la adopción. La presencia de hijos adoptivos parece cumplir una función preventiva (Partridge y cols., 1986) o neutra (Boyne, Denby, Kettering y Wheeler, 1984; Festinger, 1986) frente a la adaptación del nuevo niño mientras que los resultados frente a la presencia de hijos biológicos son más confusos. La mayoría de los estudios muestran cómo la existencia de hijos biológicos puede aumentar la probabilidad de ruptura (Berry y Barth, 1990; Boneh, 1979; Hoksbergen, 1991; Hoksbergen, 1997; Kadushin y Seidl, 1971;) aunque quizás la relación se vea reforzada por cierta tendencia a asignar niños mayores a estas familias (Hoksbergen, 1997). Por el contrario, otros estudios muestran una relación inversa (McDonald y cols., 1991; Rosenthal, Schmidt y Conner, 1988) o no encuentran relación (Boyne y cols., 1984; Festinger, 1986; Zwimpfer, 1983).

Junto a las variables de composición familiar, también se ha trabajado la relación de la ruptura con algunas variables sociodemográficas de los padres como son la edad o el nivel educativo y económico. En cuanto a la edad, parece que los padres mayores muestran resultados más exitosos que los más jóvenes aunque la diferencia parece explicarse por la mayor edad de los padres previamente acogedores –variable que se relaciona de un modo consistente con las adopciones intactas en los estudios estadounidenses- (Berry y Barth, 1990; Rosenthal y cols., 1988; Zwimpfer, 1983). Otras investigaciones no encuentran relación significativa entre la edad de los padres y el resultado de la adopción (Barth y cols., 1988) y un tercer grupo de estudios encuentra una relación positiva entre la edad de los padres y la ruptura de la adopción (Boneh, 1979; Kadushin y Seidl, 1971). También se ha estudiado la edad del matrimonio en familias biparentales que se relaciona negativamente con la adopción de manera que entre los matrimonios más jóvenes se daban mayores tasas de ruptura (Westhues y Cohen, 1990, Zwimpfer, 1983) mientras que en otros no se encontró especial relación (Boneh, 1979; Festinger, 1986).

En cuanto al nivel educativo, el grado de estudios de la madre adoptiva se asocia en algunas investigaciones a un menor riesgo de ruptura de la adopción mientras que los estudios del padre no muestran relación con la ruptura (Festinger, 1986; Rosenthal y cols., 1988). En cambio, Boyne y cols. (1984) encuentran que un mayor nivel educativo de la madre adoptiva estaba asociado con un menor riesgo de ruptura, particularmente para los niños más jóvenes y otros estudios no encuentran relación (McDonald y cols., 1991). Barth y cols. (1988, 1990) reconcilia en cierto modo estos resultados al encontrar que tanto las madres adoptivas con un título universitario como las que sólo tienen estudios primarios son más tendentes a la ruptura que aquellas con una educación secundaria sugiriendo la posibilidad de una relación curvilínea entre las variables. Reflejando un patrón similar al de los resultados en función del nivel educativo, Rosenthal y cols (1988) presentan una correlación pequeña pero significativa entre nivel de renta y riesgo de ruptura. En la misma línea se sitúan otras investigaciones que ofrecen como explicación de esta relación la posibilidad de que los padres de clases trabajadoras tengan expectativas más realistas sobre la futura adaptación del menor –especialmente escolar y laboral- y muestren mayor tolerancia a las irregularidades de conducta de sus hijos que los padres de clase media y media-alta (Brodzinsky y cols., 1998; Hoksbergen, 1991; Schmidt, Rosenthal y Bombeck, 1988). Otros estudios no encuentran especial relación entre ambas variables (Barth y cols., 1988; McDonald y cols., 1991).

Este artículo pretende aportar nuevos datos a las relaciones entre la ruptura de la adopción y las variables de motivación y estructura familiar entre los adoptados internacionales más vulnerables (mayores de 6 años). El estudio de esos factores puede resultar beneficioso para la práctica cotidiana de los servicios de adopción, ya que pueden ser considerados de modo previo a la adopción orientando la toma de decisiones en el proceso de valoración-formación-selección.

## Método

### Muestra

El grupo clave (TYR) estaba formado por el total de las adopciones internacionales finalizadas entre 1997 y 1999 calificadas por los profesionales como truncadas (N=12) o en riesgo inmediato de ruptura (N=9) antes de enero del 2000 (N=23). El grupo de comparación estaba formado por 28 adopciones intactas elegidas de manera aleatoria de entre los expedientes de adoptados con 6 ó más años y cuyo proceso se consideraba "sin significación especial" (SSE). Las características descriptivas de ambas muestras quedan resumidas comparativamente en la tabla 1:

**Tabla 1.** Características de los grupos muestrales.

		% ruptura	de % Total	Contraste	p
<i>Número de progenitores</i>	Monoparental	53,8	25,5	0,103	0,463
	Biparental	42,1	74,5		
<i>Hijos biológicos previos</i>	Sí	77,8	82,4	0,304	0,030*
	No	38,1	17,6		
<i>Hijos adoptivos previos</i>	Sí	66,7	94,1	0,108	0,439
	No	43,8	5,9		
<i>Adopción múltiple</i>	Sí	47,4	37,3	0,035	0,802
	No	43,8	62,7		
<i>Tipo de Familia</i>	Monoparental	53,8	25,5	0,452	0,006**
	Biparental sin hijos	25,9	52,9		
	Biparental con hijos	81,8	21,6		

Los hermanos incluidos en el mismo expediente de adopción son considerados de manera independiente.

### Diseño y procedimiento

La recogida de información se llevó a cabo a través de la información de archivo contenida en los expedientes de adopción de los menores y que fue facilitada, con los compromisos exigidos de confidencialidad, por el IMMF. Para ello se elaboró una rejilla de codificación de la información contenida en los expedientes que recogía por un lado información referente a variables socio-demográficas y de tramitación del expediente y por otra información referente a las motivaciones de los padres en la solicitud de adopción y el informe psico-social (Berástegui, 2003). Variables e instrumentos

Las variables sociodemográficas y de composición familiar recogidas en cada expediente fueron el sexo del menor, la edad del menor en la adopción, el número de progenitores, la edad de los progenitores, el número de hijos biológicos y adoptivos en el hogar, el número de menores adoptados en el mismo proceso (adopción múltiple), los estudios de los progenitores y los ingresos de la familia.

Para el tratamiento de las variables de motivación se elaboró un guión de codificación a partir de los primeros 10 expedientes de los que se extrajeron cinco motivaciones que se pueden dar simultáneamente y que han sido recogidas por la bibliografía anterior. En cada ítem se puntúa 0 (no aparece reflejada en el expediente) ó 1 (aparece reflejada en el expediente). Estas motivaciones son:

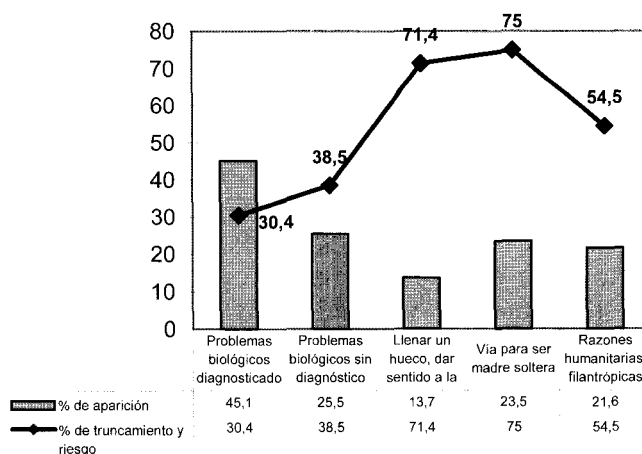
- 1) Problemas biológicos diagnosticados: puntúan las familias que alegan alguna enfermedad diagnosticada por un especialista que les incapacita para concebir o llevar a término un embarazo;
- 2) Problemas biológicos sin diagnóstico: puntúan las familias que alegan tener problemas médicos que, o bien no han sido diagnosticados ni tratados, o bien no se ha encontrado la causa de dicha dificultad o se ha considerado una dificultad salvable (por ejemplo, abortos traumáticos sin secuelas fisiológicas). También puntúan personas que alegan “no estar en edad” de concebir;
- 3) Llenar un hueco, dar sentido a la vida : puntúan las familias que acuden a la adopción como medio para aliviar la soledad y la desmotivación; en ocasiones son familias que han sufrido recientemente una pérdida importante o que están viviendo el “síndrome del nido vacío” y buscan a alguien a quien cuidar;
- 4) Vía para ser madre soltera: puntúan las personas que no han tenido hijos biológicos por no tener una pareja estable a lo largo de su vida y que se plantean la adopción como vía de acceso a la maternidad o a la paternidad.
- 5) Motivación filantrópica o solidaria: puntúan las familias que proponen como motivación para su adopción la ayuda a los niños necesitados.

## Resultados

### Motivación para la adopción

Las tasas más acusadas de ruptura se dan entre aquellos que se acercaron a la adopción como vía para ser madre soltera seguidas de las que adoptaron para “llenar un hueco y dar sentido a la vida”. La menor tasa de abandono y riesgo se dio entre los que presentaron problemas biológicos diagnosticados como motivación para adoptar Gráfico 1). Si consideramos las variables independientemente no encontramos diferencias significativas entre los que puntuaron y los que no puntuaron en los motivos de problemas biológicos con diagnóstico (Phi=-0,263; p=0,055) sin diagnóstico (Phi=-0,078; p=0,577), llenar un hueco y dar sentido a la vida (Phi=0,211; p=0,132) y razones humanitarias filantrópicas o religiosas (Phi=0,1; p=0,477). Entre los que se acercaron a la adopción como vía para ser madre soltera y los que no puntuaron en este motivo sí que encontramos diferencias significativas (Phi=0,333; p=0,017).

**Gráfico 1.** Porcentaje del total adopciones que presentan cada tipo de motivación y porcentaje de rupturas por motivación para adoptar.



Las barras representan el porcentaje del total de adopciones que ha presentado cada una de las motivaciones especificadas mientras que los puntos representan la tasa de adopciones truncadas y en riesgo dentro de los distintos grupos de motivación. Fuente: Berástegui (2003).

### Estructura familiar

Se encontraron diferencias significativas en las tasas de ruptura de la adopción en función de la presencia de hijos biológicos previos en la familia o del tipo de familia. Las mayores tasas de ruptura se dieron entre las familias que tenían hijos biológicos antes de adoptar y entre las familias

biparentales con hijos, seguidas de las monoparentales y de las biparentales sin hijos. Sin embargo, las familias no presentaron tasas diferenciales de ruptura en función del número de progenitores, de la presencia de hijos adoptivos previos o de la adopción múltiple (Tabla 1).

**Tabla 1.** Resumen de los contrastes para la distribución de la ruptura de la adopción en función de variables de estructura familiar.

		% de ruptura	% Total	Contraste	p
<i>Número de progenitores</i>	Monoparental	53,8	25,5	0,103	0,463
	Biparental	42,1	74,5		
<i>Hijos biológicos previos</i>	Sí	77,8	82,4	0,304	0,030*
	No	38,1	17,6		
<i>Hijos adoptivos previos</i>	Sí	66,7	94,1	0,108	0,439
	No	43,8	5,9		
<i>Adopción múltiple</i>	Sí	47,4	37,3	0,035	0,802
	No	43,8	62,7		
<i>Tipo de Familia</i>	Monoparental	53,8	25,5	0,452	0,006**
	Biparental sin hijos	25,9	52,9		
	Biparental con hijos	81,8	21,6		

En las variables independientes con dos niveles se presenta el contraste Phi y en las que tienen más de dos niveles se presenta la V de Cramer aunque el nivel de significación se extrae del contraste  $\chi^2$ . Ambos estadísticos pueden interpretarse como una correlación (valores entre -1 y +1). \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

Nuestra muestra no presenta diferencias significativas en la edad de los menores en función del tipo de familia que los adopta (H de Kruskal-Wallis=1,222; g.l.=2;  $p=0,541$ ).

#### Variables sociodemográficas de los padres

Encontramos una edad de los padres significativamente mayor entre las adopciones rotas que entre las intactas aunque esta relación sólo se mantiene para las familias biparentales sin hijos. Encontramos que a mayor edad de los padres aumenta la edad del menor asignado para la adopción ( $r_{xy}=0,489$ ;  $p=0,002$ ). Relacionado con la edad de los padres, también se evidencia un mayor tiempo de convivencia de la pareja (en el caso de familias biparentales) entre las familias rotas que entre las intactas (Tabla 2).

**Tabla 2.** Resumen de los contrastes U de Mann-Witney para las variables sociodemográficas de los padres y la ruptura de la adopción.

	$\bar{X}_{(TYR)}$	$\bar{X}_{(SSE)}$	U	p
<i>Edad media de los progenitores</i>	50,4	43,65	86,0	0,002**
Monoparentales	41,98	44,56	14,00	0,316
Biparentales sin hijos	52,14	44,02	26,00	0,016*
Biparentales con hijos	49,06	39,16	4,00	0,238
<i>Tiempo de convivencia</i>	21,19	12,69	56	0,013*
<i>Ingresos familiares</i>	594.792,7	332.514,5	117,5	0,142

En la tabla se resumen los contrastes de U de Mann-Witney para las diferencias entre el grupo de adopciones truncadas y en riesgo (TYR) y el grupo sin significación especial (SSE). \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

Por otro lado, se encuentra una significativa entre los estudios de la madre y la ruptura de la adopción ( $\chi^2$  de Pearson<sub>(g.l. 2)</sub>=7,516;  $p=0,023$ ; V de Cramer=0,388), relación que no se mantiene para los estudios del padre. La mayor tasa de ruptura en función de los estudios de la madre se

encuentra entre las adopciones llevadas a cabo por madres con estudios primarios (75%) seguidas de aquellas que han alcanzado niveles de formación universitarios (44,4%) y de aquellas con estudios secundarios (18,2%). Por último, no se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en el volumen de ingresos familiares.

## Discusión

En contra de las hipótesis teóricas que consideran que la infertilidad supone una fuente de riesgo para la adaptación adoptiva, en nuestra muestra la incapacidad para tener hijos biológicos parece ser un factor preventivo (aunque no significativo) de la ruptura. Sin embargo, la motivación solidaria no muestra ninguna relación con la adaptación de la familia y parece presentarse como un motivo secundario coexistente con distintas razones para adoptar.

Los patrones motivacionales más asociados con el riesgo son la adopción como vía para ser madre soltera y la adopción sustitutiva (“llenar un hueco, dar sentido a la vida”). La relación de la motivación de las familias monoparentales con la ruptura parece deberse más al tipo de familia y a las dificultades específicas que estas abordan que a la dinámica motivacional en sí. Por otro lado, la motivación sustitutiva fue incluida en nuestras categorías tras verla emerger de los expedientes de truncamiento y riesgo reiteradamente respondiendo más a un patrón biográfico que a una motivación manifestada explícitamente: familias que habían perdido un hijo y que, de algún modo, pretendían llenar el hueco que había quedado en su familia; familias muy centradas en el cuidado de sus hijos que se estaban comenzando a independizar del núcleo familiar o en el cuidado de mayores que habían muerto recientemente; personas con un acusado sentimiento de soledad o aislamiento que en su madurez consideran por primera vez la posibilidad de ser padres o madres; en definitiva, personas cuyo principal deseo frente a la adopción no es tanto ser padres como tener alguien a quien cuidar o algo que motive su vida. Esta motivación no muestra una relación estadísticamente significativa con la ruptura de la adopción pero su bajo porcentaje de aparición y su alto porcentaje de rupturas nos puede hacer pensar en ella como relevante y considerarla un tema a explorar a la hora de realizar una valoración psico-social. El deseo de ayuda y la necesidad de estas familias de ser útiles, una vez identificada, debería ser reorientada y canalizada en el mismo proceso de valoración hacia otro tipo de compromisos que no implicaran una responsabilidad parental.

La dificultad en la medida de la motivación y el fuerte componente de deseabilidad social que implica el momento en el que se recoge la información al respecto, nos hace pensar en la posibilidad de acceder al mundo de las motivaciones a través de las variables demográficas y biográficas de las familias. En muchos casos, una combinación de las variables de familia, hijos previos, edad de los padres e hitos biográficos significativos, nos puede dar una idea bastante aproximada de las motivaciones de la familia para adoptar o, al menos, de los campos a explorar en una indagación más detallada.

Parece que ciertas configuraciones familiares encuentran mayores dificultades para esta adaptación y viven mayor número de rupturas adoptivas. De un modo gráfico podríamos ordenar el nivel de riesgo de ruptura en función del tipo de familia encontrando las mayores tasas en las familias biparentales con hijos, seguidas de las monoparentales, de las biparentales mayores sin hijos y de las biparentales jóvenes sin hijos donde encontraríamos las tasas más bajas de ruptura. El contraste estadístico indica, además, que no hay diferencias en la edad del menor en función del tipo de familia.

Las altas tasas de ruptura de las familias biparentales con hijos van contra del sentido común que podría entender que los solicitantes que ya son padres tendrán más aptitudes y recursos para ser buenos padres adoptivos. Los posibles choques entre los hermanos (el surgimiento de peleas, celos...) podrían favorecer las dificultades de integración, pero el hecho de que la presencia anterior de hijos biológicos y la de hijos adoptivos difiera en su incidencia sobre la ruptura queda sin explicar desde esta perspectiva y podría estar relacionado con diferentes motivaciones y expectativas de ambos grupos frente a la adopción y también con el conflicto de lealtades de los padres con respecto a sus hijos biológicos y adoptivos cuando surgen los problemas. Por otro lado, dentro de las familias biparentales con hijos que ya son mayores, el factor de riesgo fundamental que podría estar entrando en juego es el “síndrome del nido vacío”. En estas familias los conflictos entre hermanos son infrecuentes y, sin embargo, las expectativas

de los padres de volver a vivir “tiempos mejores” entran en contraste con unos niños con dificultades o poco responsivos emocionalmente, cuya crianza no es similar a la que deseaban reproducir.

Las familias monoparentales, indudablemente, afrontan cierto estrés adicional a la hora de hacer la transición a la parentalidad ya que dificultades similares tienen que ser superadas por una sola persona que, en ocasiones, no cuenta con el apoyo social o emocional suficiente o no dispone de los mismos recursos con los que cuenta una pareja. Si bien parece que, en la mayoría de las adopciones las familias monoparentales funcionan tan bien como las biparentales (Groze, 1991), no es menos cierto que frente a los procesos de adaptación más complejos se ven desbordadas con más facilidad y la familia se rompe. Por otro lado, también encontramos un subgrupo de madres mayores que buscan hacer frente a su soledad no siempre elegida a través de la adopción, subgrupo en el que encontramos la misma problemática que en el resto de adopciones sustitutivas.

Las familias biparentales mayores sin hijos pueden ser matrimonios que llevan una amplia andadura en común y a los que les cueste más modificar sus hábitos ya aquilatados para admitir a un miembro nuevo en la familia que a los matrimonios más jóvenes. Además, dentro de este grupo encontramos parejas que llevan procesos muy largos de búsqueda de un hijo (vía natural, vía de la reproducción asistida, tiempos de espera en adopción nacional...) y que tienen a sus espaldas mucha carga de frustración y quizás por ello mucha carga de idealización de la paternidad que se frustra con la llegada de un niño real. Por otro lado encontramos una correlación significativa entre la edad de los padres y la edad del menor en las familias biparentales sin hijos, con lo que no podemos afirmar si es la edad de los padres, la de los hijos o el encuentro de las expectativas de unos padres primerizos y mayores con un niño mayor lo que mejor explica estas diferencias. Las familias biparentales jóvenes sin hijos son los adoptantes tradicionales y, en nuestra muestra, encuentran menos dificultades o tienen mayores recursos para una buena adaptación familiar que el resto de familias por lo que los problemas de esta tipología familiar surgirían de características de la adopción no compartidas por el grupo.

Estudiamos el estatus social de la familia a través del nivel de ingresos mensuales de la familia, por un lado y del nivel de estudios del padre y de la madre, por el otro. En cuanto al nivel de ingresos mensuales de la familia no encontramos diferencias significativas entre los grupos SSE y TYR. Por el contrario, encontramos una relación significativa entre los estudios de la madre y la ruptura de manera que las madres con estudios primarios tienen una mayor proporción de rupturas, seguidas de las madres con estudios universitarios y por último de las madres con estudios secundarios. Los resultados con respecto al nivel educativo de la madre van en la línea de los encontrados por Barth y cols. (1988, 1990) que sugieren una relación curvilínea entre estudios de la madre y ruptura. Quizás este patrón de relación esté explicado por la interacción de dos variables: el nivel de recursos, por un lado y el nivel de expectativas sobre el menor, por el otro (Hoksbergen y cols., 1991). Las familias con un nivel de formación muy elemental tendrán, probablemente, menos recursos cognitivos y prácticos para hacer frente a las dificultades que se presenten en la adaptación inicial del menor, aumentando estos con el nivel educativo de los padres y las familias con un nivel educativo elevado quizás posean expectativas demasiado exigentes sobre sus hijos, expectativas que determinados menores no pueden alcanzar; por el contrario las personas con un nivel educativo intermedio tendrían un nivel suficiente de recursos y unas expectativas adecuadas por lo que presentan los mejores niveles de adaptación.

El hecho de utilizar los archivos de caso tiene algunas ventajas como la de relacionar la ruptura de la adopción con variables disponibles en todos los expedientes de adopción lo que, a posteriori, hace más aplicable a gran escala el conocimiento adquirido (Barth y cols., 1988). De hecho este ha sido, junto a las encuestas a los profesionales, el procedimiento más usado en los estudios sobre la ruptura (Festinger, 1990). Sin embargo, esta metodología no permite el acceso a la complejidad de los procesos que subyacen a la inadaptación familiar. Es importante resaltar cómo las variables de la familia adoptiva (el estrés, las expectativas y recursos de estas frente a la adopción) parecerían estar en la base de las relaciones encontradas. Sería de gran interés emprender un estudio sobre el proceso de estrés-afrontamiento implicado en una buena adaptación de los menores y de la familia, que guiase la formación de padres y la intervención ante una crisis específica. Por otro lado y ante el previsible aumento de casos de ruptura a medida

que aumenta el número de niños adoptados y la edad de estos, sería recomendable mantener una vigilancia activa sobre esta realidad que permitiera ir tomando decisiones adecuada. La información recogida en este informe será útil para valorar cuidadosamente en los distintos momentos del proceso de adopción (valoración, "matching", seguimiento) cada uno de los factores que se han revelado como importantes para escoger una de las posibles familias candidatas a la adopción de un mismo menor, pero no para relegar a los menores a una vida sin familia.

## Referencias

Barth, R. P., Berry, M. (1990): Preventing adoption disruption. *Prevention in Human Services*, 9 (1): 205-222.

Barth, R.; Berry, M.; Yoshikami, R.; Goodfield, R., Carson. (1988): Predicting adoption disruption. *Social Work*, 33 (3): 227-233.

Berástegui, A. (2003): *Las adopciones truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejo Económico y Social.

Berry, M., Barth, R. (1990): A study of disruptive adoptive placements of adolescents. *Child Welfare*, 69 (3): 209-225.

Boneh, C. (1979): *Disruptions in adoptive placements: a research study*. Boston: MA: Massachusetts Department of Public Welfare, 1979.

Boyne, J.; Denby, L.; Kettering, W., Wheeler, W. (1984): *The shadow of success: a statistical analysis of outcomes of adoptions of hard-to-place children*. Westfield, NJ: Spaulding for Children, 1984.

Brodzinsky, D. M.; Smith, Brodzinsky, A. (1998). *Children's adjustment to adoption: developmental and clinical issues*: Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Festinger, T. (1986). *Necessary risk: a study of adoptions and disrupted adoptive placements*. Washington, DC: Child Welfare League of America.

Festinger, T. (1990): Adoption disruption: rates and correlates; En: D. M. Brodzinsky, y M. Schechter, (Eds.): *The psychology of adoption* (201-218). NY, Oxford University Press.

Groze, V. (1991): Adoption and single parents: a review. *Child Welfare*, 70 (3): 321-333.

Harper, J. (1994): Counselling issues in intercountry adoption disruption. *Adoption and fostering*; 18 (2): 20-26.

Hoksbergen, R. (1991): Understanding and preventing failing adoption. En E. Hibbs (1991): *Adoption; International perspectives*. Madison, CT. : International University Press.

Hoksbergen, R. (1997): Turmoil for Adoptees during their Adolescence?. *International Journal of Behavioural Development*, 20 (1): 33-46.

Kadushin, A. y Seidl, F. W. (1971). Adoption Failure: A Social Work Post-mortem. *Social Work*, 16 (3): 32-38.

McDonald, T.; Lieberman, A.; Partridge, S., Hornby, H. (1991): Assessing the role of agency services in reducing adoption disruptions. *Children and Youth Services Review*, 13 (5-6):425-438.

Partridge, S.; Hornby, H.; McDonald, T. (1986): *Legacies of Loss, Visions of Gain: an inside look at adoption disruption*. Portland, ME: University of Southern Maine.

Rosenthal, J; Groze, V. (1991): Adoption outcomes for children with handicaps. *Child Welfare*, 70 (6): 623-637.

Rosenthal, J; Schmidt, D.; Conner, J (1988): Predictors of special needs adoption disruption: An exploratory study. *Children and Youth Services Review*, 10 (2): 101-117.

Schmidt, D. ; Rosenthal, J.; Bombeck, B. (1988): Parents' views of adoption disruption. *Children and Youth Services Review*, 10 (2): 119-130.

Smith, S.L.; Howard, J.A. (1994): The impact of previous sexual abuse on children's adjustment in adoptive placement. *Social Work*, 39 (5): 491-502.

Ward, M. (1997). Family paradigms and older-child adoption: a proposal for matching parents strengths to children needs. *Family Relations*, 46: 257-272.

Westhues, A.; Cohen, J. (1990): Preventing disruption of special-needs adoptions. *Child Welfare*, 69 (2): 141-155.

Zwimpfer (1983): Indicators of adoption breakdown. *Social Casework*, 64 (3), 169-177.

## **6. TERAPIAS (ABUSO SEXUAL)**

**M<sup>a</sup> Rosario Sanz Cuesta**  
**Jefa del Departamento de Coordinación de Centros**  
**Dirección General de Infancia y Familia**  
**Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía**  
**Ayuntamiento de Madrid**

Con el título genérico de “terapias” en este simposio el Congreso quiere abordar algunas experiencias de intervención en situaciones de abuso sexual a menores, como una de las formas de maltrato. Se presentará en primer lugar un programa de intervención con abusadores sexuales adolescentes y sus padres, puesto en marcha en Valencia y que se viene desarrollando en Irlanda desde hace más de una década; asimismo se presentará la experiencia de intervención en abuso sexual con menores de un equipo especializado de la comunidad andaluza.

En el simposio número uno se presentó el papel de los servicios sociales en materia de atención y protección de menores y la estructura del Ayuntamiento de Madrid para desarrollar estas competencias. Antes de pasar a la presentación de las ponencias de este simposio, quisiera dar algunas pinceladas acerca de la intervención de los servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid, tanto generales (Centros de Servicios Sociales –CSS-) como especializados en la atención a menores y sus familias (Centros de Atención a la Infancia –CAI-) en los casos de abuso sexual, enmarcada en la comprensión del abuso sexual como una forma de maltrato y desprotección del menor en la que hay que intervenir:

- El derecho civil contempla el abuso sexual en el marco de la regulación de las situaciones de desprotección de menores, pudiendo llegar a producir, según las circunstancias, una situación de desamparo del menor por el inadecuado cumplimiento de los deberes de protección de los padres o tutores.

- Disposiciones legislativas previas a la Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor, otorgan competencias y obligan a los servicios sociales a actuar en situaciones de desprotección, y la precitada ley regula los principios generales de actuación frente a dichas situaciones de desprotección social, incluyendo la obligación de la entidad pública de investigar los hechos que conozca para corregir la situación mediante la intervención de los servicios sociales, o en su caso asumiendo la tutela del menor por ministerio de la Ley.

Los servicios sociales actuarán siempre que detecten una situación de abuso sexual, llevando a cabo la evaluación e intervención terapéutica necesaria, o cuando menos asegurándose de que el menor está adecuadamente protegido por sus padres o cuidadores y recibiendo atención especializada.

Los servicios sociales generales (Centros de Servicios Sociales) llevan a cabo programas de carácter preventivo, no necesariamente específicos y solo sobre abuso sexual, sino en general de situaciones de riesgo o maltrato hacia los menores, con objeto de sensibilizar a las familias y a la población general sobre las necesidades de los menores. También participan y colaboran en la detección de situaciones de abuso sexual con otros servicios: familiares, vecinos, centros escolares y otros agentes sociales pueden poner en conocimiento de los CSS situaciones de este tipo –o sospecha de su existencia- y éstos promueven la investigación, determinando inicialmente la gravedad y urgencia, de modo que si existe claro desamparo se pone automáticamente en conocimiento de Comisión de Tutela del Menor para adoptar una medida de protección que preserve al menor de un mayor riesgo. El papel de escucha, de detección y de evaluación y actuación inicial de los Centros de Servicios Sociales es fundamental en estos y otros supuestos de desprotección de menores. En supuestos en que no se aprecie urgencia en esta evaluación previa, colaborarán con la familia en la denuncia de los hechos y lo pondrán en conocimiento de los Centros de Atención a la Infancia –CAI- cuyos profesionales –psicólogos y trabajadores sociales- realizarán una evaluación en profundidad (verificación, evaluación de consecuencias y riesgo para el menor, actuaciones a realizar, etc.) valorando la idoneidad de continuar un



tratamiento terapéutico desde el propio CAI, que se planificará en función de la situación (tipo de abuso, impacto en el menor y riesgo que le supone, implicaciones familiares, quien es el abusador, colaboración de la familia u otros agentes protectores, etc.) Siempre que es preciso los profesionales de los CAI cuentan con el asesoramiento y seguimiento de equipos especializados en este tipo de maltrato, de los que reciben periódicamente formación y supervisión.

Los servicios sociales municipales del Ayuntamiento de Madrid (generales y especializados) coordinan la detección, evaluación, diseño de intervención y seguimiento de estas y otras situaciones de desprotección de menores, fundamentalmente a través de los Equipos de Trabajo con Menores y Familias, en los que, junto con otras instituciones y recursos articulan la colaboración en esta materia.

En este mismo Congreso hay otro simposio donde se aborda el maltrato a menores por abuso sexual en el que se profundizará igualmente en aspectos relativos a la veracidad de los hechos denunciados y otros aspectos referidos a la vivencia de los propios menores de estas situaciones. Las ponencias que vienen a continuación nos presentan, como decíamos al principio, experiencias prácticas de intervención, modelos diseñados con el objetivo de hacer operativa la prevención, la atención cuando se ha producido el abuso y la coordinación de objetivos de los distintos servicios que intervienen una vez detectadas estas situaciones:

**PROGRAMA RUTA: INTERVENCIÓN EN ABUSADORES SEXUALES ADOLESCENTES.** Kieran McGrath. Director RUTA Adolescentes –Valencia, España- y Director Adjunto St. Clare’s Unit Children’s University Hospital –Dublin, Irlanda-

**INTERVENCIÓN EN ABUSO SEXUAL CON MENORES: INTERSECTORIALIDAD. EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA ANDALUZA.** Raquel Raposo Ojeda. EICAS (Equipo de Evaluación e Investigación de casos de Abuso Sexual) de la ADIMA (Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato).

## PROGRAMA RUTADOLESCENTES: INTERVENCIÓN EN ABUSADORES SEXUALES ADOLESCENTES

Kieran McGrath  
Director Adjunto  
St Clare's Unit  
Children's University Hospital  
Dublin . Irlanda  
Director  
RUTAdolescentes  
Valencia. España

La sociedad en general está muy sensibilizada por los delitos sexuales y, en consecuencia, quiere que se actúe contra el abuso y la agresión sexual y evitar que haya víctimas. Junto a ello el espíritu de la Ley 5/2000 es dar una oportunidad de rehabilitación a los jóvenes agresores.

Uno de los modos más importantes de reducir el número de delitos y de víctimas es proporcionando terapia específica sobre abuso sexual a los agresores, en particular a los agresores adolescentes por el potencial preventivo que su rehabilitación representa. Y decimos preventivo porque un tercio de todo los delitos sexuales denunciados son cometidos por adolescentes y propiciar la rehabilitación de estos jóvenes supone evitar nuevos abusos en el futuro ya que se estima que un agresor sexual no detectado puede cometer unas 380 agresiones en su vida activa. Y más del 50% de los agresores sexuales comenzaron en su adolescencia. Con la terapia a los adolescentes agresores no solo se rehabilita al menor agresor sino que se ayuda a las víctimas porque se está evitando la re-victimización.

Es importante, no obstante subrayar que no se trata solo de proporcionar terapia a los jóvenes agresores sexuales sino una terapia *muy específica*. A nivel internacional se reconoce que son necesarios programas específicos que proporcionen servicios integrales para este tipo de casos, terapia de grupo, individual, de familia y apoyo a los padres, que en algunos casos son padres de la víctima y del agresor, si el abuso es intrafamiliar. Esto requiere un grupo multidisciplinario que provenga de distintas instituciones relevantes.

El objetivo de esta presentación es compartir la experiencia de la puesta en marcha en Valencia de un programa de terapia e intervención en abusadores sexuales adolescentes y sus padres, utilizando un modelo inter-institucional y multi-disciplinar que viene operando en Irlanda desde 1990. El Programa RUTAdolescentes (Red Unificada de Terapia para Adolescentes) es un programa integral que proporciona terapia de grupo, individual, de familia y apoyo a los padres siguiendo un modelo cognitivo-conductual. La prestación del servicio sigue un modelo inter-institucional y multi-disciplinar denominado (Northside Inter-Agency Programme) NIAP que viene operando en Irlanda desde 1990. NIAP viene operando en Dublín desde 1990 con muy buenos resultados, y su modelo ha sido adoptado por tres servicios más en Irlanda.

Uno de los aspectos más innovadores del modelo del Programa NIAP (Northside Inter-Agency Programme) es que utiliza profesionales que trabajan en distintas instituciones (públicas y privadas), en un esfuerzo común por cubrir unas necesidades que, de otro modo, no podrían ser atendidas. Esto es mucho más efectivo y funcional que crear un servicio nuevo con nuevos puestos.

### 1. Objetivos.

Los objetivos del Programa RUTAdolescentes son:

1. Rehabilitar a los agresores sexuales para volver a un curso de desarrollo más normativo mediante terapia individual, de grupo y de familia. Específicamente:
  - a. Desarrollando las habilidades y el control de su conducta que prevenga la probabilidad de reincidir;
  - b. Capacitándoles para que asuman la responsabilidad de los abusos sexuales cometidos;

- c. Desarrollando actitudes, habilidades y conductas que les permitan tener relaciones futuras más saludables con compañeros/as y con posibles parejas y también que sean mejores padres.
2. Ayudar a los padres de los agresores sexuales adolescentes a afrontar un problema de estas características que puede ocasionar enormes crisis en la familia. En los casos de abuso intrafamiliar son los padres de la víctima y del abusador. Estos padres se sienten muy aislados y estigmatizados y no pueden buscar la ayuda de familiares y amigos del mismo modo que lo harían con otros problemas.

Para establecer el programa, sin embargo, hubo que cubrir otra etapa, con sus propios objetivos, concretamente:

- La creación del equipo multi-disciplinar procedente de distintas instituciones, compuesto por profesionales altamente motivados en trabajar con adolescentes que presentan esta problemática.
- El entrenamiento y preparación monográfica de los profesionales para trabajar en equipo proporcionándole las técnicas, habilidades, protocolos, actitudes, etc. que se requieren para estas tareas. La preparación incluía como elemento central crear sentido de equipo y que éste se identificara con los contenidos precisos del Programa y sus modos de trabajo.
- La organización de los canales con las instituciones por los que los abusadores sexuales adolescentes accedan a los servicios del Programa.
- La organización del trabajo interno y los procedimientos y protocolos que se aplican en el Programa.

#### **Los resultados:**

- Se ha creado el equipo local de 12 profesionales entrenados en como proporcionar este servicio avanzado en Valencia para el tratamiento de abusadores sexuales adolescentes y sus padres o cuidadores
- Ha sido adaptado el modelo NIAP
- Ha sido transferencado el conocimiento de países de habla inglesa sobre el tema.
- Ha sido elaborado un manual de operaciones y materiales relacionados.
- Se recibieron los primeros casos remitidos por jueces.

#### **Problemas:**

- Dificultades en los apoyos institucionales.
- Falta de tradición en el manejo de estos problemas.
- Dificultades en jugar dos roles a la hora de seguir el modelo de NIAP

# **INTERVENCIÓN EN ABUSO SEXUAL CON MENORES: INTERSECTORIALIDAD, EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA.**

Raquel Raposo Ojeda  
Equipo EICAS.

## **1.- Breve descripción del Equipo EICAS.**

El Equipo EICAS (Equipo de Evaluación e Investigación de Casos de Abuso Sexual) pertenece a la Asociación ADIMA (Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato). En la actualidad, el Equipo EICAS está formado por una Trabajadora Social (Coordinadora del Equipo), cinco Psicólogos Evaluadores, una Psicóloga Analista y una Abogada, que trabaja conjuntamente además, con la Unidad de Tratamiento a Menores Víctimas de Abusos Sexuales, de ADIMA.

El Equipo EICAS, data en sus inicios desde Septiembre del año 1997, empezando a intervenir en la atención a casos con sospecha de abuso sexual en Enero de 1998, con un campo geográfico muy amplio, porque atendía todas las provincias andaluzas. Actualmente la atención está dirigida a Andalucía Occidental.

La atención que ofrece el Equipo se ha ido especializando, en base a las necesidades de la propia red social, donde EICAS se inserta, con el objeto de dar una respuesta más específica a cada caso, por lo que el Equipo funciona a nivel interno como dos subunidades, enfocadas una al Área de Protección de Menores, y otra, a estudios forenses, en el Ámbito Judicial. Cada uno de estos sectores requiere de intervenciones diferentes, por responder a características y necesidades distintas dentro de la intervención en abuso sexual, y en función del objetivo de la propia fuente que solicita dicho estudio a este Equipo; por ejemplo, la reinserción familiar con un menor supuesta víctima de abuso sexual, o la comisión de un delito por parte de un adulto, respectivamente.

El Equipo EICAS se coordina en el entorno social, con todos los sectores profesionales e institucionales, que pueden tener información relevante para investigación de la sospecha de abuso sexual relativas al menor supuesta víctima y su familia (Escuela, Centro Protección, SSCC, Centro de Salud,...) y origen más inmediato (antecedentes policiales, judiciales, disputas, estabilidad laboral, antecedentes médicos, psiquiátricos), así como con aquellos profesionales que se van a ver implicados con su intervención (análisis pediátrico, ginecológico, forense, terapia, tratamiento farmacológico...), en la atención multidisciplinar de un caso de abuso sexual.

El título de esta exposición hace referencia precisamente a este eje principal, en el que el Equipo EICAS basa su intervención en la Evaluación de la Sospecha de Abuso Sexual a Menores, la "Intersectorialidad" es necesaria para atención a esta tipología de maltrato, puesto que en cada fase de la investigación se van a ir requiriendo de la actuación coordinada o de la información de otros sectores profesionales.

Asimismo, el Equipo EICAS dispone de una metodología interna de trabajo que favorece la investigación de un caso de abuso sexual sin duplicar actuaciones, y que a pesar de seguir un procedimiento sistematizado, es dinámico y se adapta específicamente en cada momento de la intervención a las características concretas e intrínsecas de cada caso.

## **2.- Justificación de la Intervención Profesional.**

La intervención en un caso de abuso sexual, ni es sencilla, ni deber ser unidireccional, puesto que el Abuso Sexual Infantil es un problema complejo y de difícil abordaje por su privacidad, puesto que suele darse en un contexto de secretismo, implica una conducta de carácter sexual, la intimidad de un menor, que además ha sido invadida de forma no adecuada. En no pocas ocasiones cursan con una manipulación emocional y/o amenazas, bien explícitas o implícitas a través de mandatos. Con frecuencia los niños no comprenden qué les está ocurriendo y cuando lo saben conocen además las consecuencias, (psicológicas, separación de su familia, dispersión de esta, incredulidad, ingreso en centro, pérdida de adulto de referencia, acusaciones de otros miembros de la familia, pena de cárcel, contar en numerosas ocasiones su experiencia a distintas personas, sentimiento de culpa, vergüenza, etc.) que sus manifestaciones pueden ocasionarles.

Por ello, no siempre existe una revelación sobre el supuesto abuso sexual o ésta no suele darse de forma inmediata o próxima al primer episodio de abuso. En muchas ocasiones, el abuso sexual a un menor se manifiesta por expresiones de tipo conductual y/o físicas, que el niño realiza de forma espontánea en el contexto donde se inserta, o bien, manifestaciones verbales accidentales o sin intención de desvelar el supuesto abuso, hasta entonces, secreto.

La dificultad de los niños para manifestar lo que les ocurre, unido al hecho de que la mayoría de los supuestos abusos ocurren en contextos familiares o cercanos al niño, potencia aún más la silenciación del testimonio y el secreto ante la situación abusiva. Por tanto, la actuación profesional es una pieza clave para desvelar y poder intervenir en los casos de abuso sexual infantil, es necesario atender a las señales o síntomas en el niño y/o su familia, para percibir o detectar una posible situación de riesgo, o aprender a creer a un niño, cuando dice que está siendo objeto de abusos sexuales. Mientras más temprana sea esta detección, mayores posibilidades de que la intervención profesional se realicen en condiciones de ayudar eficazmente a un menor, estaremos creando el medio para evitar la gravedad de las consecuencias para el niño y la cronificación del supuesto abuso; para organizar los servicios disponibles en la comunidad, y dar una respuesta inmediata ante un caso de urgencia, por ejemplo.

Asimismo, la experiencia nos dice que la detección de un caso de abuso sexual se puede producir tanto en el ámbito familiar como en contexto profesional. Estos servicios de la comunidad pueden ser centros escolares, centros de servicios sociales, centros de protección, policía de menores, hospitales, etc.; o bien, ser detectada la sospecha de abuso sexual por los propios familiares o vecinos del menor supuesta víctima de abuso sexual.

Junto a esta diversidad y disponibilidad de las fuentes de detección hay igualmente otra amplia gama de Instancias a las que estas fuentes pueden dirigirse para realizar su notificación y/o denuncia del caso detectado. Canalizar de forma adecuada estas derivaciones y vías de intervención con un menor supuesta víctima, constituye un factor esencial en el éxito de la atención al abuso sexual infantil y la prevención de la victimización secundaria por parte de todas las Entidades profesionales que tenemos responsabilidad en su abordaje.

### **3.-Intersectorialidad:**

*"A principios de 1998, en sesión de entrevista, una niña de 7 años, respondió a la pregunta de qué le había ocurrido, con estas palabras:*

*-¿es que tú no lo sabes ya? ¿No te lo ha dicho mi madre? Yo ya se lo he contado a ella, a mi profe del cole, al director, a la policía esa tarde, a mi tita porque se preocupa mucho y luego en el hospital. ¿Quieres que llame a mi madre para que te lo diga? ya no quiero contarlo más-*

*En ese momento, no supe qué responderle sin que adivinara en mis torpes palabras que además de llevar razón, era importante que me contara a mí, 'la psicóloga asignada al caso' una vez más, y en proceso judicial más tarde, otra vez los supuestos abusos.*

*Hoy, a pesar de que sabría qué responderle y elegir las frases por el transcurrir del tiempo y la experiencia, las palabras significarían la misma torpeza, ante un itinerario profesional como el que caracterizó la evaluación de ese caso".*

Con el objeto de prevenir la duplicidad de actuaciones, la demora en la intervención, la revictimización, así como con el objeto de promover la intersectorialidad, y puesto que en la Comunidad Autónoma Andaluza existían diferentes Instancias profesionales que atendían desde sus distintos ámbitos al abuso sexual, la creación del Equipo EICAS debía suponer una integración eficaz en los recursos ya existentes, que evitase la duplicidad de actuaciones, promocionando la coordinación y una respuesta especializada al abuso sexual, de la que no sólo se beneficiarían los niños, sino también la intervención profesional.

En este sentido, EICAS aportaba dos líneas de trabajo bastante significativas: la primera, en relación a recopilación y análisis de la información de todas aquellas fuentes definidas como relevantes para el estudio de la sospecha de abuso sexual, en la investigación inicial de cada sospecha de abuso sexual. Y la segunda, encaminada a recoger el testimonio de los menores en

condiciones lo menos estresantes posibles para éstos y cumpliendo criterios de objetividad e imparcialidad necesarios para la investigación.

El abuso sexual requería que se delimitasen todas las etapas de la intervención, desde la detección hasta el tratamiento, pero dado que la duplicidad, la reiteración de exploraciones, y la victimización secundaria eran un problema y una dificultad añadida en la fase de investigación de un abuso sexual, se decidió empezar la coordinación intersectorial por este aspecto del proceso.

Con este objetivo, se analizaron las dificultades propias de compatibilizar las necesidades y las prioridades de investigación y los diferentes objetivos profesionales de cada uno de los sectores (Justicia, Policía, Fiscalía de Menores, Protección Infantil, Hospitales, etc.) que intervienen en la atención al abuso sexual infantil.

En primer lugar, se inició un trabajo individual entre EICAS y cada uno de los sectores implicados en la atención al abuso sexual (Fiscalía de Menores, Servicio de Protección de Menores, Hospitales, AMUVI,...). En estas sesiones de trabajo se pretendía dar a conocer el Equipo, los recursos de que disponía, las funciones que podía asumir y las propuestas de colaboración conjunta con cada sector. Asimismo, se intentaba conocer cuáles eran las necesidades de coordinación reales de cada ámbito, disponibilidad, metodología de actuación en relación al abuso sexual y vías de comunicación. Se trabajaron aspectos tan esenciales como el conocimiento entre profesionales, la terminología específica utilizada en relación al abuso sexual, tipologías de abuso sexual diferenciadas, criterios de urgencia y gravedad, prioridades de cada Institución, posibilidades de detección, fuentes de derivación, procedimientos de intervención según la tipología de abuso, la atención específica por cada sector y los recursos reales de los que disponían para establecer dicha intervención y coordinación con otros Servicios.

A partir de este momento, la mesa de trabajo que se planteó para la coordinación Institucional fue conjunta (Fiscalía de Menores, Servicio de Protección de Menores, Hospitales, AMUVI-Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales, Equipo de Protección Infantil de la Policía Autonómica-EPROIN y EICAS); se consiguió reunir a 42 profesionales de todos los ámbitos implicados en la intervención del abuso sexual, los objetivos que se expusieron y acordaron para la cooperación eran básicamente los ya trabajados a nivel individual, pero con un nivel de complejidad mayor, puesto que implicaba a un gran número de sectores diferentes.

Las principales ventajas que se han puesto de manifiesto con una investigación y evaluación coordinada son tales como evitar la duplicidad de las actuaciones, prevenir la revictimización de los niños y sus familias en los procedimientos de intervención, favorecer el aprovechamiento de recursos, lograr una mayor fiabilidad en el diagnóstico del caso, ya que permite la actuación y el consenso interdisciplinar y conseguir mayor agilidad en las actuaciones, puesto que se trabaja con una sistemática de coordinación establecida y acordada, donde se comparten responsabilidades, pero se limitan las acciones que debe llevar a cabo cada sector, fomentándose así el trabajo en red.

Las características que recoge esta sistemática de actuación conjunta son las siguientes: debe estar referida a un ámbito geográfico limitado, pero creando vías de trabajo que integren sectores interinstitucionales e interdisciplinares; es de carácter dinámico, que sea objeto de revisión y adaptación a las necesidades que surjan; potencia el conocimiento mutuo de los profesionales que colaboran en la práctica diaria; permite el intercambio de información; tiene un nivel de concreción elevado, no se articula como un mero conjunto de recomendaciones; establece definiciones de casos, niveles de gravedad, procedimientos por sectores, modos y momentos de interrelación entre ellos, etc.

La coordinación se establece con todas estas Instituciones en cualquier fase del proceso de intervención en un caso; dichas fases pueden ser reseñadas de forma general como 'detección', 'notificación', 'investigación inicial', 'evaluación' (de cualquier disciplina, policial, médica, social, judicial, psicológica, etc.,...), 'tratamiento' y 'proceso judicial'.

#### **4.- Ejemplos de Coordinación:**

A continuación exponemos algunos de los ejemplos, en los que se ha traducido en la práctica diaria de atención al Abuso Sexual la coordinación interinstitucional de sectores profesionales prioritarios con el Equipo EICAS:

-Con el ámbito Judicial, una de las principales fuentes de derivación al Equipo EICAS en la actualidad, se ha establecido un sistema de colaboración que consiste en recoger el testimonio del menor supuesta víctima, cumpliendo con los requisitos legales para que se constituyan en pruebas preconstituidas.

En este sentido, el equipo EICAS, está poniendo a disposición del Juzgado que así lo requiera y de la Fiscalía de Menores, las instalaciones de que disponemos, las cuales cuentan con un circuito cerrado de cámara y televisión, lo que posibilita, que el menor sea entrevistado en una estancia, a solas con el entrevistador, mientras que los distintos profesionales implicados en el proceso judicial (Juez, Fiscal, Secretario, Defensa,...), lo está visualizando desde otra sala contigua a través del televisor, los cuales pueden formular las preguntas o aclaraciones que estimen oportunas a través del psicólogo/a evaluador, que en determinados momentos sale de la exploración a tales efectos.

El niño es informado en todo momento de quiénes son las personas que están visionando la entrevista y por qué, para obtener su aprobación y consentimiento a ser grabado. La entrevista se graba en sistema audiovisual, y se hacen dos copias de forma paralela, una para el Juzgado y otra para el Equipo, que tendrá que emitir sobre ella un informe de valoración.

Este sistema conjunto de trabajo, supone que el niño no tenga que ser entrevistado por varios profesionales con los mismos objetivos, ni en un contexto estresante para él, disminuye su ansiedad y evita la duplicidad de actuaciones. Incluso en casos en los que el Juzgado ha solicitado la valoración por dos peritos del Equipo EICAS, bien de forma simultánea a la realización de la misma, o a posteriori, pueden valorar a través del video la información obtenida, con las máximas garantías de objetividad.

- En relación al ámbito de Salud por ejemplo, existe una amplia colaboración entre EICAS y éstos, suponen una importante fuente de detección del Abuso Sexual, así como una Institución de reconocido prestigio en la valoración de indicadores de abuso y diagnósticos complementarios para la intervención y tratamiento integral en esta tipología de maltrato.

Así, en algunas ocasiones, cuando la sospecha de abuso sexual se detecta en las dependencias del Hospital o es derivado a éste por un Centro de Salud, el Hospital puede constituirse, con la autorización judicial pertinente y si existe riesgo para el menor, en un “Centro de Protección” hasta que se realicen las pruebas necesarias y se tomen las decisiones oportunas. En estos casos, el Equipo EICAS se desplaza al Hospital a realizar las entrevistas necesarias al menor y su familia, las cuales son grabadas igualmente en sistema audiovisual, en una sala habilitada a tal efecto, donde se garantiza la privacidad y confidencialidad de la intervención dentro del contexto hospitalario, (en concreto suele realizarse en una sala ubicada en el área educativa y lúdica).

En sentido inverso, esta colaboración puede verse posibilitada por la revelación de un menor en el Equipo EICAS de conductas que implican acceso carnal, y/o conductas que puedan implicar contagios de ETS o infecciones y requerir de un tratamiento, y diagnóstico complementario para verificar y/o descartar estas otras posibilidades. En tal caso EICAS deriva al Hospital a este menor, que será atendido por una Unidad especializada en la atención al abuso sexual, sin pasar por el sistema de urgencias, demora o la sala de espera, con el objeto de que la intervención sea lo más especializada posible y menos costosa emocionalmente para el menor.

-Un tercer ejemplo de coordinación intersectorial, que nos gustaría destacar es la colaboración específica que la *Fiscalía de Menores* mantiene con el Equipo EICAS, siendo una de las Instituciones que desde nuestros inicios más han apoyado el desarrollo de este Programa.

Cabe destacar de esta colaboración la “autorización” para explorar a niños supuestas víctimas de abuso sexual, que la Fiscalía de Menores emite específicamente a los miembros del Equipo EICAS, en casos donde se sospecha además una implicación de los cuidadores principales del niño, silenciación o interferencias en su testimonio, factores de riesgo para garantizar el bienestar del niño y/o de inminente pérdida del caso. Si se dan de forma consistente alguna de estas circunstancias la Fiscalía de Menores autoriza al Equipo EICAS a evaluar a un niño/a en un contexto neutro, que garantice la ausencia de presiones que puedan influir en la revelación del testimonio.

En tales casos el Equipo EICAS, suele acudir a los Centros Educativos donde están escolarizados los niños, como contexto de evaluación. Estas entrevistas suelen planificarse con los responsables de este ámbito en el Centro, son muy costosas a nivel temporal, puesto que están diseñadas para no estigmatizar al niño, salvaguardar su intimidad y proteger el objeto de estudio. Así se insertan actividades neutras, dentro de las horas lectivas previstas para la jornada escolar, donde participan indistintamente todos los menores del aula, a modo de concurso, presentado por su profesor habitual y generalmente dos de los profesionales de nuestro Equipo. El menor objeto de evaluación va ganando cada prueba junto con otros compañeros, hasta que se quedan solos en el aula el psicólogo/a de referencia del caso y el menor, y es entonces cuando se inicia la entrevista de evaluación del abuso sexual y la grabación de la misma.

-En cada Evaluación de una Sospecha de Abuso Sexual, es importante contar con las capacidades y potencialidades profesionales de cada sector, en los casos de prostitución, por ejemplo, y pornografía infantil a través de internet, en los que ha colaborado el Equipo con diversas exploraciones, ha contado siempre con la colaboración de los Grupos de Policías de Menores, para su investigación.

Estos son sólo algunos de los ejemplos que forman parte de nuestro trabajo diario, y que exponen por sí mismos la inestimable valía y necesidad que supone la colaboración mutua con otras Entidades, sin las cuales algunas evaluaciones de abuso sexual, sencillamente no solo no se hubieran podido realizar cumpliendo con los requisitos exigidos por la literatura, la legalidad y las necesidades de un menor, sino que puede que no se hubiesen practicado.

El Equipo EICAS, y bajo la experiencia profesional adquirida en estos más de siete años de trayectoria, considera necesaria la coordinación entre Instituciones de distintas disciplinas, puesto que el abuso sexual implica no sólo al menor y a su familia, sino también a la realidad profesional desde la que se pretende dar cobertura, que será tanto más eficaz cuanto más se optimicen y aprovechen los recursos y los medios de que disponen para ello los profesionales, dando una respuesta integral a esta problemática desde distintos ámbitos (psicológico, social, sanitario, protección, legal,...), en cualquier momento de la atención al abuso sexual, prevención, detección, notificación, evaluación, tratamiento o proceso judicial.

Desde el Equipo EICAS queremos haceros partícipe de esta experiencia, en la que no solo se ha puesto de manifiesto la necesidad de la coordinación entre profesionales e Instituciones, sino la actitud de plena colaboración y disponibilidad de éstos en la Atención al Abuso Sexual en la Comunidad Autónoma Andaluza, sin los cuales hoy nuestro ambicioso Proyecto no sería una realidad.





## 7. Educación

José Jesús Sánchez Marín

### PROGRAMAS Y ACTUACIONES DIRIGIDAS AL ÁMBITO EDUCATIVO DESDE UNA ASOCIACIÓN DE DEFENSA DE LA INFANCIA

Pilar Lapetra Coderque.  
Pedagoga. Presidenta de ADIMA

Podemos agrupar las diferentes actuaciones que llevamos a cabo desde la Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil (ADIMA) en materia de educación en los siguientes apartados:

1. Promoción de los Derechos de la Infancia.
2. Prevención y Detección en Centros Educativos.
3. Intervención con Infancia en riesgo.
4. Intervención para erradicar el Absentismo Escolar.
5. Formación del Profesorado.
6. Colaboración con la Administración Educativa.

#### 1. Promoción de los Derechos de la Infancia: el Pleno Infantil.

El Pleno Infantil se define como una actividad educativa de participación infantil y formación en valores cuya finalidad es la promoción, conocimiento y aplicación de los Derechos de la Infancia.

Los niños y las niñas forman parte de la sociedad en que vivimos, alcanzando en algunas regiones hasta un 20% de la población total. Sin embargo, pocas veces los niñ@s tienen la oportunidad de expresar públicamente cuáles son sus preocupaciones y sus necesidades como miembros de la sociedad. Generalmente son los adultos los que toman la palabra en nombre de las necesidades de la Infancia: padres, profesores, políticos. De este modo la voz de los niños es relegada siempre a un segundo plano, tomando muchas veces decisiones relativas a su vida o entorno inmediato sin contar en absoluto con su opinión.

Desde hace varios años, con motivo de la conmemoración del Día Internacional de los Derechos de los Niños y las Niñas, la Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil (ADIMA) comenzó a mantener una vía de comunicación entre la ciudad y/o los municipios de la provincia y los niñ@s. Los Ayuntamientos se convertían por un día en un foro de discusión infantil, en el que los alcaldes/esas y los concejales/as, todos ellos niñ@s, debatían sus propias propuestas para mejorar su ciudad o pueblo.

A estos Plenos acuden el Alcalde o Alcaldesa reales y algunos otros concejales o concejalas, y tras la celebración del Pleno se le entrega a la máxima autoridad municipal un documento que recoge todas las propuestas aprobadas por los pequeños concejales/as, con la esperanza de que se incorporen a las políticas municipales. En ocasiones, al año siguiente, en un turno de intervención del Alcalde/esa de la ciudad se les han comunicado a los niñ@s las medidas que se han trabajado desde la corporación municipal para satisfacer las demandas expresadas en el Pleno Infantil inmediatamente anterior.

A los Plenos acude público, generalmente familiares de los niñ@s y profesionales del ámbito de educación y servicios sociales, así como el equipo de gobierno y los medios de comunicación que difunden la actividad y su contenido.

El Pleno Infantil, por tanto, se enmarca como una actividad educativa para niñ@s y mayores. Para los menores, la celebración de un pleno es una oportunidad de aprender, mediante la participación, las reglas y el funcionamiento de una institución democrática; los adultos, a su vez, tienen la posibilidad de conocer cuáles son las inquietudes de los niños, escuchando las

propuestas de este importante sector social. Así que esta actividad va dirigida a los Ayuntamientos y a los Centros Educativos de sus localidades, con cuya población infantil se interviene.

Sus objetivos, enunciados formalmente, son los siguientes:

1. Desarrollar en los niños y adolescentes una conciencia crítica sobre sus derechos y los derechos de los demás.
2. Fomentar, por medio de la actividad realizada, valores sociales: solidaridad, respeto, tolerancia, responsabilidad, cooperación, igualdad...
3. Preparar a los niños y adolescentes para la vida política democrática.
4. Sensibilizar al entorno social: políticos/as, profesores/as, alumnos/as y compañeros/as, vecinos/as, padres y madres... sobre la necesidad y la conveniencia de la participación de la Infancia en los asuntos de la Comunidad.
5. Difundir en los Centros Educativos, a través de materiales seleccionados al efecto, cuestiones relevantes en torno a la detección, intervención y prevención en casos de posible Maltrato Infantil.
6. Promocionar, igualmente a través de materiales didácticos, el buen trato a la Infancia desde todos los sectores implicados, realizando así una tarea preventiva en Defensa de la Infancia.
7. Difundir los Derechos recogidos en la Convención Internacional de los Derechos de los Niños y de las Niñas, así como otras normativas nacionales e internacionales que regulan los Derechos de la Infancia.
8. Establecer líneas de colaboración institucional entre los Ayuntamientos y ADIMA.

## **2. Prevención y detección en Centros Educativos.**

En este tema la actuación principal que ha podido realizar la Asociación es muy reciente, aunque se habían presentado iniciativas muchos años atrás para abordar esta temática. Hay que tener presente y no olvidar que para ejecutar actividades y programas necesitamos previamente conseguir recursos económicos que permitan afrontar los costos de la intervención. Por tanto, los programas y/o actuaciones quedan vinculados a la obtención de fondos para ellos cosa que en muchas ocasiones no se consigue.

Mediante la presentación de un programa se obtuvo una pequeña subvención con la que se han podido iniciar las actuaciones tan deseadas de ejecutar en este ámbito. Partiendo de la importancia de acercar el tema del Maltrato Infantil a los profesionales del ámbito educativo se ha diseñado y ejecutado el Programa de Prevención y Detección del Maltrato Infantil en Centros de Educación Infantil y Primaria en la provincia de Sevilla.

Un Equipo Pedagógico formado por una Pedagoga y una Psicóloga con una amplia trayectoria de colaboración y trabajo en la Asociación procedió a elaborar dos manuales:

1. Manual de Prevención y Detección del Maltrato Infantil en Centros de Educación Infantil y Primaria.
2. Manual para Padres y Madres sobre Prevención y Detección del Maltrato Infantil.

Con respecto al primer manual los objetivos perseguidos son que el profesorado pueda:

1. Adquirir los conocimientos básicos sobre maltrato infantil.
2. Conocer los indicadores de maltrato infantil.
3. Conocer los factores de riesgo.
4. Aprender a transmitir estos conocimientos a los niños.
5. Adquirir las habilidades en que deben entrenar a los padres/madres y a los alumnos/as.
6. Saber entrenar en habilidades para la protección, comunicación y afrontamiento en los casos de maltrato infantil.
7. Saber responder adecuadamente a las confidencias, denuncias o sospechas.

Con respecto al contenido de este manual se ha estructurado en una introducción y tres módulos:

## **Módulo I. Maltrato Intrafamiliar**

1. Qué entendemos por maltrato infantil.
2. Tipologías de maltrato infantil.
3. Definición e indicadores de cada tipología de maltrato infantil.
4. Factores de riesgo del maltrato infantil.
5. Factores protectores del maltrato infantil.
6. Consecuencias del maltrato infantil.
7. Creencias erróneas socialmente aceptadas sobre el maltrato infantil.
8. Razones por las que el profesor/a no denuncia.
9. Motivos por los que los niños/as no hablan de una situación de maltrato.
10. El papel del profesor ante el maltrato infantil:
  - 10.1. La entrevista.
  - 10.2. Recomendaciones a seguir por el profesor/a cuando un menor comunica una situación de maltrato.
  - 10.3. Protocolo de detección.
11. Procedimiento de actuación ante la detección de casos de maltrato infantil.
12. Dinámicas.

## **Módulo II. Maltrato entre Iguales**

1. Definición.
2. Indicadores escolares que pueden caracterizar a la víctima.
3. Factores de riesgo en el maltrato entre iguales.
4. Consecuencias del maltrato entre iguales.
5. El papel del profesor/a como mediador/a.
  - 5.1. La entrevista individualizada.
  - 5.2. Fases de la mediación.
6. Dinámicas.

## **Módulo III. Maltrato Institucional**

1. Definición.
2. Posibles tipos de maltrato en la escuela.
3. La escuela como contexto maltratante:
  - 3.1. Condiciones institucionales.
  - 3.2. Necesidades del niñ@ y exigencias de la institución.
  - 3.3. El fracaso de la escuela: alumnos/as en desventaja.
  - 3.4. Detección del maltrato institucional.

En los epígrafes denominados dinámicas se incluyen propuestas de actividades para que el profesor/a desarrolle con los alumnos/as de manera que pueda trabajar los contenidos con su grupo clase, y ambos: profesor/a y alumnos/as aprendan e interioricen el contenido propuesto de una forma experiencial, activa y participativa.

Con respecto al segundo manual los objetivos perseguidos son que los padres y madres puedan:

1. Tomar conciencia de que el rol protector de los padres/madres se extiende a todos los riesgos que envuelven a los menores, para que estos estén protegidos.
2. Adquirir algunos conocimientos y criterios que faciliten la identificación de los casos de maltrato infantil.
3. Aprender a reaccionar con eficacia.
4. Aprender a buscar ayuda en estos casos.
5. Evitar que los padres/madres sean los agresores, o en caso de serlo, saber buscar ayuda.
6. Dar apoyo explícito al programa que se lleva a cabo en la escuela.

7. Facilitar tareas para la realización conjunta con sus hijos/as, participando activamente en la educación de los menores.
8. Compartir con otros padres y madres sus preocupaciones y encontrar en común la forma de resolverlas.
9. Facilitar técnicas de control de la conducta.
10. Fomentar la interacción padres-hijos.
11. Aumentar las conductas verbales y físicas positivas, y disminuir las negativas.
12. Favorecer la competencia educativa de los padres/madres a través de un menú de habilidades.

Con respecto al contenido de este manual se ha estructurado de la siguiente manera:

Introducción.

1. Importancia de la familia.
2. Las necesidades de los niños/as.
3. El Maltrato Infantil.
4. Cómo actuar ante un caso de Maltrato Infantil.
  - 4.1. Cómo actuar ante un posible caso de Maltrato Infantil.
  - 4.2. Qué hacer, dónde dirigirse para denunciar un caso de Maltrato Infantil.
5. Habilidades parentales.
  - 5.1. Cómo mejorar la comunicación con nuestros hijos/as.
  - 5.2. Técnicas de control de la conducta.
  - 5.3. Métodos para solucionar problemas.
6. La importancia del establecimiento de normas en los hijos/as.
7. Cómo afrontar los problemas más frecuentes:
  - 7.1. Problemas más frecuentes en los niños/as.
  - 7.2. Problemas más frecuentes en los padres/madres.
8. Dinámicas.

Hay que decir que los dos manuales son accesibles para su lectura y estudio. Están adaptados a los colectivos a los que van dirigidos y son abarcables en cuanto a su extensión. El manual para los profesores/as cuenta con 64 páginas y el manual para los padres y madres tiene un total de 28.

En cuanto a la Metodología, el Equipo Pedagógico trabajó en la revisión bibliográfica sobre el tema y fue elaborando los materiales que a su vez fueron organizados y supervisados por una Pedagoga experta en el tema. Una vez próxima la terminación de los manuales el Equipo contactó telefónicamente con todos los Centros Educativos de Sevilla y Provincia. Se les explicó la existencia de estos manuales y se les remitieron por correo electrónico a la mayoría y por correo ordinario a otros. Con algunos Centros se hizo una presentación presencial, pero estos fueron minoría. Se hizo una pequeña edición impresa de los manuales.

Estas actuaciones deberían dar paso a otras de asesoramiento e intervención directa con los Centros Educativos, pero de nuevo se depende de las subvenciones para funcionar. No obstante, actualmente estamos considerando la posibilidad de realizar Convenios con la Consejería de Educación y Ciencia para la publicación masiva de estos materiales y para la implantación por medio del Equipo Pedagógico Especializado de la Asociación.

### **3. Intervención con Infancia en riesgo.**

Dentro de este apartado incluimos un conjunto de actuaciones que desde hace ya bastantes años se realizan con grupos de menores en riesgo. En colaboración con los Servicios Sociales Comunitarios de las zonas se preparan, planifican, ejecutan y evalúan las intervenciones. Su financiación, contemplada al 50% entre la Asociación y el Ayuntamiento, se inscribe dentro de una convocatoria periódica del Ayuntamiento denominada Sevilla Solidaria. El objetivo común ha sido mejorar la calidad de vida y asegurar un adecuado desarrollo físico, psíquico y social de menores en situación de especial dificultad.

### 3.1. Escuelas de Verano y Aulas Abiertas

La primera actividad que se asumió fue la organización de una Escuela de Verano para tres grupos de niñ@s diferentes. Posteriormente se continuaron las actividades durante todo el año en las llamadas Aulas Abiertas. Nos parece importante ofrecer este tipo de recursos: actividades de ocio y tiempo libre, educativas, culturales, deportivas, etc., sobre todo a los menores que por circunstancias personales, familiares o sociales tienen mayor dificultad para acceder a ellos. Intervenciones inscritas en un contexto de educación no formal, con actividades que les resultan atractivas y motivadoras realizadas en un ambiente que fomenta actitudes de solidaridad, tolerancia y buen trato entre todos.

Los objetivos de intervención con los niñ@s son los siguientes:

1. Mejorar su integración.
2. Reforzar las capacidades y habilidades personales.
3. Ocupar el tiempo libre de forma sana y positiva.
4. Favorecer la adquisición de hábitos de vida saludables.
5. Fomentar la participación en actividades socioculturales.
6. Acercar al menor adultos que le sirvan de referencia positiva.
7. Ofrecer un entorno adecuado que facilite un buen desarrollo del menor.
8. Proporcionar en un contexto no formal educación en valores.

La diferencia esencial entre la Escuela de Verano y el Aula Abierta es la fecha y los tiempos en que ambas se desarrollan. Los objetivos y actividades son los mismos en ambas, salvando las actividades propias del verano que no pueden ejecutarse el resto del año. La Escuela de Verano atiende diariamente de lunes a viernes en horario de 10 a 14, durante los meses de julio y agosto. El Aula Abierta puede variar en la fecha de comienzo, pero suele desarrollarse coincidiendo con el curso escolar. Incluye dos o tres sesiones semanales de dos horas de duración.

Las actividades que se trabajan están agrupadas de la siguiente manera:

1. Actividades de refuerzo escolar: animación a la lectura, técnicas de estudio, refuerzo de áreas temáticas y conocimiento del idioma.
2. Actividades deportivas: dinámicas grupales al aire libre, deportes de competición, juegos de cooperación, juegos de interior, expresión corporal y técnicas de relajación.
3. Actividades lúdico-creativas: manualidades (barro, escayola, dibujos en tela, reciclado, cuero, murales, collage, títeres...) y otras: teatros, fiestas populares, juegos de rol, juegos de mesa, fiestas de cumpleaños, etc.
4. Actividades de sensibilización y concienciación: educación en valores, educación para la salud y educación medioambiental a través de charlas y coloquios, video forum y talleres prácticos.
5. Actividades de integración sociocultural: visitas y salidas a centros de interés, cine y teatro.

Estas intervenciones son coordinadas por una Trabajadora Social de la Asociación con muchos años de experiencia en este trabajo y en la organización de voluntariado. Las actuaciones las llevan a cabo monitores especialmente contratados para ello reforzados por algunos voluntarios/as de la Asociación.

Además de colaborar con varias Unidades de Trabajo Social de Sevilla, se han organizado Escuelas de Verano para la población infantil del Centro de Acogida de Refugiados de Sevilla.

### 3.2 Programa de Voluntariado Social para la Atención a la Infancia en Centros Educativos

La Asociación puso en marcha en diciembre de 1993 un Programa de Formación del Voluntariado Social para la Atención a la Infancia, con la finalidad de organizar, formar y poner a disposición de la Administración y de Organizaciones de Infancia un personal voluntario que atendiese las demandas de la población infantil de riesgo y/o necesitada de cuidados especiales.

Contamos con un número aproximado de 250 voluntarios/as para llevar a cabo las actividades complementarias previstas en cada uno de los centros (actividades de ocio y tiempo libre, actividades de estimulación, educativas y pedagógicas, de acompañamiento y apoyo, etc.), con la finalidad de mejorar la calidad de vida y el bienestar de los menores.

La coordinación del Programa es responsabilidad de una Trabajadora Social con dedicación completa.

Dentro de este Programa se encuadran los Proyectos de Voluntariado que se llevan a cabo en varios Centros Educativos, en concreto, en las Unidades de Apoyo Educativo del Hospital Virgen Macarena y del Hospital Virgen del Rocío, y en el CIES de la Asociación ATUREM así como en el IES Siglo XXI, donde las actuaciones de los voluntarios contribuyen al desarrollo educativo de los alumnos/as que allí participan.

Todos los agentes implicados (centros, profesionales y voluntarios) hacen una valoración muy positiva de la intervención realizada, el proyecto está consolidado después de tantos años y recibimos una gran demanda de voluntarios, centros y beneficiarios para su continuidad. Sin embargo, la escasez de recursos siempre nos lleva a no poder garantizar su permanencia año tras año, así como a contar con muchas limitaciones a la hora de desempeñar nuestra labor.

#### **4. Intervención para reducir el absentismo escolar.**

Una actuación específica y diferenciada de las actuaciones referidas en el apartado anterior es la que desarrolla la Asociación a través del Programa para la reducción del Absentismo Escolar, en marcha desde el año 2001.

Este programa se lleva a cabo en una barriada periférica de la ciudad que presenta la grave problemática económica y social característica de las zonas marginales de las ciudades. De hecho, es uno de los barrios reconocido y catalogado como Zona con Necesidades de Transformación Social. Debido a ello, tanto desde el Ayuntamiento de Sevilla como desde la Consejería de Igualdad y Bienestar Social se están incentivando medidas para mejorar las condiciones de vida de la población de dichas zonas, haciendo especial hincapié en las actuaciones dirigidas a niños, adolescentes y jóvenes que las habitan.

La intervención se localiza en un Instituto de Educación Secundaria de la mencionada barriada. El nivel de absentismo del Centro es muy alto, cuantificándose para el primer curso de la ESO en el 19,5% del alumnado y para el segundo curso asciende alarmantemente hasta el 41,97%. El porcentaje total del ciclo se sitúa en un 34,4% de los alumnos matriculados en el mismo. La transición desde la Educación Primaria a la Secundaria trae como consecuencia un alto grado de fracaso escolar y de abandono de la enseñanza.

Los alumnos/as absentistas comparten una o varias de las siguientes circunstancias que son la causa del abandono parcial o total de su escolarización:

1. Dejadez familiar, entendida como ausencia de valor de la educación para los padres e inexistencia de incentivación hacia la escuela y los aprendizajes.
2. Ayuda en tareas domésticas y cuidado de hermanos menores y/o familiares enfermos dependientes. Cargar con este tipo de responsabilidades no es propio ni beneficioso para el desarrollo escolar del niño, supone una fuente de estrés y exceso de responsabilidad que se traduce en una gran desmotivación para asistir a clase.
3. Escolarización tardía. El hecho de que muchos menores no hayan seguido una escolarización normalizada les provoca lagunas instrumentales y, por tanto, un importante desfase educativo.
4. Falta de medios o recursos. La falta de estos deja descubiertas necesidades que dan lugar a una situación de desventaja que suele ser causa de rechazo de los menores entre su grupo de iguales.
5. Venta ambulante. Este hecho afecta a la integración del menor en el Centro, ya que las faltas intermitentes le impiden un seguimiento adecuado del ritmo de aprendizaje del grupo-clase.

Los objetivos específicos de este programa se formulan de la siguiente manera:

1. Implicar al equipo docente en el proyecto y concienciarlo respecto a las causas y consecuencias del absentismo escolar fomentando así su participación activa.
2. Establecer canales de coordinación entre los diferentes agentes implicados en la intervención en absentismo escolar: Servicios Sociales, Centros Escolares y otras Administraciones con competencias en menores.
3. Fomentar la colaboración de los Centros Educativos del barrio en el transvase de información desde la Enseñanza Primaria a la Enseñanza Secundaria.
4. Ofrecer una atención individualizada según las necesidades de cada menor.
5. Motivar a los jóvenes absentistas para su participación en el centro y en su entorno social.
6. Facilitar todas aquellas ayudas complementarias a los alumnos/as que lo requieran: material escolar, libros, comedor.
7. Concienciar a los padres y madres de la necesidad y obligatoriedad de la escolarización y la continuidad de la asistencia al Instituto.

Este programa fue diseñado y planificado por otro Equipo Psicopedagógico compuesto por una Psicóloga, una Pedagoga y una Trabajadora Social, que en el momento de hacerlo ya tenían un recorrido experiencial de conocimiento y participación en diversas actividades de la Asociación. Este mismo Equipo es el que ejecuta el programa en la zona desde sus inicios, comenzando este curso el cuarto año consecutivo de funcionamiento del mismo. Como todos los programas de la Asociación está sujeto a conseguir los fondos vía subvención.

#### **5. Formación del profesorado.**

Unas actuaciones que tienen influencia sobre la Escuela y/o el sector educativo son las que se refieren a la Formación del Profesorado o de los alumnos/as universitarios que potencialmente pueden convertirse a corto plazo en trabajadores del Sistema Educativo Ordinario. En esta línea hemos concurrido a lo largo de los años a convocatorias de la Consejería de Educación y Ciencia a través de su Dirección General de Evaluación Educativa y Formación del Profesorado. Aprobada nuestra actuación ésta ha consistido en la impartición de cursos formativos específicos en Maltrato Infantil vinculados a la Escuela. Cursos que se han impartido en diversos Centros de Profesores de Sevilla y su Provincia.

Otra actividad formativa en la línea de sensibilizar y preparar a futuros profesionales del ámbito educativo es el Curso sobre Maltrato Infantil. Este curso lo realizamos anualmente en marzo. Lo patrocina y organiza la propia Asociación siendo, por tanto, una actividad no sujeta a subvención. Se consiguió incluirlo como Curso reconocido dentro de la Libre Configuración Curricular de la Universidad de Sevilla, lo cual le proporciona un importante aliciente para los jóvenes estudiantes puesto que obtienen créditos por realizarlo. Va destinado a alumnos/as de Ciencias Sociales, Humanas, de la Educación y de la Salud fundamentalmente. Es un curso de introducción que admite a unas 200 personas. Llevamos ya seis años impartíendolo.

#### **6. Colaboración con la Administración Educativa.**

Desde los inicios de la Asociación buscamos mantener relaciones con el sector educativo conscientes de la importancia crucial de dicho ámbito. Como consecuencia de esa colaboración:

1. La Consejería de Educación y Ciencia publicó un tríptico divulgativo dirigido a profesores de lo que es el Maltrato Infantil, de sus indicadores y de cómo intervenir desde la Escuela en caso de sospechar que un alumno/a está siendo víctima de malos tratos. Este material se sacó de la Guía de Atención al Maltrato Infantil en Andalucía que la Asociación elaboró y publicó al inicio de su andadura como una de sus primeras actuaciones divulgativas y formativas sobre el Maltrato Infantil.
2. Desde la Dirección General de Evaluación Educativa y Formación del Profesorado se solicitó hace varios años nuestra participación en la elaboración de una Circular para abordar el Maltrato Infantil en los Centros.



3. Se nos solicita de nuevo en 2001 participar en la revisión y actualización de aquella circular dando lugar a la que actualmente está vigente como "Circular de 8 de Mayo de 2002 de la Dirección General de Evaluación Educativa y Formación del Profesorado por la que se dan instrucciones sobre los procedimientos a seguir por los Centros Docentes en caso de detección de Maltrato al alumnado". De hecho, el anexo I: Tipos e Indicadores de Maltrato Infantil es una información sintetizada a partir de los contenidos de la Guía de ADIMA referenciada dos párrafos arriba.

### **Bibliografía.**

Proyecto Pleno Infantil. ADIMA. Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil.

Programa para la Prevención del Maltrato Infantil en Centros Educativos de Infantil y de Primaria. ADIMA. Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil.

Manual de Prevención y Detección del Maltrato Infantil en Centros de Educación Infantil y Primaria. ADIMA. Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil.

Manual para Padres y Madres sobre Prevención y Detección del Maltrato Infantil. ADIMA. Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil.

Programa de Voluntariado Social para la Atención a la Infancia en Centros Educativos. ADIMA. Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil.

Proyecto de Intervención con menores en el Centro de Acogida de Refugiados de Sevilla. ADIMA. Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil.

Proyecto de Intervención para la reducción del absentismo escolar en el IES Siglo XXI. ADIMA. Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil.

Circular de 8 de Mayo de 2002 de la Dirección General de Evaluación Educativa y Formación del Profesorado por la que se dan instrucciones sobre los procedimientos a seguir por los Centros Docentes en caso de detección de Maltrato al alumnado.

# PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL ESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO

M.<sup>a</sup> Inés Monjas Casares

Asociación castellano leonesa para la defensa de la infancia y la juventud (REA)

## Introducción: programas de sensibilización en el ámbito educativo

La asociación castellano leonesa para la defensa de la infancia y la juventud (REA), organización sin ánimo de lucro comprometida en la denuncia de los malos tratos y en la promoción del bienestar y el buen trato a niñas y niños, está desarrollando, en los centros escolares de Castilla y León, dos programas de prevención contra el maltrato infantil; uno es el “Programa de sensibilización contra el maltrato infantil” y el otro el “Programa de sensibilización contra el maltrato entre iguales”

Estos programas pretenden hacer sensible, concienciar y mentalizar a las y los destinatarios. Son programas de prevención ya que la sensibilización es una forma de prevención precoz.

Ambos programas se llevan a cabo por personas voluntarias y colaboradores de la asociación y son financiados por el Ministerio de Asuntos Sociales (a través de la FAPMI, Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil) y apoyados por la Junta de Castilla y León, concretamente por la Gerencia de Servicios Sociales, que financia el material de apoyo.

La decisión de trabajar en la institución escolar está fundamentada en la gran relevancia que para la infancia y para la adolescencia tienen el centro escolar y el profesorado. El centro escolar es el único lugar al que diariamente acuden las y los niños entre 6 y 16 años, pasando allí gran parte de su jornada, de forma que el aula se convierte en un observatorio privilegiado y en un magnífico escenario natural de entrenamiento y enseñanza.

## ¿Por qué estos Programas?

El tema del maltrato, ya sea infantil o entre iguales, no suele abordarse explícitamente por el profesorado, ni en su trabajo con otros profesionales, ni en el aula con el alumnado.

A los niños y adolescentes se les enseña a protegerse de peligros como el tráfico, los accidentes domésticos, los embarazos no deseados o el SIDA, pero no se les prepara para defenderse de los posibles asaltos, intimidaciones, daños físicos y abusos que puedan sucederles por parte de personas adultas o de otras compañeras y compañeros. Desde luego no resulta fácil hablar de estos temas, pero hay que hacerlo, ya que ello les ayudará a que aprendan a protegerse y que actúen con cuidado y prudencia en determinadas situaciones. Es preciso subrayar que se pretende prevenir y hacer competentes a infancia y adolescencia, y *prevenir* no es *reprimir*, *ni atemorizar o alarmar*. Tenemos claro que la escuela puede ser un lugar idóneo para esta preparación y pensamos además que el maltrato, abuso sexual y *bullying* (maltrato entre iguales) han de ser abordados directamente en el aula.

Describimos a continuación, de forma sintética, los destinatarios, objetivos y materiales de apoyo de cada uno de estos programas. Las personas interesadas en más información pueden ponerse en contacto con la asociación.

## Programa de sensibilización contra el maltrato infantil

### Destinatarios

El programa tiene como destinatarios a las y los maestros de Educación Infantil y Primaria y a través de ellos, a los niños y niñas de estos niveles educativos como potenciales víctimas de maltrato y/o abuso.

### Objetivos

La meta que persigue es sensibilizar a la comunidad escolar hacia el tema del maltrato infantil con el deseo de prevenir aquellas situaciones en que se vulneran los derechos de la infancia.

Nos proponemos *que las y los maestros:*

- Adquieran los conceptos y cuestiones básicas relativas a la protección de la infancia y al maltrato infantil.

- Aprendan a detectar precozmente en el alumnado signos de maltrato y/o abuso sexual, así como niños y familias de alto riesgo.
- Adquieran información respecto a los organismos e instituciones comprometidos en la protección a la infancia y sepan los procedimientos y estrategias de actuación en caso de detectar alumnado que es víctima de malos tratos.
- Se impliquen y tomen responsabilidades en la enseñanza y el desarrollo, en el alumnado, de habilidades interpersonales de autoprotección, de forma que lo incorporen al currículum y a sus prácticas docentes.

Pretendemos *que los niños y niñas:*

- Aprendan a reconocer, evitar y controlar las situaciones de riesgo o de maltrato y/o abuso sexual que les puedan suceder.
- Desarrollen habilidades interpersonales de autoprotección y seguridad personal: habilidades de interacción social, de solución de problemas, de petición de ayuda y de asertividad, entre otras.
- Sean conscientes o se busquen sus sistemas y redes de apoyo (personas en las que tienen confianza y personas que pueden ayudarles en caso necesario).

### **Materiales de apoyo**

- **El libro para Maestros y Maestras**

Para el desarrollo del Programa se ha elaborado la siguiente apoyatura material: libro, tríptico, pegatina y cartel.

El libro es un texto corto (36 páginas) con dibujos y un formato sencillo y didáctico. Está dividido en dos partes. La primera, proporciona los conceptos básicos sobre qué es el maltrato infantil y los distintos tipos de maltrato; resalta la importancia del maestro en la prevención, enumera los principales indicadores de malos tratos y describe qué tiene que hacer el profesorado ante un caso de maltrato. El contenido de esta parte está reproducido y adaptado del texto de López y Álvarez que en 1996 editó la Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM) y que lleva por título *El maltrato infantil. Guía para maestros*. La segunda parte está dedicada a orientar al profesorado en cómo utilizar con el alumnado el tríptico. Además proporciona orientaciones de cómo promover, desde el aula, estrategias de prevención del maltrato infantil, partiendo de dotar a las y los niños de la competencias interpersonales necesarias.

- **El Tríptico “Tengo cuidado”**

Está destinado al alumnado de Educación Primaria y en él se recogen, en forma gráfica y/o en breve descripción, trece situaciones de maltrato (físico, negligencia, psicológico, abandono, intimidación entre compañeros y abuso sexual) que les ocurren a niños y niñas de estas edades para que reflexionen sobre ellas y se ensayen y practiquen las conductas necesarias para evitarlas y/o controlarlas.

- **Pegatina “Tengo cuidado”**

Está destinada a las/os niñas/os de Educación Infantil y cumple una función motivadora.

### **Cartel**

Su finalidad es servir de estímulo y de recuerdo del Programa.

### **Resultados**

El Programa se viene desarrollando desde el curso 1997-98. Con el fin de evaluar el impacto de las acciones y valorar su incidencia se ha seguido un proceso de evaluación tanto cuantitativa (número de centros escolares participantes, número de personas asistentes a las charlas, número de libros, trípticos, pegatinas y carteles distribuidos, entre otros), como cualitativa (opiniones, valoraciones, sugerencias, críticas e indicaciones recibidas o detectadas).

Los datos obtenidos nos llevan a señalar que el Programa está siendo efectivo y positivo ya que se están logrando en gran medida los objetivos propuestos, principalmente los referidos a formación y sensibilización del profesorado ya que tanto la acogida del programa como la valoración general y global que hacen los maestros es muy buena y positiva. Además, como efecto directo de este

Programa, se habla de maltrato en los claustros y se aprende a detectar y derivar. Sin embargo los aspectos referidos a la capacitación de los niños y niñas hacia su autoprotección no se están desarrollando de acuerdo a la planificación inicial ya que, en general en el aula no se han puesto en juego actividades de entrenamiento en habilidades y el tema del maltrato infantil no se está incorporando al currículo.

## **Programa de sensibilización contra el maltrato entre iguales**

### **Destinatarios**

El Programa tiene como destinatarios al alumnado, profesorado y familias de la Educación Secundaria Obligatoria. El programa se dirige no solo al chico/a que ejerce o sufre el acoso, sino también a los distintos contextos en los que vive y se mueve, los iguales, el centro educativo, la familia y la comunidad.

### **Objetivos**

Este programa pretende informar, concienciar y sensibilizar de que el maltrato entre iguales es un tema al que hay que prestar atención tanto por su frecuencia como por las negativas consecuencias que produce en las y los implicados. Recientemente lo hemos comprobado con el caso de Jokin el chico de 14 años que se suicidó del 21 de septiembre en Hondarribia víctima del acoso de sus iguales.

El Programa pretende fundamentalmente:

- Aportar información sobre el maltrato entre iguales (referida a descripción, características, participantes, causas y consecuencias) al profesorado, familias, alumnado y sociedad en general
- Sensibilizar y concienciar al profesorado y profesionales de los centros de secundaria sobre la necesidad de intervenir y desarrollar actuaciones para su reducción y prevención
- Estimular el establecimiento de políticas escolares anti-bullying y antiviolencia

Nos proponemos que *el profesorado* y otros profesionales implicados en la infancia y en la adolescencia:

- Adquieran los conceptos básicos referidos al maltrato entre iguales.
- Aprendan a detectar precozmente en el alumnado signos de maltrato y/o intimidación.
- Sepan los procedimientos y estrategias de actuación en caso de detectar alumnado que es víctima de malos tratos por parte de sus compañer@s.
- Se involucren en la elaboración del Proyecto escolar anti-bullying y antiviolencia de su centro
- Se impliquen en la enseñanza de programas de convivencia y prevención de la violencia insertados en el currículo.

Pretendemos que *los chicos y chicas*:

- Aprendan a reconocer, evitar y controlar las situaciones de riesgo o de maltrato y/o abuso, por parte de sus iguales, que les puedan suceder.
- Se conciencien de que tienen que informar y dar a conocer las situaciones de abuso físico, psicológico y/o sexual que les sucedan y las que observen o sepan de alguno de sus compañeros/as.
- Desarrollen habilidades interpersonales de autoprotección y seguridad personal: habilidades de interacción social, de solución de problemas, de petición de ayuda y de asertividad, entre otras.
- Se impliquen en una cultura anti-bullying y antiviolencia
- Sean conscientes de la importancia de mantener relaciones interpersonales cordiales, positivas y mutuamente satisfactorias con sus iguales

Queremos que *los padres y las madres*:

- Se conciencien de las consecuencias de las situaciones de intimidación y maltrato entre iguales.

- Aprendan a observar en su hijo/a signos de maltrato entre iguales y sepan lo que tienen que hacer en caso de sospechar y/o detectar que su hijo/a está implicado en malos tratos entre compañer@s.
- Se sensibilicen sobre la importancia del desarrollo personal y social de sus hij@s adolescentes y de los problemas que puedan tener
- Reflexionen sobre la importancia de su estilo de interacción familiar

### **Materiales de apoyo**

El Programa consta de los siguientes materiales: libro, folleto para chicas y chicos, folleto para padres y madres, carteles, marcalibros... Los textos han sido elaborados específicamente para este programa por Monjas y Avilés (2003).

#### El libro

Está dirigido fundamentalmente al profesorado y a los profesionales implicados/as en la educación de la infancia y la adolescencia (educadoras, monitores, maestros...).

Está dividido en dos partes. La primera parte titulada *El maltrato entre iguales: Conceptos básicos*, aborda la definición, la descripción del perfil de los participantes (intimidador/a, víctima y espectadores/as), las diversas tipologías de la intimidación enfatizando las consecuencias y efectos del bullying en las y los implicados; posteriormente, sintetizando las investigaciones disponibles, se presentan los datos más representativos respecto a intimidación, victimización, sexo, lugares... para terminar con una síntesis de las variables que se asocian con la dinámica bullying. La segunda parte, *¿Qué podemos hacer: Orientaciones y sugerencias*, se dedica precisamente a aportar sugerencias, pistas, consejos para las y los destinatarios de este programa: profesorado, familia y chic@s. En los tres apartados se parte de un análisis de la situación actual: ¿Qué está pasando en...? Después se analizan distintas implicaciones en la prevención, para terminar con orientaciones e indicaciones concretas de posibles cosas a hacer cuando ocurre el bullying. Para finalizar se incluyen un conjunto de *Consideraciones y propuestas de reflexión* a fin de suscitar futuros trabajos y líneas de intervención posibles tratando de promover actuaciones coordinadas y globales. En *Para saber más*, se incluyen diversas informaciones como la bibliografía, páginas web, marco legal y las principales direcciones de interés en este tema.

El folleto "Colegas, amig@s y compañer@s" es un documento para las chicas y chicos preadolescentes y adolescentes, en el que se describen unos mínimos conceptos sobre el bullying y se presentan, en forma gráfica y en breve descripción, algunos casos de chic@s que provocan y/o sufren bullying. Junto a ello se plantean una serie de interrogantes a los que deben responder. Se aportan una serie de indicaciones concretas de cosas a hacer cuando ocurre el bullying diferenciando cuando se es víctima, agresor/a o espectador/a. Se incluye también el Teléfono del Menor de la Fundación A.N.A.R. (900 202010) para que conozcan este recurso de ayuda.

El folleto "La familia ante el maltrato entre iguales" tiene la finalidad de sensibilizar a padres y madres hacia este tema. En él se presentan unos mínimos conceptos sobre el bullying y se dan orientaciones e indicaciones concretas de posibles cosas a hacer cuando ocurre el bullying. ¿Qué harías si eres padre o madre de un chico o chica: víctima, agresor/a o espectador/a.

### **Resultados**

El Programa está iniciándose en este momento por lo que no pueden ofrecerse resultados

#### • **Desarrollo de los programas**

Para la consecución de los objetivos propuestos se realiza diversas actuaciones entre las que señalamos:

- 1) Captación y formación del voluntariado por medio de charlas y debates, grupos de trabajo, documentos de análisis y reflexión y cineforum, entre otras. Concretamente con el Programa de sensibilización contra el maltrato entre iguales se ha realizado un curso de formación para voluntariado en coordinación con el CFIE 2 (Centro de Formación e Innovación Educativa) de Valladolid que ha certificado 2 créditos de formación para los profesionales de la enseñanza.
- 2) Sensibilización y formación en los centros escolares a través de charlas-coloquio y debates, entrega de materiales de apoyo, asesoramiento individualizado y actividades de seguimiento.

3) Otras actividades de difusión del programa como: envío de cartas y materiales de apoyo a otros centros escolares de la comunidad, envío o entrega del material de apoyo a otras asociaciones, instituciones, profesionales y expertos, contactos con medios de comunicación (prensa, radio y TV) y revistas profesionales, otras charlas, participación en mesas redondas...

### **CONSIDERACIONES FINALES**

La Asociación REA que tiene entre sus fines "prevenir y denunciar los malos tratos a la infancia" y "sensibilizar a la sociedad sobre el maltrato y los derechos de la infancia", va a seguir luchando para prevenir y evitar que haya criaturas y jóvenes que sufran cualquier tipo de maltrato, pero está claro que tanto el maltrato infantil como el maltrato entre iguales son fenómenos muy complejos cuya solución no es fácil, por lo que se requiere el esfuerzo multidisciplinar y coordinado de distintas instituciones y diversos profesionales de la educación, sanidad, servicios sociales, administración de justicia, fuerzas de seguridad... y en definitiva de toda la sociedad.

### **BIBLIOGRAFÍA**

Monjas, M.<sup>a</sup> I y Avilés, J.M.<sup>a</sup> (2003). *Programa de sensibilización contra el maltrato entre iguales. Colegas, amig@s y compañer@s. La familia ante el maltrato entre iguales*. Valladolid: REA (Asociación castellana para la defensa de la infancia y la juventud), Junta de Castilla y León y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Monjas, M.<sup>a</sup> I. et al. (1998). (Dir.). *Programa de sensibilización contra el maltrato infantil en el ámbito escolar*. Valladolid: REA (Asociación castellana para la defensa de la infancia y la juventud) y Junta de Castilla y León.



## 9. Abuso sexual

Coordina: Victoria Noguero

### FALSAS ALEGACIONES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL. ABORDAJE PERICIAL.

**María Paz Ruiz Tejedor**  
**Psicóloga forense de la Clínica Médico-forense de Madrid**

El incremento de las falsas denuncias de maltrato y sobre todo de abuso sexual infantil en el ámbito judicial, es un problema creciente que exige cada vez mayor dedicación pericial.

Gran parte de estas alegaciones se insertan en procesos civiles contenciosos de separación o divorcio entre los progenitores, en los que uno de ellos (más frecuentemente las madres), instrumentalizan a sus hijos induciéndoles a mentir, para conseguir un determinado objetivo. Lo cual constituye sin duda, una grave forma de maltrato infantil.

Generalmente suelen estar implicados niños de corta edad que son fácilmente sugestionables y que no tienen el necesario desarrollo cognitivo y lingüístico para proporcionar un testimonio o un relato sobre los falsos abusos, por lo cual, la denuncia se fundamenta exclusivamente en las verbalizaciones que los padres atribuyen a sus hijos, pero que raramente los profesionales podemos recoger.

Esto dificulta en gran medida el trabajo pericial, en tanto nos impide utilizar técnicas de aplicación forense dirigidas a valorar el grado de credibilidad, como la más extendida: SVA (Análisis de la Validez de las declaraciones), porque exigen la recogida de un relato extenso o libre, ver Ruiz Tejedor, 2003.

En este trabajo nos proponemos enfocar esta problemática desde una perspectiva práctica, orientada a proporcionar a los profesionales que intervienen en estos procedimientos pautas de abordaje y criterios discriminativos que les permitan identificar su existencia.

#### **Falsas alegaciones de abuso sexual infantil**

Las falsas denuncias de abuso raramente se fundamentan en testimonios inventados o fabricados “de motu proprio” por los menores. Según mi experiencia, los niños con edades inferiores a la preadolescencia (de menos de 11 o 12 años, dependiendo del nivel de desarrollo psicomadurativo) no mientan a no ser que hayan sido inducido por terceros. Por encima de esa edad pueden inventar un falso testimonio de abuso sexual por una motivación o ganancia secundaria. Animadversión hacia un profesor, manipular o interferir en las relaciones familiares (como el caso de una adolescente que pretendía empujar a la madre a la separación conyugal), posicionarse o ayudar a uno de los progenitores en la consecución de un determinado objetivo (como alejar al padrastro del hogar), rivalidad y deseos de venganza, son algunos de los motivos que hemos podido observar en nuestra práctica forense. Sin embargo, en estos casos podremos intentar demostrar pericialmente “la dificultad de inventar la mentira” ver (1) Ruiz Tejedor 2004..

Más frecuentemente, como ya hemos apuntado, los menores sufren presiones por parte de personas cercanas, generalmente por alguno de sus propios progenitores para informar en falso sobre un presunto abuso sexual, (Guerricaechevarría Y Echeburúa, 2000). Las denuncias pueden ser prefabricadas y dirigidas a conseguir un determinado objetivo, aunque también pueden responder al convencimiento de la existencia de un abuso no real, como reflejan Garrido y Masip (2001), que probablemente surge de la interpretación errónea de ciertos indicadores o conductas que exhiben los menores en la relación con el presunto agresor.

Los objetivos o las ganancias secundarias son diversas: lograr alejar de su vida y la de los hijos al progenitor denunciado cuando consolidan otra relación, la no asunción de la nueva relación del exconyuge, la necesidad de seguir manteniendo algún tipo de vínculo, los deseos de venganza e incluso intereses de tipo económico, aunque conseguir la custodia o interferir en el cumplimiento del régimen de visitas son las más frecuentes.

En algunas ocasiones la denuncia se inscribe en un *Síndrome de Münchausen por Poderes*. La falsa alegación constituye para la/el denunciante una forma más de conseguir la atención y



asumir el ficticio rol protector con el hijo. Según Meadow(1999) en el 95% de los casos la madre provoca el SMPP. Por otra parte tal y como postulan Delgado y Garate(2003) la diversidad de manifestaciones o síntomas depende de la imaginación y de la astucia de quien manipule al niño, en ocasiones con evidentes conocimientos médicos.

También suele aprovecharse una afección física, como la presencia de eritemas, infecciones o irritaciones genitales para interponer la falsa denuncia. Lo que resulta poco frecuente es que la denuncia se base únicamente en indicadores o síntomas físicos, como en el caso de Alba, cuya madre denunciaba a su exesposo por presunto incesto, aduciendo que la niña presentaba irritaciones vaginales frecuentes al regresar de las visitas con él. A la niña se le habían practicado numerosas pruebas ginecológicas, siempre infructuosas, sin embargo resultaba significativo que la menor(de cuatro años de edad) no hubiera proporcionado testimonio ni verbalizaciones sobre los presuntos abusos y que la madre no le hubiera interrogado al respecto. La respuesta pudimos inferirla del comentario de la denunciante: *“no se saca nada del testimonio del niño porque puede haber sido inducido por los adultos”*.

También se ha vinculado el problema de las falsas alegaciones de abuso con el Síndrome de alienación parental. El PAS(Bolaños 2002) se produce cuando un progenitor, sistemática y conscientemente, programa a los hijos en la descalificación del otro progenitor consiguiendo que le censuren, critiquen y rechacen de modo injustificado y/o exagerado. Garner(1997), postulaba que tales acusaciones son una derivación del PAS, y que a menudo afloran cuando otros esfuerzos de excluir al otro progenitor han fracasado. Este autor creó la escala SAL(Sexual Abuse Legitimacy), diseñada para aquellos casos en los que el menor ha sido presuntamente abusado por el padre, y es la madre quien ha interpuesto la denuncia, ver (2) Ruiz Tejedor (2004).

### **Pautas de abordaje pericial ante falsas alegaciones**

Como ya hemos mencionado muchos menores inmersos en estos procedimientos judiciales no aportan un testimonio o relato libre que nos permita descifrar la existencia del abuso, por ello resulta imprescindible recoger, de forma exhaustiva, la información que nos proporcione la/el denunciante. Habremos de valorar la coherencia de los datos respecto a la forma en que eclosiona y evoluciona el conflicto psicolegal en curso, lo ajustado de las verbalizaciones que se atribuyen al niño y el tipo de indicadores y/o supuestos síntomas asociados. En este sentido *es importante diferenciar el contenido del discurso, que la/el denunciante atribuye al niño, del que realmente podemos recabar directamente del propio niño*.

Los menores inducidos a proporcionar un falso testimonio suelen tener sentimientos de estigmatización pero en ocasiones puede aflorar el convencimiento de haber sido abusados es decir el “fenómeno de la falsa memoria” Vazquez B., Ruiz M.P. y García M. (1998). La intervención inadecuada de los profesionales puede contribuir a la aparición de esta secuela. Por tanto *sería aconsejable que se realice una sola exploración pericial por parte de profesionales adecuadamente formados, evitando la victimización secundaria del niño*.

En muchos de estos casos, lo inducido de forma externa, generalmente desde la vivencia del adulto, puede resultar desajustado al nivel de desarrollo psicoadaptativo del menor y por tanto ser reconvertido cognitivamente hasta llegar a ser incongruente(Ruiz MP y Peña E, 2004). La experiencia forense y la literatura sobre el tema nos permiten concluir que, aunque es relativamente fácil sugerir cambios en un suceso experimentado por un menor, es muy difícil sembrar o implantar un recuerdo falso. Lo cual se evidencia en el ámbito pericial, cuando lo inducido sobrepasa la capacidad cognitiva y vivencial del menor.

Quizás sirva de ejemplo el caso de una niña que llegó a distorsionar la descripción de la eyaculación del padre en su cara, expresando lo siguiente: *“cuando papá bebe agua, es que de repente le salen gusanos por el pito...es que son gusanos amigos y a veces esos gusanos se convierten en señores... esos señores me conocen porque se me ponen en la cara, entonces papá dice que no me mueva”*.

Por ello *resulta necesario grabar íntegramente la exploración del menor*, a fin de valorar lo ajustado de su discurso.

De igual forma, estos menores inducidos a relatar hechos que no han experimentado, suelen aportar determinadas expresiones y términos que desconocen, y los recitan de forma aprendida. Uno de los últimos casos que veíamos en la Clínica Forense era el de una niña que expresaba sentir miedo al presunto agresor porque había querido violarla, y que en un tiempo pasado también había intentado violar a una de sus tías, cuando le preguntamos que significaba violar nos confesó que lo desconocía. Otra niña de 10 años de edad afirmaba haber presenciado, como el compañero de la madre le hacía el amor a su hermana, pero a preguntas sobre el significado de “hacer el amor”, contestaba *“no sé lo que es, eso que sale en televisión y que dice que los padres hacen a las hijas”*.

Por ello nos gustaría incidir en la importancia de practicar las exploraciones de forma adecuada y *formular preguntas abiertas al interrogar al menor, no dando por sentado el significado de sus verbalizaciones*.

*Por otra parte, hay que insistir en que, los profesionales que no puedan grabar la entrevista con el menor, presunta víctima de abuso, deben transcribir literalmente las palabras que utilice el niño, sin interpretar o completar su significado. Lo contrario puede dar lugar a equivocaciones, como en el caso de una menor en cuya testifical se reflejaba “que había mantenido relaciones sexuales completas”, sin embargo el himen estaba íntegro. Cuando exploramos a dicha menor pudimos comprobar que se había hecho una interpretación errónea de sus palabras.*

*No se debe preguntar al niño si lo que dice es verdad o mentira*, en tanto no podemos descartar que haya sido aleccionado para identificar el relato inducido con la verdad.

Igualmente resulta inadecuado la *utilización de muñecos anatómicamente correctos* porque con frecuencia suelen dar lugar a interpretaciones desajustadas dirigidas a validar la producción del abuso.

Reflejar también que *la exploración del menor debe realizarse de forma individualizada y no en presencia de los padres*.

### **Criterios diferenciadores entre casos reales y falsos**

Por último expondremos someramente una serie de características sintomáticas diferentes entre los casos reales y los falsos de abuso sexual intrafamiliar, que pueden ser de utilidad para los peritos u profesionales que intervengan en estos casos.

- En denuncias fundamentadas, Green,(1986) *el descubrimiento del abuso suele ser aplazado, conflictivo y con posibles retractaciones, mientras en las falsas es aparentemente espontáneo, o en respuesta a preguntas sugestivas* En un caso que veíamos recientemente, la menor expresaba que desveló a su madre un presunto incesto, cuando, con ocasión del juicio definitivo de la separación, ésta le preguntó si su padre en alguna vez le sometido a algún tipo de tocamiento o abuso.

- *El Descubrimiento suele ir acompañado de miedo y efectos depresivos, los efectos positivos si se dan son transitorios. En los falsos no se refieren efectos negativos o se aduce un mejoramiento (permanente).*

- En los casos falsos, el niño suele utilizar una terminología desajustada a su nivel de desarrollo psicomadurativo, como ya hemos mencionado anteriormente. *En ocasiones recita verbalizaciones vacías de contenido*. Es decir cuando le preguntamos por el significado de determinados términos es incapaz de explicarlos.

- También se observan diferencias en cuanto a la congruencia de la sintomatología que se atribuye al niño abusado versus aquel que no ha sufrido abuso. *En los casos reales los síntomas resultan compatibles y ajustados al tipo de abuso alegado*, no así en los segundos, en los que no es infrecuente que se describa una cohorte de síntomas clínicamente relevantes, presuntamente reactivos a un episodio único de tocamientos superficiales, que se producen en una dinámica

lúdica o pseudoafectiva. En estos casos, sobre todo cuando los niños son de corta edad, difícilmente podrían interpretar la interacción con el agresor como una conducta abusiva.

- *En los casos reales la ruptura de la pareja parental se produce al desvelarse la situación abusiva, en los falsos la denuncia se inserta en una situación contenciosa entre los progenitores.*

- *Cuando los hechos se fundamentan en la realidad la intención de la/el denunciante es proteger al menor. En las falsas alegaciones la motivación es buscar el castigo para el presunto agresor. Además las/los falsos denunciadores suelen mostrar gran preocupación por lograr ser creídos por los peritos.*

- El menor realmente abusado no ha sido sometido a exploraciones periciales, en ocasiones puede estar recibiendo tratamiento clínico/ *La falsa víctima de abuso ha sufrido sucesivas exploraciones periciales dirigidas a valorar credibilidad.* En ocasiones hemos visto verdaderos procesos de victimización secundaria, propiciados por la/el denunciante en su intento desesperado por encontrar pruebas que fundamenten la falsa acusación.

En cualquier caso, queremos terminar nuestra exposición insistiendo en que las denuncias de maltrato o abuso sexual infantil se deben investigar sin prejuicios previos, desde una perspectiva absolutamente neutral, evitando usar estrategias orientadas a confirmar o falsear su existencia.

#### Referencias bibliográficas

1. Bolaños I. (2002) El síndrome de Alienación parental. Descripción y abordajes psico-legales. En Revista de Psicología Clínica, Legal y Forense, Vol. 2. N.3,.
2. Delgado A y Garate J.(2003) Síndrome de Münchhausen pro poderes, en XVI Congreso Nacional de Pediatría Social. Madrid
3. Garrido y Masip (2001) "La evaluación psicológica en los supuestos de abusos sexuales, en Jiménez F.(Ed) Evaluación psicológica forense Salamanca. Ed. Amarú.
4. Garner R. A. (1997). The Parental Alienation Syndrome and the Differentiation Between Fabricated and Genuine Child Sex Abuse. Cresskill, N.J. Creative Therapeutics.
5. Guerricaechevarría, C. y Echeburúa, E. (2000): Tratamiento psicológico de los menores víctimas de abuso sexual. En J. A. Díaz Huertas, J. Casado y C. Martínez (eds.), Abuso sexual en la infancia, Madrid, Díaz de Santos.
6. Green, A. H. (1986) True and false allegations of sexual abuse in child custody
7. Meadow R.(1999) Mothering to death. Arch dis child
8. Ruiz Tejedor M.P.(2003). Valoración de la credibilidad del testimonio en menores abusados sexualmente. En Boletín Gallego de Medicina Legal e Forense. Número 11.
9. (1) Ruiz Tejedor M.P.(2004)."La dificultad de inventar la mentira: estudio comparativo de un caso creíble y otro increíble. En José San Martín (Ed) Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del Testimonio. Valencia.
10. (2) Ruiz Tejedor M.P.(2004) Psicología Forense y Credibilidad del Testimonio. Ponencia presentada en el Primer Congreso Nacional de Medicina Forense y Valoración del daño corporal. Avila
11. Ruiz M.P. y Peña E.(2004) "Valoración pericial de un caso de inducción adulta a través de los criterios de Validez del SVA" Comunicación presentada en el I Congreso de Psicología Jurídica y Forense en red.Madird.
12. Vázquez B., Ruiz M.P. y García M. (1998). El fenómeno de la falsa memoria en testimonios infantiles sobre abuso sexual: Detección e intervención en el ámbito forense. Comunicación presentada en el II Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid.

# EFFECTOS DEL ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA: PREVENIR SU MORBILIDAD

M<sup>a</sup> José Partera González

Psicóloga. Coordinadora Proyecto Luz de AMAIM

## Introducción.

La exposición de este trabajo pretende desde la perspectiva de profesionales de intervención directa, posiblemente exenta de fundamentación teórica, salvo la aprendida de profesionales relevantes en el campo de la investigación, aportar nuestra visión desde la experiencia del trabajo diario en alas de contribuir al lema de este Congreso: "Prevenir un esfuerzo común".

La experiencia nos ha llevado a iniciar un proceso de reflexión, sobre lo que estamos haciendo, qué medios concretos tenemos a nuestro alcance para que la intervención temprana disminuya la morbilidad de los efectos del abuso sexual a largo plazo.

Expondremos el Programa que estamos llevando a cabo, y tres casos clínicos que ejemplifican la necesidad de trabajar en la intervención temprana, en coordinación y superando los prejuicios de los distintos profesionales que intervienen en el proceso.

## Programa

A través de convenios de cooperación y de financiación entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y La Consejería de Trabajo y Política Social de la Región de Murcia y la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil, la Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada lleva trabajando desde el 2000 en el programa de información, diagnóstico y evaluación de menores víctimas de abuso sexual en la región de Murcia (AVASI).

El problema del maltrato en general y del abuso sexual infantil en particular tiene una dimensión *humana, social y de salud pública*, que involucra *derechos* de los menores de edad.

Por maltrato infantil entendemos: "Toda acción u omisión no accidental (llevada a cabo por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto) que amenaza la seguridad, libertad y desarrollo de los derechos del menor de 18 años y, por tanto, impide la satisfacción de sus necesidades físicas, psicológicas y sociales básicas". (Comisión Interinstitucional de la Región de Murcia).

Y por abuso sexual infantil: "Utilización del menor en actividades sexuales para satisfacer a otra persona". Las formas pueden ser:

Con contacto físico: Incesto, violación, vejación, explotación sexual (prostitución, pornografía).

Sin contacto físico: Exhibicionismo, lenguaje sexual, voyerismo.

Por omisión: Consentimiento pasivo de los tipos anteriores, no dando credibilidad al niño cuando dice haber sido abusado; desatender demandas de ayuda.

El abuso sexual ha existido siempre, aunque empieza a emerger en la conciencia social hace apenas 150 años y es en los últimos 20 años cuando se perfila como un grave problema a solucionar. De ahí que hoy podamos decir que el incremento de las *denuncias* en los países industrializados se estime en torno al 13%. La *prevalencia* encontrada en España según Félix López (1994) es similar a la de otros países: el 15% en niños y el 23% en niñas.

Las variables que explican el *impacto psicológico* del abuso sexual en la infancia según Finkelhor (1989) serían:

Sexualidad traumática.

Pérdida de confianza.

Estigmatización como culpa, vergüenza, pérdida de valor.

Sentimiento de indefensión.

Los *efectos a largo plazo* del abuso sexual infantil lo señalan como factor de riesgo importante en el desarrollo de psicopatologías: depresiones, ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos de estrés postraumático, trastorno disociativo. En el Manual Diagnóstico

de la Asociación Psiquiátrica DMS- IV, ya se reconoce la existencia del Abuso Sexual Infantil cómo factor predisponente a padecer estos trastornos.

El *proceso judicial* supone en muchos casos una fuente de victimización secundaria para los menores:

- Las características psicosociales del menor que no son tenidas en cuenta.
- La naturaleza de los hechos a verbalizar.
- La reiteración de los interrogatorios y las formas de los mismos.
- Los distintos actos judiciales y su puesta en escena.
- La lentitud y durabilidad del proceso judicial.
- La presión del entorno familiar del niño o niña de la que muchas veces no se le protege.
- Las interferencias negativas de sus proyectos de vida.

El Abuso Sexual Infantil, es un problema lo suficientemente importante para el menor, la sociedad y la salud pública, que debe ser implicada necesariamente las administraciones educativas, sociales, judiciales y sanitarias ....para que en colaboración y trabajo interdisciplinario lleven a cabo la resolución del problema lo menos traumático posible para el menor y la familia.

### **Diagnostico**

La entrevista de diagnóstico se realiza siempre en un contexto confortable para el menor buscando en primer lugar la empatía con el niño. El formato de entrevista esta adaptado a la edad del menor, dedicando la mayor parte del tiempo al apoyo psicológico del menor y a los juegos si su edad lo requiere. Uno de los objetivos es que nuestra intervención tenga el menor coste posible para el menor. La mejor manera de evaluar este objetivo es el interés del niño por asistir a las entrevistas y su actitud colaboradora en la entrevista.

El proceso diagnostico siempre conlleva implícito una intervención terapéutica, el modelo de intervención es la Psicoterapia Integradora, atendiendo a factores psicológicos, sexológicos, médicos, y sociales, con el sustrato metodológico del acercamiento cognitivo-conductual. En la intervención, si el caso lo requiere se trabaja:

- **Área sexual.** Reevaluación con el menor, de los hechos que ha padecido, de forma que los integren y acepten con el objeto de que no actúen como condicionantes en sus relaciones personales futuras.
- **Apoyo psicológico.** Asesoramiento psicológico para re canalizar la situación de conflicto vivida, control de problemas de sueño, comportamiento agresivo, control de esfínter, ansiedad, depresión, desobediencia,..
- **Integración y apoyo escolar.** Con la ayuda de los psicólogos escolares

### **Indicadores de Veracidad**

Considerando que determinar la veracidad del testimonio es un aspecto fundamental en nuestro programa estamos trabajando de acuerdo con la bibliografía especializada y con nuestra propia experiencia en el establecimiento de unos Indicadores de veracidad que puedan facilitar este cometido.

Tenemos que señalar que algunos de los indicadores de la existencia de abusos que aparecen en la bibliografía (Horowitz, 1991; Horowitz y otros, 1992; López, 1995c; Gardner, 1997; Cantón y Cortés, 1997) sobre la materia tienen desigual valor predictivo.

Hemos de señalar que a lo largo de nuestra intervención hemos observado que cualquier protocolo de indicadores debe contemplar su ajuste a la población con la que estamos trabajando. De este modo, en los usuarios de Servicio Sociales es muy frecuente encontrarse con menores que presentan problemas escolares, falta de atención, problemas afectivos e incluso conductas antisociales. Este cúmulo de problemas, en otro tipo de población podría ser indicativo de posibles abusos, si bien en colectivos marginales no podemos hacer esta misma valoración. Asimismo su vocabulario y su conocimiento de la sexualidad, pueden ser muy superiores a la media de su edad, sin que ello represente presencia de abusos sexuales.

De igual manera, hemos observado que en aquellos menores cuyos progenitores se encuentran en proceso de separación o con serios problemas conyugales, podemos encontrarnos distintas somatizaciones, cambios conductuales, trastornos del sueño e incluso algunas regresiones como falta de control de esfínter (enuresis y encopresis). De nuevo en estos casos, no podremos considerar estos hechos como indicativos de posible abuso sexual.

Finalmente, una variable importante a tener en cuenta, y habitualmente considerada por los profesionales en este campo, es el *Vocabulario acorde con la edad del menor*. Desde nuestro punto de vista, sería más correcto hablar de vocabulario acorde con la educación sexual y el entorno sociocultural del niño, ya que en muchos casos el vocabulario que utilizan los menores puede variar en función de la educación y el entorno familiar más que del propio momento evolutivo en que se encuentre el menor.

### **Factores a los que hay que prestar especial atención .**

Hay que tener en cuenta el daño que puede generarse con un diagnóstico falso de abusos sexuales. Por un lado, por lo que supone que recaiga sobre alguien la falsa acusación de agresor sexual. Por otro lado, un alto índice de errores en las valoraciones que generen falsas denuncias va en detrimento de la credibilidad de los menores que realmente sean víctimas.

Fruto de nuestra experiencia hemos elaborado un listado tentativo de factores a los que hay que prestar mucha atención. Su presencia no descarta, por supuesto, la existencia de abusos, pero debemos ser especialmente cuidadosos en la valoración y contrastar muy bien nuestras hipótesis de trabajo. Pueden ponernos sobre la pista de un posible falso positivo, es decir, un testimonio de abusos sexuales ficticio. Tenemos que ser, pues, muy rigurosos en nuestra valoración. Si cualquier conducta sexual inadecuada o cualquier apreciación es tomada como evidencia de abuso, podemos incrementar los falsos positivos y hacer un flaco favor a la causa por la estamos trabajando: proteger y defender a los menores, víctimas de abusos sexuales.

### **Tratamiento**

Una vez realizada la exploración oportuna del menor con el objeto de poder emitir un diagnóstico sobre la fiabilidad y validez de su testimonio, nuestra tarea es valorar las consecuencias que dichos acontecimientos han tenido para el menor y determinar si este debe seguir un tratamiento. Si las secuelas del abuso son leves y están centradas en problemas de conducta accesibles, el tratamiento puede ser realizado en el contexto más próximo al niño, bien por el psicólogo escolar o por los psicólogos de los gabinetes municipales. Este tratamiento se realiza en coordinación y con el apoyo de nuestro servicio.

En ocasiones el tratamiento requiere de una intervención más especializada y en estos casos nuestro servicio atiende a estos menores.

El tratamiento en abusos sexuales va siempre encaminado a paliar los efectos negativos que los abusos han tenido sobre el menor, considerando, además, que la revelación de los hechos puede tener consecuencias familiares, sociales, escolares y judiciales para el menor; por lo que es necesario atender este fenómeno que se ha denominado "victimación secundaria".

### **Casos Clínicos**

- Menor víctima (10 á) de abuso sexual de otro menor (12): en la actualidad víctima de bulling en el colegio.
- Menor agresor (12) de otro menor, a su vez víctima de abuso sexual: en la actualidad expediente por conductas delictivas y en protección por desamparo.
- Menor víctima de abuso sexual(12):en la actualidad presenta un cuadro clínico con la suficiente gravedad como para recibir terapia psicológica :T 74.2 *Abusos sexuales*, según DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, APA, 2002).

### **Reflexión**

La creación de sistemas coordinados de respuesta ante el Abuso Sexual Infantil: elaboración de protocolos y circuitos, no es suficiente sin un seguimiento, evaluación del procedimiento y

resultados, y sin que se involucren más activamente los profesionales de intervención directa que en definitiva son los que han de utilizar los protocolos propuestos por las administraciones.

*Una capacidad fundamental del ser humano es producir transformaciones en su existencia.*

## **Bibliografía**

Albarán, A.J. Los derechos de la víctima. *Anuario de Psicología Jurídica*. COP, 1995; Madrid.

Alonso, J. M. Abuso sexual infantil: un reto para todos los profesionales. *Rev. Bienestar y protección infantil*, 1995; Noviembre.

Arruabarreta, M.I., De Paul, J. *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Ed. Pirámide, Madrid, 1994.

Cantlon, J.; Payne, G., Erbaugh, C. Outcome-based: disclosure rates of child sexual abuse comparing allegation blind and allegation informed structured interviews. *Child Abuse Negl*, 1996; 20: 1113-1120.

Cantón J., Cortés, M.R.: *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Ed. Siglo XXI, Madrid, 1997.

Cerezo, A. *Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil*. Ed. Generalitat Valenciana, Valencia, 1992.

Cheung, M. Developing the Interview Protocol for Video-Recorded Child Sexual Abuse Investigations: A Training Experience with Police Officers, Social Workers, and Clinical Psychologists in Hong Kong. *Child Abuse Negl*, 1997; 21/3: 273-284.

*Código Penal*. Ed. Civitas, Madrid, 1996.

Costa, M. La prevención en el maltrato infantil. *Rev. Anuario de Psicología Jurídica*, COP, 1995; Madrid.

*DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson, Barcelona, 1995.

Echeburúa, E. y otros: Tratamiento psicológico del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales: una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1990; nº 49.

Echeburúa, E.: *Personalidades violentas*. Ed. Pirámide, Madrid, 1994.

Fuertes, A. Datos estadísticos de seguridad ciudadana. Una vía de aproximación en la búsqueda del conocimiento del fenómeno de la violencia en la red familiar. *Anuario de Psicología Jurídica*, COP, 1995; Madrid.

Gardner, R. A.: The Sexual Abuse Legitimacy Scale. In R.A Gardner (comp.): *The parental alienation syndrome and the differentiation between fabricated and genuine child sex abuse*. Ed. Creative Therapeutics, Cresskill (NJ), 1997; pp. 171-210.

Gordon, S. y Jaudes, P. K.: Sexual abuse evaluations in the emergency department: is the history reliable?. *Child Abuse Negl*, 1996 Apr.; 20/4: 315-322.

Horowitz, S. W.: Empirical support for statement validity assessment. *Behavioral Assessment*, 1991; 13: 293-391.

Horowitz, S. W.; Lamb, M. E.; Esplin, P. W.; Boychuck, T.; Krispin, O., and Reiter-Lavery, L.: *Reliability of criteria-based content analysis of child witness statements*. Comunicación presentada a la American Psychological Society, San Diego (Ca), 1992.

## **10. Familia**

### **INFANCIA MALTRATADA Y SITUACIÓN FAMILIAR: RIESGO FAMILIAR Y DESAMPARO INFANTIL**

**Fernando Vidal Fernández**  
**Profesor del Departamento de Sociología y Trabajo Social.**  
**Universidad Pontificia Comillas de Madrid**

Cuando se plantea la cuestión del maltrato infantil, existen dos interpretaciones que se perfilan mirando una al pasado y otra al futuro. La primera explica el maltrato infantil como consecuencia de la persistencia de mentalidades y hábitos legados de autoritarismos tradicionales vinculados a antiguas formas familiares; la segunda mira al futuro y predice que el rumbo que está tomando nuestra sociedad genera crecientes amenazas contra la infancia, también en el ámbito familiar. Esa doble interpretación se aplica también a otros fenómenos similares como la violencia parental contra mujeres o contra los mayores. En ocasiones, dichas explicaciones se han pretendido presentar antagónicamente y se ha podido entender que el peso de una u otra tesis juzga la conveniencia de la evolución de la familia en las últimas décadas.

Sin embargo, parece mayoritaria la explicación que las combina a ambas porque el cambio en la familia propone un empoderamiento de los sujetos pero puede que en una situación que no lo favorece y por tanto establece nuevos escenarios no deseados que amplían algunos de los males que la aquejaban e introduce nuevos riesgos. En resumen, diremos que la familia debe convertirse de una condición en un proyecto y que sólo aquellos que inviertan esfuerzos en construir la familia como una comunidad, podrán evitar algunos de los riesgos menos favorables asociados a lo que ha venido en llamarse segunda modernidad.

#### **1. Familias arriesgadas**

El marco del modo familiar ayuda a explicar la presencia de maltrato contra la infancia pero no es un factor independiente sino que a su vez la familia es una realidad social extremadamente sensible a la evolución del sistema; un sistema en el seno del cual las familias no siempre han construido un itinerario propio. En efecto, la familia ha ido adaptándose a las condiciones del modo de desarrollo económico: fue extensa y natalista en el modo agrario para suministrar mano de obra; se comportó nuclearmente durante el modo industrial para imprimir mayor movilidad a la familia; y actualmente la familia también está siendo configurada por las condiciones generales de la época.

Nuestra época está caracterizada por un cambio sustantivo que reordena algunas de las estructuras principales de la arquitectura del sistema social. La globalización es una de las consecuencias más manifiestas de ese proceso que aúna una serie de fenómenos en lo que ha venido en ser llamado "segunda modernidad" y que se supone una profundización refleja y pragmatista de algunas de las principales consecuencias de la modernidad tras la crisis postmoderna. La familia también se ve internamente transformada en ese proceso de remodelación, con una radicalidad sobre la que no es fácil hacer previsiones.

La segunda modernidad es la profundización refleja y pragmatista de un modelo social globalizado de mayores riesgos pilotado por un sujeto más posibilitado, diverso, individuado y reflexivo que aplica los principios del informacionalismo a la legitimación democrática y a la productividad capitalista. Como podemos intuir, el papel de la constitución del sujeto personal es uno de los pilares, como también lo es la formación del sujeto social o comunitario.

En ese proceso reflejo, consecuencia no intencionada de la continuación de algunos de los principios modernos, la familia se ve sometida a unas transformaciones que afectan a sus estructuras fundamentales. Aparecen fenómenos nuevos que afectan a distintos aspectos de la familia tanto de su estructura interna (las relaciones de parentalidad, las relaciones entre sexos y entre grupos de edades) como de su cultura (el conjunto de representaciones de valores, creencias, sentimientos y prácticas unidas en un sentido que orienta la familia como comunidad).



Lo fundamental del proceso de remodelación en cuanto a la familia consiste en cinco puntos:

- a. Empoderamiento solidario.
- b. Individualismo estandarizado.
- c. Reflexividad.
- d. Secundarización de la sociabilidad.
- e. Sociedad de riesgo.

La remodelación participa en un eje histórico más profundo que la Ilustración tiene conciencia de estar priorizando y que consiste en el empoderamiento solidario de los sujetos en toda su diversidad e integridad. Cuando hablamos de empoderamiento nos referimos a la progresiva probabilidad de que los sujetos puedan ejercer su libertad solidariamente con los otros. Algunas de las principales estructuras de la modernidad impulsan esa liberación; otras, en cambio, la entorpecen. Así, nos encontramos con una de las características que más se están comentando acerca de la segunda modernidad: su ambivalencia.

En la familia esto se muestra con claridad: los distintos sujetos de la familia se han ido empoderando. La cultura familiar hoy en día induce por un lado una mayor libertad de los sujetos para desarrollar sus posibilidades. Tanto mujeres como mayores y niños han logrado mayor libertad en la familia. Pero por otra parte, la vía moderna que ha facilitado esa liberación introduce a la familia en una dinámica que produce inestabilidad, desamparos, irresponsabilidades a veces a cargo de nuevas formas de sociabilidad; otras, por culpa de una organización laboral y un capitalismo de consumo que necesita sujetos lo menos vinculados que sea posible a cualquier comunidad que pueda suponer resistencia a sus intereses.

Efectivamente, la autonomía personal moderna que por una parte ayuda al proceso general de empoderamiento, por otra parte la hipoteca. El individualismo liberal ha decantado en un fenómeno de individualismo estandarizado por el cual los sujetos se encuentran sin acompañamiento que intervenga prescriptivamente en sus procesos de elección y por otra parte el propio sistema induce una progresiva homogeneidad en los papeles sociales. Pese a la aparente pluralización de los micropapeles sociales existe una progresiva estandarización de los macropapeles como son los correspondientes a la estructura económica, política o mediática. Ulrich Beck ha denominado a este fenómeno precisamente individualismo estandarizado, lo cual nos sitúa ante esa paradoja: más autónomos pero más iguales. La familia se ve muy afectada por este proceso al sentir progresivamente que pierde autoridad. Autoridad es la constitución de capacidad que tiene algo de influir legítimamente en alguien. Actualmente, el concepto autoridad sigue sufriendo un fuerte descrédito al ser identificado con autoritarismo, ilegítimo o ejercido de tal forma que anula las libertades del sujeto. Pero también hemos asistido a cierta recuperación de la autoridad cuando reconocemos la autoridad que tienen las víctimas sobre nosotros o la autoridad de las futuras generaciones. La situación general es de desautorización de los agentes de la familia, lo cual es saludable en lo que significa de empoderamiento de los sujetos, pero es preocupante tanto cuanto significa disolución de los reconocimientos, que lo que diga alguien sea irrelevante o ilegítimo. El modelo permisivo, en el cual según los estudios de Pérez-Geta y Vidal se incluiría en los años noventa un quinto de las familias españolas, es una formulación muy próxima a esas condiciones. Paradójicamente, una desaparición de la estructura de autoridad puede suponer la emergencia de fenómenos de violencia procedente del no reconocimiento de los otros. Efectivamente, nos encontramos con una gran incertidumbre en relación al tratamiento que debe tener la autoridad. ¿Qué tipo de autoridad? ¿Qué modelo de filiación, fraternidad, conyugalidad? ¿Qué autoridad tiene la familia sobre cada individuo?

La indefinición que se manifiesta en la opinión pública se corresponde con una indefinición cultural respecto al papel de los familiares. Efectivamente, individuos y comunidades, familiares u otras, se ven conducidas a la reflexividad: a dotarse a ellas mismas de una cultura que las oriente, a lo que algunos llaman proveerse de una identidad que la sociedad ya no suministra. Ello de nuevo abre un gran abanico de posibilidades pero quizás el modo social en que se está ejerciendo cierra excesivamente las probabilidades de hacerlas reales. Los sujetos, según expone Anthony Giddens, se ven abocados a recrearse culturalmente porque el sistema social, en la segunda modernidad, no prescribe parte de la estructura con la legibilidad y detalle que muchos individuos

añoran. Así, quien no se rehaga su identidad, carecería de ella. En realidad, viviría con una identidad *por defecto*, una identidad transparente (presente pero inconsciente) funcional a la identidad estructural forjada por la participación del sujeto en sus macropapeles económicos, políticos, mediáticos, etc.

Así, la individualización puede estar siendo compatible con un efecto general de desconstitución de los sujetos personales y comunitarios, entre ellos la familia no tanto porque haya modelos *antifamilistas* como por insuficiencia de recursos para que se constituya positivamente como proyecto. Efectivamente, por una parte asistimos a una modificación de la sociabilidad del sujeto que ve que un sector de sus vínculos se reduce y en general ganan en inestabilidad, se secundarizan (se hacen más alejados, puntuales, contractuales) en un movimiento análogo (puede que no análogo sino parte de un mismo proceso) al de las relaciones laborales. Para profundizar más la contradicción, esta insuficiente constitución se produce en un tiempo en el que sería más necesaria que nunca. La sociedad ha cursado un rumbo en el que cada vez se toman, en lo global y lo local, en lo estructural y lo personal, elecciones cada vez más cruciales y arriesgadas. Este hecho, conocido como *sociedad de riesgo*, significa que la sociedad está abocada a bifurcaciones con consecuencias más profundas bien positiva o negativamente. La misma sociedad ha asumido reflejamente esta dinámica para poder mantener su modelo de desarrollo económico y control político. En esa dinámica, la deliberación de las decisiones es fundamental, lo cual significa por un lado contar con un propio sujeto consistente que articule la deliberación: es decir, sujetos individuales consistentes y comunidades densas y consistentes. La familia sigue siendo el principal punto de este tejido de la sociedad civil por cuanto es donde se forman primariamente sujetos y es una comunidad singular y prioritaria para sus participantes. Las decisiones son tanto societales-globales como individuales-cotidianas. Todos, sistemas y personas, estamos destinados por esta dinámica, a elegir cada vez más crucialmente.

Así, en referencia a lo que es la vida de las personas en sus lugares cotidianos, éstas navegan en un mundo más incierto en el que carecen de los recursos comunitarios y familiares en un momento en que son más necesarios que nunca. En el ámbito laboral se ven secundarizados; en su papel de consumidores están más expuestos a ser movilizados según las campañas; en su macropapel político carecen de las alternativas que sus aspiraciones necesitan; su participación como audiencia en los medios de comunicación es cada vez más central. Esa disposición personal y familiar vemos que es muy útil para los intereses materiales de muchos conjuntos de elites. El resultado es que el sujeto ve progresivamente amenazada su sentido de vida y supervivencia material a la vez que interioriza una retórica que le asegura que nunca ha sido tan autónomo como ahora. El sistema está inyectando nueva violencia en el sistema a la vez que se ha desprovisto al sujeto de las autoridades y las pertenencias comunitarias que le ayudaban a reconfigurarse identualmente para adaptarse, rebelarse o resistir. Ahora, es el propio sujeto el que tiene que activarse para construirse dicho entorno.

Además, al secundarizarse la red sociable del individuo, muchos de los elementos primarios de la sociabilidad desaparecen. El sujeto se ve obligado a tratar sus relaciones primarias, sobre todo las familiares (cónyuges, hermanos, hijos, padres, parientes...), con modos secundarios que subrayan la negociación, lo contractual y carecen de los recursos de reconciliación, corresponsabilidad o abnegación que necesita la vida íntima compartida. Así, muchos sujetos se ven cada vez más ante situaciones que le producen incertidumbre, frente a los que no tienen recursos y ante los cuales se va a ver afectado por consecuencias cada vez más agudas para bien o para mal. Así, quien se siente abandonado y no contempla posibilidades de reconstrucción de la situación ni el marco para reconducirse, devuelve multiplicado y violentamente la incertidumbre y fatalidad del “todo o nada” que constituye el juego principal del sistema social.

## 2.

Si esto sucede entre los adultos de la familia, incide con mayor tensión sobre los niños en la familia. Por un lado, hemos asistido a un proceso de empoderamiento del niño reconociéndole como inalienable de derechos generales y específicos, dotándole cada vez de mayor emancipación en la familia tanto por una nueva comprensión de la filiación como por su actividad autónoma en ámbitos como la educación, el ocio, los medios de comunicación o el mundo del consumo. Por otro lado, el niño sigue dependiendo extremadamente de la familia para la propia

constitución de sí mismo como sujeto. Todas las modulaciones que vive la familia se manifiestan en él e incluso con mayor fuerza que sobre otros miembros de la familia.

El principal desamparo de los niños es estructural: procede de las incertidumbres que afectan a la comunidad familiar y entendemos que la tensión resultante de los nuevos riesgos de la familia, se ceba especialmente sobre los niños. El riesgo ya no procede solamente de aquellas condiciones de exclusión o maltrato patológico que se dan en algunas familias, sino que la misma estructura moderna de la familia ha interiorizado dicha condición arriesgada. Así pues, potencialmente toda familia es de riesgo o, dicho de otro modo, se siente progresivamente la tensión de tener que avanzar en elecciones cada vez más decisivas para las que cada vez es más probable que carezca de suficientes recursos sociables, comunitarios y culturales.

La solución a que nos conduce la propia segunda modernidad, la reflexividad, no representa de primeras una situación de ventaja para los niños ya que los niños son sujetos que están constituyéndose en un proceso de apropiación de la Historia y de sí mismos en toda su singularidad y potencialidad. Así pues, aunque participan como sujetos inalienables en teoría con muchos derechos de participación, en la realidad su dependencia sigue siendo extrema; así pues, su participación es muy precaria y vulnerable. Nos encontramos de nuevo con el problema de la autoridad: no se ha hallado un modelo sólidamente legítimo de autoridad y sobre todo no se ha modulado todavía adecuadamente qué autoridad tienen los niños. Así, se obliga en ocasiones a los niños a que cumplan papeles para los que requieren una autonomía que, por su tiempo de formación, no están habilitados para ejercer. Y a la vez, sigue presente la tentación de la regresión a viejos esquemas autoritarios que atajan por medio de tanta deliberación y complicación reflexiva, aunque sin llegar a ninguna parte que no sea un empeoramiento de la situación.

Esta condición de incertidumbre familiar sistémica y de ausencia de suficientes recursos para gobernarse en ella, inyecta una violencia en los sujetos que ven dañado su principal marco de solidaridad y sentido, y crece las probabilidades de que se activen patologías latentes a la vez que convierte situaciones que en otras condiciones no serían preocupantes en agravantes más insalvables como es el caso de la pobreza o el fracaso escolar.

La solución apunta en dos niveles. En un nivel radical, nos señala a la propia dinámica de la segunda modernidad que produce un mundo, según Giddens, desbocado en lo medioambiental, lo laboral, lo económico, lo mediático o lo político. También en lo familiar. Pero hay un nivel más inmediato que es el fortalecimiento de los entornos de constitución de los sujetos y de deliberación para los mismos. Tercer sector y familiarización son dos emergencias que requieren mayores inversiones. Hay que consolidar a las familias como proyectos discernidos y construidos, participantes como actores de primer grado en la sociedad civil. Solamente una nueva cultura de familia puede hacer de la familia solución en vez de problema y puede reducir los factores estructurales de maltrato infantil. Y solamente una nueva liberación del don de la filiación dentro de esa cultura familiar puede ayudar a solucionar estructuralmente los problemas de maltrato infantil.

## 11. SALUD

Joaquín Esteban Gómez

El reconocimiento del maltrato infantil como un problema sanitario tiene su origen reciente en el artículo de Henry Kempe publicado en 1962 bajo el título del “*Síndrome del niño apaleado*”.

Desde hace fecha mucho se ha avanzado en la atención y prevención de este problema. Sin embargo, la cruda realidad de los hechos llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 a declarar la violencia doméstica, el maltrato infantil, como una prioridad internacional para los servicios de salud y en el extenso Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud presentado en 2002 aborda la violencia como un grave problema de salud pública de tal manera que en el año 2003 promueve una Campaña Mundial de prevención de la Violencia (2003) cuyos objetivos son:

- Promover la toma de conciencia acerca de la violencia como problema importante de salud pública y en particular acerca de los perjuicios de la violencia para la salud pública y de la función que ésta puede desempeñar en su prevención.
- Promover el aumento de los recursos humanos y financieros que se destinan a la prevención de la violencia a nivel local, nacional e internacional.

El maltrato infantil tiene importantes repercusiones en la salud infantil tanto física como psíquica dependiendo del tipo de maltrato, la edad de niño, la frecuencia de las agresiones o de las negligencias, la asistencia recibida, ...

El ámbito sanitario tiene un papel muy importante en la detección y atención de los casos de maltrato infantil.

En los últimos años se han desarrollado diferentes iniciativas en la mejora del abordaje de este problema por los profesionales y las instituciones sanitarias. Entre ellos debemos destacar el Programa que se está desarrollando en la Comunidad de Madrid desde 1998 que ha incluido en su estrategia la formación de profesionales, la elaboración de protocolos, la edición de manuales, la celebración de reuniones de seguimiento, ..., y establecer un sistema de notificación y registro de casos de maltrato detectados desde el ámbito sanitario, experiencia positiva que ha llevado a proponer este sistema para su implantación en el conjunto del Estado español según acuerdo del Observatorio de la Infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

La atención sanitaria al niño maltratado también está experimentando notables avances con la creación de Unidades Funcionales como la del Hospital San Juan de Dios en Barcelona y Unidades de Pediatría Social como la del Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid.

El maltrato infantil que estaba relegado a ser considerado como un tema exclusivo de pediatría social se empieza a considerar como un tema de preocupación

También debemos considerar la aparición o el incremento de problemas que afectan a la infancia como resultado de situaciones de separación y divorcio en que los problemas por la custodia de los niños tiene implicaciones sanitarias como son las falsas alegaciones, la pederastia, la pornografía infantil a través de internet,....

El abordaje del problema del maltrato también requiere hablar en positivo, de BUEN TRATO A LA INFANCIA, de la prevención como la actividad más importante que debemos hacer en su atención.

El buen trato a la infancia se define como aquellas acciones que favorecen o apoyan el desarrollo y bienestar físico, psicológico y emocional del menor.

Planteamos en el ámbito de la atención a la salud materno-infantil y desde la perspectiva del buen trato a la infancia considerando dos aspectos:

- las nuevas tendencias de atención a los niños y sus familias en los hospitales pediátricos, y
- la promoción del bienestar infantil en el contexto de la relación entre los padres y el hijo, a partir del fortalecimiento de los sistemas adaptativos en los niños y el fomento de prácticas

parentales más apropiadas, que puedan reducir el riesgo de que se produzcan interacciones desajustadas en los conflictos que se puedan dar en la crianza.

Ambos temas representan como al abordar el maltrato infantil y su prevención debemos hacer esfuerzos por plantear nuevos aspectos y no limitarnos a continuar con programas y actividades ya consolidadas. Nos invitan a revisar nuestro propio trabajo y sistema de atención a la infancia y su familia.

Nos acompañan dos profesionales que desde su practica diaria nos enseñan y nos animan en nuestro trabajo por la infancia: el Dr. Juan Casado Flores, Jefe de Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid, un experto en maltrato físico y uno de los directores del Programa de Atención al Maltrato Infantil de la Comunidad de Madrid, y D<sup>a</sup> Gemma Pons Salvador, Profesora Titular de Universidad. Facultad de Psicología y psicóloga de la Unidad de Investigación "Agresión y Familia". Universidad de Valencia.

## EL NUEVO HOSPITAL INFANTIL, UN LUGAR CON BUEN TRATO

### Hacia un modelo humano de atención al niño hospitalizado

J. Casado Flores

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Universidad Autónoma de Madrid

La tendencia actual, en la asistencia a los niños hospitalizados, es la de crear las condiciones que aseguren un buen trato. En el pasado, los hospitales eran hospitales-asilos en donde los niños se hospitalizaban por periodos muy prolongados de tiempo, generalmente en condiciones de carencia afectiva que conducía al Síndrome del niño hospitalizado, una enfermedad desaparecida en el mundo moderno que conducía a retraso mental y del desarrollo, depresión, oligofrenia y gran morbimortalidad.

La hospitalización provocaba, en ocasiones, infecciones cruzadas consistentes en diarrea e infecciones respiratorias y otras infecciones nosocomiales, que conducían con frecuencia a malnutrición. Además, los niños eran separados de sus familias, que gozaban de cortas horas de visita, muchas veces con los niños atados a sus camas y con frecuencia tratados de manera inhumana que ahora denominaríamos maltrato institucional. Hace tan solo una docena de años, muchos hospitales de nuestro entorno, de los países llamados países desarrollados no permitían la hospitalización madre-hijo, impedían el contacto físico entre el niño hospitalizado en la sala de neonatología, la UCI o en otras dependencias o lo permitían por corto periodo de tiempo, en pro de la prevención de infecciones que ahora se ha demostrado falsa.

Todavía algunos hospitales españoles y de otros países de nuestra cultura mantienen regímenes de visita muy doloroso para hijos y padres, normas basadas en principios antiguos y obsoletos. Estas normas estrictas son casi siempre obviadas por aquellos que las imponen, solo cuando tienen un hijo o un pequeño miembro de la familia hospitalizado.

Afortunadamente en los últimos años los hospitales están sufriendo importantes transformaciones:

- 1) En la forma e indicación de la hospitalización pediátrica.
- 2) Disminuyendo los tiempos de estancia.
- 3) En las características y forma de organización de la asistencia sanitaria.
- 4) En el cumplimiento de la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados. Los cambios están permitiendo un tratamiento integral de "buen trato" tanto al niño enfermo como a su familia. Algunos hospitales están desarrollando un nuevo modelo de atención al niño hospitalizado, otros están en el inicio y algunos todavía no han comenzado. Estas transformaciones son:

**A.- Hospitalización de día.** Las formas de hospitalización han variado sustancialmente al aparecer unidades de hospitalización de día y/o de corta estancia, tanto para patologías médicas como quirúrgicas. Actualmente una buena parte de la cirugía pediátrica se realiza en las unidades de cirugía de día en donde el paciente es ingresado, intervenido, despertado y controlado postquirúrgicamente en el mismo día, de forma que ingresa por la mañana y es dado de alta por la tarde: Así se abordan las hernias, fimosis, hidrocele, extirpación de adenoides y amígdalas, drenajes timpánicos y buena parte de la cirugía ortopédica, patologías que representan porcentualmente, una gran parte de las intervenciones quirúrgicas que se realizan a los niños. Los padres permanecen junto a sus hijos, ambos, durante todo el tiempo de hospitalización. Dormirse por el efecto de la medicación preanestésica previo al traslado a quirófano, evitándose la visión de los médicos o enfermeras con gorro, mascarilla y guantes, o los focos de quirófano, evita un estrés innecesario que más tarde puede conducir a fobias, temores o pesadillas. Despertarse con la seguridad de tener cogida la mano de su madre, oír el arrullo sedante de su voz, es prevenir el miedo y el desasosiego que produce lo desconocido, es facilitar el despertar, la curación y la tranquilidad. Además ahorra sedantes, evita la extravasación de los sueros, disminuye las necesidades de personal, de cuidados y de enfermería.

**B.-** El *hospital oncológico de día* ha permitido descender el número de estancias oncológicas, lo que ha repercutido en la mejora de la calidad asistencial de los paciente con cáncer, descenso del número de infecciones a la vez que disminución del costo. Los niños reciben durante el día quimioterapia, radioterapia y los estudios invasivos, siendo dados de alta generalmente unas horas mas tarde o al atardecer.

Han aparecido otras unidades de corta estancia para la asistencia al niño con problemas psiquiátricos, anorexia nerviosa, bulimia y otros problemas agudos que requieran vigilancia y/o tratamiento cortos. En estas unidades ambos padres pueden permanecer si lo desean junto a sus hijos.

**C.-** Las *causas de hospitalización* también han variado correspondiendo en la actualidad a pacientes cuyos estudios, vigilancia y/o tratamiento no pueden realizarse extrahospitalariamente. Las llamadas *patologías menores*, que ocupaban buena parte de las estancias hospitalarias, son asistidas ambulatoriamente a través de las consultas externas de los Centros de Salud o en los servicios de urgencia intra o extrahospitalarios. Esta tendencia a la no hospitalización ha sido posible gracias al desarrollo de la red pública de asistencia primaria y al mejor nivel de educación sanitaria de los adultos españoles. De esta forma las causas de hospitalización pediátrica son cada vez más por patología médica aguda o crónica compleja; alta cirugía y unidades de vigilancia, diagnóstico y tratamiento especiales.

**D.-** La forma de organización de la asistencia de determinadas patologías también ha variado con la creación de *unidades funcionales especializadas* con visión multidisciplinar, como unidades de Adolescentes, Fibrosis quística, Asma, Celiacía, Epilepsia, Anorexia nerviosa, Síndrome de Down, Parálisis cerebral, Tratamiento del Dolor, Tratamiento Paliativos, ... Este enfoque ha permitido especializarse en el tratamiento, seguimiento e investigación. Los integrantes de estas unidades son médicos, pediatras o no, especializados en diversas áreas del conocimiento, enfermeras y otros profesionales de la salud como psicólogo, trabajador social, logopeda y fisioterapeuta. Hasta ahora los niños con enfermedades complejas y/o crónicas, por ejemplo un paciente epiléptico o con Síndrome de Down, tenían que acudir al hospital múltiples veces para ser visto por diversos especialistas, neurólogo infantil, rehabilitador, cardiólogo y para realizar exploraciones, electroencefalograma, radiografía, TAC o análisis de sangre. Todas estas visitas y exploraciones pueden ocupar varios días, que obliga al absentismo laboral de los padres y escolarización de los hijos. Las unidades funcionales deben organizar las agendas de trabajo en función del paciente, permitiendo que el mismo día el niño sea visitado por todos los especialistas, juntos o separados, realizados todos los análisis y pruebas funcionales, de forma que al final de la mañana el paciente sea dado de alta con un informe escrito que aglutine una visión integral de la enfermedad y de los consejos y tratamiento a seguir. Este modelo integral de asistencia pediátrica es mas eficaz, mas barato y más confortable para los niños enfermos y su familia.

**E.-** El *aprovechamiento del tiempo libre* con fines terapéuticos ha comenzado a implantarse en algunos hospitales. En el nuestro, los niños con estancias prolongadas y/o repetidas reciben clases impartidas por maestros titulados; el objetivo mayor es mantener la relación con su realidad escolar elaborando pequeños deberes que le mantienen ocupado. Además, estos pacientes participan si lo desean en clases de arte impartidas por una pintora-escultora incluida en la plantilla del hospital. El curso llamado "Arte sano" enseña a trabajar con pinturas, modelaje de arcilla, escayola y otros trabajos manuales a los niños afectados de patología médica o quirúrgica, tales como cirugía ortopédica, neurológica, psiquiátrica, trastornos de la alimentación, etcétera. La evaluación y percepción por los pacientes de esta actividad artística no puede ser más positiva. Durante este tiempo los niños se sienten útiles, mejoran su autoestima porque descubren un mundo fantástico de creación al que muchos consideran inaccesible y se olvidan de sus padecimientos al sumergirse en un mundo artístico ajeno al hospital.

Algunos hospitales pediátricos disponen de un teatro o de un espacio multiuso que periódicamente, diariamente o una o dos veces por semana, se convierte en teatro, circo, cine o lugar de entretenimiento de niños y padres. Los artistas son voluntarios o profesionales que altruistamente actúan delante de los niños que transforman sus caras y gestos en expresiones de júbilo. Estos espacios son visitados por pacientes en sillas, camillas, con suero, medicamentos, acompañados por sus padres, voluntarios, auxiliares de enfermería o celadores sanitarios.

**F.-** Las *unidades de hospitalización pediátrica a domicilio* han conseguido soslayar la hospitalización crónica de ciertas patologías como fibrodisplasia pulmonar, niños dependientes de respirador, malnutridos crónicos por intestino corto u otras patologías malabsortivas y niños dependientes de tecnologías, que hasta ahora eran de uso exclusivo hospitalario. Estas unidades han conseguido disminuir los costos entre 10-15 veces y sobre todo reintegrar al niño a su familia permitiendo la socialización, educación, confort y desarrollo integral. Hasta ahora los niños dependientes de respiradores nocturnos o durante algunas horas del día vivían en el hospital, en las unidades de cuidados intensivos en donde por mas que se quisiera cubrir las necesidades afectivas, porque son niños muy queridos, es imposible, debido a la tensión, estrés y condiciones especiales de trabajo de estas unidades. Además, se producían infecciones, malnutrición, depresión y los pacientes generalmente fallecían años después sin haber podido escolarizarse, insertarse en su familia, que desintegrada forzosamente se dividía entre el hospital y su familia. Gracias a las unidades de ventilación mecánica a domicilio estos niños pueden vivir con garantía en su casa, asistir al colegio, salir de paseo y realizar una vida normalizada que le permite disfrutar y desarrollarse dentro de su entorno.

El desarrollo de *sistemas de vigilancia y monitorización no invasivo*, no cruento, tales como pulsioximetría y capnografía, ha permitido que la oxigenación y ventilación pueda realizarse con pequeños monitores no agresivos, que los pacientes pueden portar cómodamente. Aquellos que precisan oxígeno pueden recibir este importante gas, en recipientes pequeños, transportables en forma de mochilas que contienen O<sub>2</sub> líquido, lo que les permite movilidad e independencia; estos sistemas que pueden rellenarse fácilmente mediante un tanque almacén domiciliario u hospitalario, han sustituido a las pesadas y voluminosas balas de oxígeno.

**G.-** Los niños aceptan muy mal las *venopunciones repetidas* para la administración de fármacos o fluidos, o para la extracción de muestras de sangre para análisis. Estas punciones venosas son muy frecuentes en las patologías crónicas y en algunas agudas que requieran repetidos controles (cuidados intensivos, oncología, ...) análisis que son interpretados por los niños como agresiones dolorosas y ataques a su integridad física. En la actualidad muchos de estos pacientes son portadores de catéteres venosos o sistemas implantados subcutáneamente, con lo que las extracciones sanguíneas o manipulaciones venosas se realizan a través de ellos; se pincha la goma del catéter o el reservorio venoso y no la vena del paciente. Cuando no se disponga de catéter ni reservorio debería ser preceptivo la aplicación de una crema anestésica sobre la vena del paciente que hace indolora la punción. Sólo la urgencia vital justifica la no aplicación de esta crema.

**H.-** Creación y desarrollo de unidades de dolor pediátrico, cuyo objetivo sea la creación y desarrollo de técnicas y procedimientos para el tratamiento y prevención del dolor pediátrico. Los procedimientos y técnicas médicas dolorosos (punción lumbar, sutura, curas de quemaduras, ...) o que generan tensión y miedo (broncoscopia, gastroscopia, inmovilización para la realización de una técnica – TAC, Resonancia magnética, ...) eran practicadas hasta ahora sin analgesia ni sedación. En la actualidad todas estas técnicas y procedimientos se deben de realizar previa sedación farmacológica y no farmacológica y analgesia adecuada. Una máxima de control de calidad asistencial en pediatría debe ser la ausencia de dolor, nivel de analgesia y sedación logrado. La sedación ante procedimientos y técnicas dolorosas puede realizarse de dos maneras, mediante fármacos sedantes y a través de métodos no farmacológicos. Estos últimos, muy efectivos en todas las edades, consisten en técnicas de relajación tales como caricias de la madre y palabras de arrullo para los lactantes pequeños, técnicas de sofrosis, información de los pasos a realizar, explicados con palabras sencillas, apropiadas para la edad del paciente, realizadas por la enfermera o médico en presencia de la madre. Los niños mayores de 5 años pueden realizar la llamada “analgesia controlada por el paciente”, consistente en una bomba de infusión de analgésicos que se activa cuando el niño lo precisa pulsando un botón. Este sistema ha demostrado ser muy útil al descender tanto los tiempos y cantidad de dolor como la dosis total de fármacos analgésicos.

El tratamiento del dolor no debe realizarse únicamente por motivos humanitarios, también porque el dolor inestabiliza a los pacientes, facilita la extravasación de los sueros, impide la movilidad, facilitando la tromboflebitis.



I.- La arquitectura, mobiliario, decoración de los hospitales pediátricos ha experimentado cambios positivos. Las rigideces en las visitas a los pacientes hospitalizados han desaparecido, incluso en las unidades especiales, tales como Cuidados Intensivos, Pediátricos, Neonatología, Hospitalización de Día, ..., en donde los padres, al menos uno, pueden permanecer las 24 horas junto a sus hijos. Actualmente se estimula la hospitalización madre-hijo, los pacientes pueden salir y pasear por el entorno hospitalario, siendo frecuente observar a niños portadores de bombas de perfusión, sueros, sondas de alimentación o utillajes de tratamiento, paseando por los jardines, paseos o cafetería del centro. La decoración de las habitaciones, salas de estar y de diagnóstico / tratamiento suelen ser luminosas, confortables y decoradas con tonos, colores y motivos infantiles relajantes. Las habitaciones han pasado de ser de 4 ó 6 niños a 1 ó 2. Los médicos y personal de enfermería van desprendiéndose progresivamente de sus uniformes y batas, siendo ya frecuentes en muchos hospitales ver a médicos sin bata y a enfermeras con ropas confortables de colores amigables. En definitiva los modernos hospitales pediátricos están esforzándose por hacer menos dolorosa la hospitalización de los niños al rodearlos de un ambiente amigable y familiar.

En resumen, algunos hospitales españoles han puesto en marcha en los últimos años medidas destinadas al buen trato de los niños hospitalizados. Este nuevo modelo de hospitalización pediátrica intenta humanizar la asistencia sanitaria haciéndole más llevadera a los niños y a sus padres. Los líderes administrativos, médicos, personal de enfermería, personal auxiliar, líderes sindicales y otros motores del hospital deben participar y enrolar al mayor número posible de trabajadores sanitarios y no sanitarios en este nuevo modelo humanizado de hospitalización pediátrica.

## EL BUEN TRATO LA INFANCIA DESDE LA PARENTALIDAD: TRABAJANDO DESDE LA PREVENCIÓN

**Gemma Pons Salvador.**

**Profesora Titular de Universidad. Facultad de Psicología.  
Unidad de Investigación "Agresión y Familia". Universidad de Valencia.**

Un modo de acercarse a la prevención del maltrato infantil es a partir del trabajo en la promoción del buen trato a la infancia. Para ello es necesario determinar lo que significa buen trato, lo que a la vez permitirá situar mejor los límites a partir de los cuales se puede considerar que un niño o una niña está sufriendo maltrato.

Con este propósito se define el buen trato a la infancia como aquellas acciones que favorecen o apoyan el desarrollo y bienestar físico, psicológico y emocional del menor. Los niños en su proceso evolutivo se enfrentan a una serie de tareas ajustadas a la edad que tienen, y que deben llevar a cabo de forma competente lo que les permite una continua adaptación (Sroufe y Rutter, 1984). Estas tareas o metas evolutivas no las pueden alcanzar por sí solos sino que requieren del apoyo de los adultos.

Por ello, los padres deben utilizar habilidades y estrategias competentes que permitan conseguir un desarrollo óptimo del hijo. La competencia parental podría considerarse como un continuo que va desde las condiciones de crianza más beneficiosas para un niño hasta las más perjudiciales. De este modo, no podemos hablar de padres incompetentes o competentes, sino que se hablaría de estrategias más o menos competentes (Cerezo, Dolz, Pons-Salvador, y D'Ocon, 1995).

Desde este punto de vista, el maltrato se opondría al buen trato y el baremo de beneficio o perjuicio se establecería según el grado y la calidad con que un niño alcanza las metas evolutivas que corresponden a cada etapa de su desarrollo (Cerezo, 1997). Es decir, la competencia del niño es un reflejo de su ajuste psicológico y de su adaptación social. La valoración del niño que está siendo o ha sido maltratado la realizamos, por tanto, en base a las dificultades que tiene para el desarrollo de su competencia como consecuencia de las lesiones físicas o psicológicas que le han producido sus cuidadores, sean o no sus padres (Cerezo, 1995).

Una consecuencia que se deriva directamente de esta concepción del maltrato infantil es que la investigación no se centra sobre los llamados *grupos de riesgo* (establecidos en base a la presencia de factores de riesgo), sino que trata de incidir sobre las *prácticas de riesgo* que pueden utilizar los padres en la crianza y educación de sus hijos. Desde esta perspectiva, la prevención del maltrato infantil puede dirigirse a detectar estas prácticas de riesgo, y promocionar la utilización de prácticas adecuadas. Partiendo de este enfoque se puede trabajar tanto desde la prevención primaria, secundaria como terciaria.

Desde la prevención primaria, a partir de programas dirigidos a la población en general, se evitaría que se centrara la atención sólo sobre los grupos de riesgo. A pesar de que la mayoría de los casos de maltrato conocidos por el sistema de protección está relacionada con familias típicamente usuarias de Servicios Sociales, es sabido que el maltrato infantil no se limita a estas familias multiproblemáticas. De este modo, con una prevención centrada en las prácticas de riesgo y no sólo en los grupos es posible llegar a un espectro más amplio de niños, pertenecientes a familias de distintas características socio-económicas. Con este tipo de prevención, además, se facilita la detección precoz porque pueden observarse situaciones en las que los niños todavía no han sufrido maltrato pero se encuentran en riesgo de sufrirlo. Por otro lado, el trabajo con los padres para apoyarles en la utilización de prácticas educativas adecuadas no sólo favorece el desarrollo óptimo del niño sino que establece las bases para que se produzca una interacción positiva entre los padres y el hijo, lo que a su vez disminuye la probabilidad de que se den en el futuro problemas graves de relación que conlleven a situaciones de maltrato.

En cuanto al trabajo desde la prevención secundaria, y por tanto en este caso dirigida más específicamente a los grupos de riesgo, se mantendría también el esquema de intervenir a partir de la detección de las *prácticas de riesgo* con el objeto de eliminarlas y sustituirlas por otras prácticas más adecuadas. Además es importante tener presente que en estas familias los padres también utilizan estrategias adecuadas, siendo prioritario detectarlas y apoyarlas para que se mantengan, e incluso en ocasiones son éstas estrategias positivas las que pueden servir como

verdaderas alternativas a las prácticas inadecuadas que utilicen, dado que ya se encuentran en el repertorio conductual de los padres. Desde esta perspectiva se estaría haciendo hincapié en la búsqueda de los puntos fuertes de la familia para trabajar a partir de ellos, reduciendo los riesgos de que se produzcan situaciones de maltrato.

Respecto a la prevención terciaria se mantendría el mismo esquema de trabajo comentado en la prevención secundaria, si bien se centrarían los esfuerzos en evitar la reincidencia de acciones de maltrato, dado que este tipo de prevención se dirige a familias en las que ya se ha producido algún episodio y mantienen, en su mayoría, un estilo de interacción coercitivo que puede llevar de nuevo a precipitar otras situaciones de maltrato.

Una vez que hemos resaltado la importancia de considerar las prácticas parentales a la hora de hablar de la prevención del maltrato infantil, conviene que recordemos que estas prácticas presentan importantes componentes interaccionales. La dinámica de interacción entre los padres y los hijos se puede entender desde lo que se denomina la matriz relacional o “matriz interpersonal”, en la que están jugando un papel fundamental las características de los padres, las características de los hijos y, especialmente, la propia interacción que se establece entre ambos (Cerezo y Pons-Salvador, 1999).

En cuanto a las características de los padres cabe resaltar aquellos factores que afectan a la parentalidad tales como el malestar psicológico, la ansiedad, la depresión, el aislamiento social y los problemas de relación, siendo estos factores algunos de los señalados por la investigación como potenciadores de unas prácticas parentales abusivas (Lohr, 2001; Milner, 1993; Nayak y Milner, 1998; Pham, 2000). En este sentido, cuando se interviene desde la prevención hay que tener presente que existen variables que pueden estar influyendo en el cambio o el mantenimiento de los factores que afectan negativamente a la parentalidad, tales como la historia de disciplina previa, la percepción negativa hacia el niño o la baja satisfacción parental (Pons-Salvador, Cerezo y Bernabé, en prensa).

No obstante, las características propias del niño también están influyendo directamente sobre su cuidado y educación. El propio temperamento del niño pondrá más o menos a prueba las estrategias y habilidades de los padres. Un niño que desde el principio se muestra tranquilo, no tiene problemas de sueño o de alimentación, facilitará la tarea a su educador, en contraste con un niño que presente conductas de llantos frecuentes, irritabilidad, problemas de sueño, etc. Por otro lado, el niño va pasando por distintas etapas evolutivas que hacen que los padres tengan que ir adaptando sus estrategias, de modo que hay padres que se desenvuelven mejor en unas etapas que en otras. También, habría que considerar aquí las características relacionadas con deficiencias o enfermedades que pueda presentar el niño y que requieren en ocasiones de cuidados especiales.

Tanto las características de los padres como la de los niños van estableciendo las bases sobre las que se producirá la interacción. La sensibilidad que los padres muestren ante las necesidades de los hijos y la consecuente respuesta de los hijos ante esta sensibilidad, irán dando lugar a una dinámica interaccional que puede ser más o menos sincrónica en función de la compenetración que se produzca entre ambos. Cómo perciben los padres a sus hijos, las atribuciones que realizan sobre las conductas del niño, las creencias que tengan sobre su hijo o sobre los niños en general, constituyen algunos de los elementos cognitivos de los padres que son claves para determinar la calidad de la interacción (Cerezo y Pons-Salvador 1996).

La prevención del maltrato infantil, por lo tanto, conviene que se trabaje desde una edad muy temprana del niño, partiendo de una intervención directa con los padres. Tal es el caso del Programa de Apoyo Psicológico Materno-Infantil (Cerezo, 1989), que cuenta con más de quince años de experiencia y del que se han publicado trabajos en los que se muestran los beneficios de la participación en el mismo (Cerezo, Dolz, Pons-Salvador y Cantero, 1999, entre otros). Los objetivos de este Programa se centran en la promoción del bienestar infantil en el contexto de la relación entre los padres y el hijo, a partir del fortalecimiento de los sistemas adaptativos en los niños y el fomento de prácticas parentales más apropiadas, que puedan reducir el riesgo de que se produzcan interacciones desajustadas en los conflictos que se puedan dar en la crianza.

Referencias:

Cerezo, M.A. (1989). *Diseño del Programa de Apoyo Psicológico Materno-Infantil*. Documento no publicado. Universitat de València y Ayuntamiento de Aldaia.

- Cerezo, M.A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 135-157.
- Cerezo, M.A. (1997). Abusive Family Interaction: A review. *Aggression and Family Violence: A review journal*, 2, 215-240.
- Cerezo, M.A., Pons-Salvador, G. (1996) Ecosystem Adversity as Setting Factors in Mother's Judgment of Child Behavior and Indiscriminate Mothering. *European Journal of Psychological Assessment*, 12 (2), 103-111.
- Cerezo, M.A., Pons-Salvador, G. (1999). Supporting appropriate parenting practices. A preventive approach of infant maltreatment in a community context. *International Journal of Child and Family Welfare* (99/1), 42-61.
- Cerezo, M. A., Dolz, L., Pons-Salvador, G. Cantero, M.J. (1999). Prevención de maltrato de infantes: Evaluación del impacto de un programa en el desarrollo de los niños. *Anales de Psicología*, 15, 239-250.
- Cerezo, M.A., Dolz, L., Pons-Salvador, G., D'Ocon A. (1995). Parental sense of competence, child abuse potential and mother-child interaction. Comunicación presentada en el V *European Conference on Child Abuse and Neglect*, Oslo.
- Lhor, B. C. (2001). A comparison of neuropsychological functioning of high- and – low risk mothers for child physical abuse. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 62 (5-B), 2490
- Milner, J.S. (1993). Social information processing and physical child abuse. *Clinical Psychology Review*, 13(3), 275-294.
- Nayak, M.B., Milner, J.S. (1998). Neuropsychological functioning: Comparison of mothers at high and low-risk for child physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, 22(7), 687-703.
- Pham, K. T. (2000). The relationship among child abuse potential, marital satisfaction and domestic violence: Using child abuse potential to predict domestic violence. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 61 (3-A), 898.
- Pons-Salvador, G., Cerezo, M.A. Bernabé, G. (En prensa). Cambio y estabilidad en los factores que afectan negativamente a la parentalidad. Un estudio longitudinal en la primera infancia. *Psicothema*.
- Sroufe, L.A., Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychology. *Child Development*, 55, 184-238.



## **12. Observatorio de la infancia**

Carmen Puyo Martín



## MALTRATO INFANTIL EN EL OBSERVATORIO DE LA INFANCIA

José A. Díaz Huertas  
Instituto Madrileño del Menor y la Familia  
Consejería de Familia y Asuntos Sociales

Los Observatorios de la Infancia surgen para hacer visible a la infancia y sus problemas y permiten evaluar la calidad de vida de la infancia, detectar sus necesidades y tendencias, valorar la adecuación de las políticas, programas y servicios existentes, y realizar propuestas y recomendaciones para la mejora de las actuaciones.

El Observatorio de Infancia, órgano colegiado integrado en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales con participación de todas las Comunidades Autónomas, como las entidades públicas competentes en materia de infancia; los Ministerios de Sanidad, Educación, Justicia, e Interior; la Federación Española de Municipios y Provincias, así como representación de la iniciativa social y asociaciones como UNICEF, Cruz Roja, FAPMI, POI,...), tiene por objeto la construcción de un sistema de información con capacidad para conocer el grado de bienestar y calidad de vida de la población infantil.

El Observatorio de la Infancia desarrolla su actividad a través de diferentes Grupos de trabajo, entre ellos, sobre Menores extranjeros no acompañados, Adopción, Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia,..., y sobre Maltrato infantil.

Una de las actividades desarrolladas vinculadas al Observatorio ha sido el establecer la Estadística básica de protección a la infancia. que nos permite conocer el desarrollo de los Sistemas de Protección a la Infancia en las diferentes Comunidades Autónomas (1)

Por tanto, el Observatorio es el marco idóneo para la realización de estudios y trabajos tendentes a la mejora de los sistemas de recogida de información sobre la infancia y sus necesidades de atención y protección y, entre otros aspectos, los referidos al maltrato infantil y los sistemas de detección y registro de casos de riesgo y maltrato infantil.

El maltrato infantil es uno de los temas de mayor preocupación como se ha puesto de manifiesto en los trabajos realizados para establecer las "*Bases para la elaboración de una Estrategia Integral para la infancia y adolescencia en riesgo y dificultad social*" realizado por el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid en 2003 (2)

El maltrato infantil también es una de las consideraciones que tienen los problemas sociales y su implicación en la salud infantil (3). La propia Organización Mundial de la Salud considera la violencia como una prioridad internacional para los servicios de salud y en el extenso Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud presentado en 2002 aborda la violencia como un grave problema de salud pública como una prioridad internacional para los servicios de salud (4).

El conocimiento de la epidemiología del maltrato infantil en nuestro país queda limitado, actualmente, a los casos detectados por los diferentes ámbitos de atención a la infancia y que han requerido la intervención de los servicios de protección a la infancia y la apertura del correspondiente expediente (5).

Una de las aproximaciones importante al problema que se han realizado ha sido la relativa a la actitudes de los españoles ante el castigo físico y, por tanto, hacia el maltrato físico (6).

Consideramos que otro hecho fundamental para el abordaje de este problema está siendo la celebración de diferentes congresos sobre la infancia y, específicamente, sobre el maltrato infantil, destacando los organizados por la Federación y sus Asociaciones desde 1989.

La aportación de diferentes tratados nos ha permitido tener una visión general del problema y de las necesidades que tiene los profesionales para la adecuada atención a este problema (7).

La experiencia de la Comunidad de Madrid, iniciada en 1998 con el *Programa de Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario*, dio lugar al establecimiento de programas de formación, registro de casos detectados, protocolos de actuación para los diferentes ámbitos profesionales (servicios sociales, salud, enfermería, salud mental,...) y problemas (abuso sexual



infantil, atención en la urgencia médica extrahospitalaria), .. , y de prevención como es la detección de riesgo social en la embarazada y el recién nacido (8).

### **Grupo de Trabajo sobre maltrato infantil**

El Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil del Observatorio de la Infancia inicialmente tenía como objetivos:

- Analizar la problemática del maltrato infantil en general, en todas sus distintas tipologías y manifestaciones, proponiendo la adopción de las medidas correspondientes
- Realizar un estudio para disponer de un sistema unificado de detección, notificación y registro de casos que facilite la cuantificación y permita conocer la verdadera dimensión del problema del maltrato infantil en nuestro país.
- Capacitar a los profesionales de los distintos ámbitos de intervención para lograr la unificación en los criterios de detección y notificación.

A lo largo de estos años se han desarrollado diferentes iniciativas:

#### **1. Registro Unificado de casos de Maltrato infantil**

UNICEF España y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en una publicación sobre el Síndrome del Niño Maltratado en 1985 aportaban cifras sobre la incidencia aproximada del maltrato en diferentes países sin que aparecieran consignadas las fuentes que permitían establecer dichos datos (9).

Establecía esta investigación que en España se denunciaban 40.000 casos de malos tratos a la infancia al año y se estimaba que existirían 400.000 y que se denunciaban 90 casos de infanticidio y se estimaba que se producirían unos 900 al año .Estos datos era frecuente verlos reflejados hasta la primera década de 1990 en diferentes trabajos considerando que ofrecían cierta verosimilitud con respecto a nuestra situación.

Los primeros trabajos sobre maltrato infantil que se producen en nuestro país consideraban que establecer registros de casos de maltrato infantil era una necesidad y una prioridad para poder abordar la atención y prevención de este problema (10,11).

Otros estudios a nivel internacional comparaban la situación de diferentes países referente a la mortalidad (12) y sobre diferentes aspectos en la atención a los niños maltratados considerando entre ellos la existencia de registros de casos de maltrato infantil como el elaborado por la Internacional *Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN)*(13).

El último informe sobre la Aplicación de la Convención de los Derechos del Niño en España se refería a la necesidad, obligación, de disponer de sistemas de registro de casos de maltrato infantil.

El Comité que examinó el segundo informe periódico de España sobre la Aplicación de la Convención de los Derechos del Niño CRC/C/65/Add.12) presentado el 12 de Octubre 1998, en sus sesiones 798<sup>a</sup> y 799<sup>a</sup> (véanse CRC/C/SR. 798-799), celebradas el 4 de Junio 2002, y aprobó en la sesión 804<sup>a</sup>, celebrada el 7 de Junio 2002, y en la las observaciones finales en el apartado C sobre las *“Principales temas de preocupación y recomendaciones”* referentes al Abuso y negligencia exponía:

36. El Comité, si bien reconoce el importante papel del Sistema de Atención Social a la Infancia (SASI), continúa preocupado con la extensión al ámbito doméstico, la falta de procedimientos regularizados para la identificación y presentación de informes en casos de negligencia, malos tratos y abuso, así como los limitados servicios para el apoyo a las víctimas.
37. A la luz del artículo 19 de la Convención, el Comité recomienda que el Estado parte:
  - a. Emprenda estudios sobre violencia doméstica, violencia contra los niños, malos tratos y abuso, incluyendo abuso sexual, y *la aplicación de un sistema estadístico creado con el*

*fin de mantener un registro de incidentes de violencia física y mental y negligencia contra niños, para evaluar la extensión, alcance y naturaleza de dichas prácticas.*

Previamente, el Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil en una reunión celebrada en Valencia en noviembre de 2000, había establecido un subgrupo con el objetivo específico de elaborar criterios y materiales para la “Unificación de hojas de detección y notificación y registro de casos de riesgo y maltrato infantil”.

Este subgrupo estaba formado por representantes de Comunidades Autónomas (Madrid, Murcia y Valencia), la Federación Española de Municipios y Provincias (representada por los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia), las Asociaciones (Plataforma de Asociaciones de Infancia y Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil), expertos (Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia, Fiscalía de Menores de Valencia) y la Dirección de Acción Social, del Menor y la Familia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

La búsqueda del consenso fue una de las premisas fundamentales de este Grupo de Trabajo, equipo multidisciplinar formado por trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos, médicos y diplomados universitarios en enfermería, que se reflejó en la redacción final del documento y materiales elaborados. Del mismo modo, hay que agradecer que otros muchos profesionales, de distintos puntos de España y de distintas instituciones, realizaron valiosísimas aportaciones al documento de forma desinteresada.

Los objetivos que estableció este subgrupo de trabajo fueron:

- Llegar a consenso sobre el concepto maltrato y tipologías homogéneas. Implicar y sensibilizar directamente a los profesionales. Facilitar la notificación incluso para profesionales sin información inicial del actual sistema de protección de menores en España.
- Unificar el material impreso mediante una guía o manual de detección y el soporte físico notificación. Incrementar las fuentes de notificación de casos de maltrato infantil.

Para la elaboración de la propuesta se recogieron materiales remitidos por todas las Comunidades Autónomas, Ministerios, Asociaciones y otros que fueron considerados de interés, analizando un total de 117 documentos, se realizaron distintas entrevistas, se solicitó la colaboración de la Universidad Autónoma de Madrid (Psicología y Medicina),

Se elaboró un borrador que fue discutido y modificado por el subgrupo y la propuesta “*Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*” fue presentada al Grupo de Trabajo (5.septiembre.2001), a la Permanente (octubre.2001) y al Plenario del Observatorio de la Infancia (12.diciembre.2001) que la aprobaron con diferentes aportaciones (14). En este momento nos encontramos en la fase de desarrollo y aplicación de este sistema en diferentes Comunidades Autónomas (Murcia, Canarias, La Rioja, Cantabria, Madrid,..., que han editado las correspondientes guías que incluyen las hojas de notificación) y se está llevando a cabo con el Departamento de Metodología y Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (D. Miguel A. Ruiz Díaz).

Por último, dentro de las actividades que se están realizando para establecer el Registro de casos de forma homogénea en España, para entre otras cosas cumplir con la Convención de los derechos del Niño, también se está trabajando en otro subgrupo para incluir el maltrato infantil dentro del *Sistema Unificado de Información de Usuarios de los Servicios Sociales (SIUSS)* en el que están participando diferentes Comunidades Autónomas (Murcia, Castilla y León, Madrid, Asturias,...) y se está realizando una valoración junto con la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco (D. Joaquín de Paúl).

## **2. Explotación sexual comercial de menores**

La celebración de los Congresos contra la explotación comercial sexual de menores celebrados en 1996 en Estocolmo (Suecia) y en 2001 en Yokohama (Japón) han puesto en evidencia la importancia de este problema y la necesidad de su atención y prevención.

El I Plan contra la explotación sexual comercial de la infancia y la adolescencia 2002-2004 (15) fue aprobado en el Plenario celebrado en diciembre de 2001 y contempla diferentes acciones en contra de:

- La prostitución infantil
- El tráfico de menores con fines de explotación sexual infantil
- La explotación sexual infantil en los viajes
- La pornografía infantil

Dentro del Grupo de Trabajo sobre Maltrato infantil existe un *Subgrupo sobre Explotación Sexual Comercial de Menores* que, además de hacer un seguimiento del Plan, esta realizando diferentes iniciativas.

En este subgrupo participan, además de la Dirección General de y el Instituto Madrileño del Menor y la Familia, asociaciones (Consortio ECPAT-España (End Child Prostitution and Trafficking), UNICEF-España, FAPMI, Save the Children-España), INTERPOL España, la Oficina Mundial de Turismo, la Subdirección General de Cooperación y Coordinación Turística de la Secretaría General de Turismo,...

Dentro de las actividades de este subgrupo se esta desarrollado la Campaña: *“No hay excusas: No a la explotación sexual infantil”* que incluye un video para visionar en los aviones, pegatinas, folletos,...

También se han empezado a realizar en nuestro país cursos como el seminario celebrado en octubre en Palma de Mallorca sobre: *“Las empresas turísticas contra la explotación sexual comercial infantil en el ámbito de los viajes: El código de conducta”*.

En estos momentos nos encontramos realizando la evaluación del I Plan que se esta llevando a cabo con la colaboración de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia (D<sup>a</sup>. Gemma Pons) y preparando el II Plan Nacional contra la Explotación Sexual Infantil.

### **Conclusiones**

Es necesario continuar con las actividades que viene desarrollando el Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil del Observatorio de la Infancia y también replantear sus objetivos y actividades impulsando nuevos proyectos, entre los que se han propuesto temas como el maltrato y los adolescentes, el maltrato institucional, prevención del maltrato infantil, etc.

Esperamos que en breve disponer de forma definitiva dispongamos de sistemas de registro de casos detectados de maltrato infantil desde los distintos ámbitos de atención a la infancia en España y que estos sean homogéneos

Consideramos la importancia de continuar colaborando de forma estrecha las diferentes instituciones que se encuentran representadas en el Observatorio y en su Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil como hasta ahora, considerando el siempre primero el interés superior del niño por encima de otras cuestiones.

## Referencias bibliograficas

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002). *Estadística básica de protección a la infancia. Boletín Estadístico 03*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
2. Ruiz Díaz MA, Díaz Huertas JA, Hernández López JM. Bases para la elaboración de una Estrategia Integral para la infancia y adolescencia en riesgo y dificultad social. Centro de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid. 2004
3. Díaz Huertas JA, Vall Combelles O, Ruiz Díaz MA. Informe sobre los problemas sociales y de salud de la infancia en España. Sociedad de Pediatría Social - Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004 (en prensa)
4. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization. 2002
5. Sanmartín J (dir.). Maltrato infantil en la familia. España 1997/1998. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. 2002
6. Juste MG, Morales JM, Costa M. Actitudes de los españoles ante el castigo físico. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1997
7. Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González MC. Niños maltratados. Díaz de Santos. 1997
8. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1998
9. Síndrome del Niño Maltratado. UNICEF España. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Dirección General de Acción Social. 1985
10. Trujillo R. Epidemiología del maltrato en la infancia. En Calvo J, Calvo JR. El niño maltratado. Ed. Cea. 1986: 50
11. Sánchez Moro C (dir). Aproximación a un análisis cualitativo de los malos trato a la infancia. Equipo de Investigación EDIS.1988
12. UNICEF. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Florencia: Innocenti Researcher Centre.2003
13. Bross DC, Miyoshi TJ, Miyoshi PK, Krugman RD. World perspectives on child abuse: the Fifth International Resource Book. ISPCAN. 2002
14. Díaz Huertas JA, Esteban J, Romeu FJ, Puyo C, Gotzens F et al. Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001
15. Observatorio de la Infancia. Plan contra la explotación sexual comercial de la infancia y la adolescencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2002
16. Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia. Situación de la explotación y abuso sexual a la infancia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2003



# EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE LA INFANCIA: LA SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA Y EN EL MUNDO

Ana María Sebastián Enríquez  
Josep Anton Arrebola Gómez

## 1. ¿Qué es la explotación sexual comercial infantil?

La explotación sexual comercial ha sido definida como la peor forma de esclavitud ya que produce el completo sometimiento de un ser humano en una de sus facetas más íntimas, su sexualidad. Y la explotación sexual comercial infantil está entre las peores formas de explotación sexual coactivas y coercitiva debido a la particular vulnerabilidad del menor.

La Declaración y la Agenda para la Acción del I Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de la Infancia (1996) establecieron la primera definición general de este concepto. Existen tres formas fundamentales e interrelacionadas de ESCI: prostitución, pornografía, y tráfico con fines sexuales. Otras variantes incluyen el turismo sexual infantil y los matrimonios precoces.

La Declaración y la Agenda para la Acción no son documentos legalmente vinculantes. Sin embargo existen numerosas Convenciones Internacionales que contienen artículos que ofrecen protección a la infancia contra su explotación sexual con fines comerciales. Los Estados que han ratificado dichas Convenciones están legalmente obligados a cumplir sus mandatos. La Convención que ha sido mayoritariamente ratificada, y quizá la más conocida de todas, es la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Infancia (CDN).

El Art. 34 de dicha Convención insta a los Estados Partes a acometer las medidas apropiadas para prevenir la inducción o coerción de los niños y niñas a realizar actividades sexuales ilícitas, así como prevenir el uso de niños/as en la prostitución, la pornografía u otras actividades sexuales ilegales. El Art. 35 de la CDN emplaza a los Estados Partes a adoptar las medidas apropiadas para prevenir el secuestro, la venta o el tráfico de niños y niñas con cualquier finalidad y en cualquier forma.

En 2000 la Organización de las Naciones Unidas aprobó un Protocolo Opcional anexo a la CDN que trata específicamente el tema de la explotación sexual de la infancia.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) incluye la explotación sexual comercial de la infancia en la Convención sobre las Peores Formas de Trabajo Infantil (182). La Convención se aplica a todas aquellas personas menores de 18 años.

La explotación sexual de la infancia puede ser considerada también como un trato degradante, y como tal una violación del Art. 7 del Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, del Art. 3 de la Convención Europea de Derechos Humanos, y del Art. 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

Otros instrumentos internacionales que incluyen el tema de la explotación sexual de la infancia son la Convención para la Supresión del Tráfico de Personas, la Explotación, la Prostitución y Otros, la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, y la Convención Internacional contra el Crimen Organizado y sus Protocolos suplementarios.

## 2. ¿Qué es un niño/a?

Ésta es una pregunta demasiado simple para una cuestión de por sí compleja. Según el Art. 1 de la Convención sobre los Derechos de la Infancia de la Organización de Naciones Unidas, la palabra "niño/a" se refiere a cualquier persona menor de 18 años de edad.

De todas formas la definición anterior se aplica siempre que las correspondientes leyes nacionales no reconozcan específicamente la mayoría legal a una edad inferior. La generalización de la condición legal de minoridad hasta alcanzar esta última edad proporcionaría una mayor protección de los niños/as ante la explotación sexual.

La edad de consentimiento define el momento legal a partir del que una persona puede prestar su consentimiento voluntario para mantener relaciones sexuales con otra persona. Esta edad legal varía de un país a otro, y a veces dentro de un mismo Estado.

- El Código Penal de España, reformado recientemente (1999 y 2003), establece la edad de consentimiento a los 13 años.

Este problema de definición legal se acentúa en el caso de algunos países que no son capaces de registrar adecuadamente los nacimientos o tienen dificultades para proporcionar documentación que certifique fehacientemente dicho registro. Además, la falsificación de los documentos de identidad puede fácilmente "convertir" a un niño en un adulto.

Tanto los niños como las niñas son menores de edad. Esto, que puede parecer obvio y completamente absurdo de mencionar, es importante recordarlo, ya que muchos países enfocan su legislación de protección contra la ESCI tan solo hacia las niñas. El abuso sexual de los niños es generalmente ignorado o minimizado. En la legislación de algunos otros países se contempla un trato diferente a la infancia en función de su sexo.

### 3. Pornografía infantil

La pornografía infantil consiste en cualquier representación, por cualquier medio, de un niño/a involucrado en actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o en cualquier representación de los órganos sexuales de un niño/a con finalidad sexual. Puede incluir fotografías, negativos, diapositivas, revistas, libros, dibujos, películas, vídeos y archivos o discos de ordenador.

Se consideran normalmente dos tipos de pornografía: imágenes que no son sexualmente explícitas pero que incluyen niños/as desnudos/as y en posturas erotizantes, e imágenes que sí muestran a niños/as involucrados en actividades sexuales explícitas. El uso de la infancia en la producción de pornografía constituye un acto claro de explotación sexual.

Las nuevas tecnologías han modificado sustancialmente la naturaleza de la pornografía. Las cámaras digitales y las grabadoras de vídeo facilitan una producción fácil y de coste reducido, así como un menor riesgo de detección, ya que no es necesario procesar el material en establecimientos especializados como requiere la fotografía convencional. La reproducción también ha mejorado: las imágenes digitalizadas no envejecen ni pierden su calidad al copiarlas. La distribución del material pornográfico se ha convertido ahora en algo fácil, barato y rápido mediante Internet. La naturaleza especial de la Red de Redes, su carácter global que suprime los límites tradicionales de las leyes nacionales, ha convertido la detección y persecución de este tipo de delitos en algo notablemente difícil.

El uso de programas informáticos de tratamiento de gráficos permite combinar dos imágenes en una sola, o distorsionar fotografías para crear una totalmente nueva (el llamado *morphing*). De esta forma imágenes reales de niños/as que no eran pornográficas en su origen pueden transformarse fácilmente en material pornográfico. De igual forma, pueden generarse también imágenes pornográficas de "niños y niñas virtuales", la llamada pseudo-pornografía.

La pseudo-pornografía plantea una serie de cuestiones importantes. ¿Qué edad tiene un niño/a virtual? ¿Puede cometerse un delito sin una víctima real? ¿Cuándo se comete el delito, cuándo la imagen se produce, cuándo la imagen se distribuye, o cuándo la imagen es visionada? Muchas leyes contra la pornografía se aplican solamente en el caso de niños/as reales y sobre actos que efectivamente han ocurrido. Los defensores de este tipo de pornografía argumentan que una imagen transformada (*morphed*) no es real, y por tanto no puede ser considerada ilegal. No obstante, la pornografía infantil no se reduce tan solo a imágenes de niños/as desnudos/as. Existe un vínculo claro entre la pornografía infantil (virtual o real) y el abuso sexual en el mundo real.

La utilización más obvia de la pornografía infantil es producir el estímulo y la gratificación sexual de quien la visiona. No obstante, también puede usarse para:

- Justificar una conducta sexual como normal
- Seducir a niños/as y anular sus inhibiciones
- Chantajear a niños/as
- "Congelar" la imagen de un niño/a en una edad de preferencia determinada
- Intercambiar material con otros pedófilos
- Conseguir la entrada en determinados "clubes" privados
- Producción con ánimo comercial

No todos los pedófilos poseen colecciones de pornografía infantil, pero muchos de ellos consideran éstas como algo extremadamente importante y emplean considerable tiempo y dinero en mantenerlas y ampliarlas. Según la INTERPOL los pedófilos tienen con frecuencia la necesidad o el deseo de mostrar su material acumulado a otros como forma de premiar sus esfuerzos en recopilarlo.

Los Gobiernos han comenzado a movilizarse para combatir la pornografía infantil mediante la adecuación de sus legislaciones nacionales. En España, las modificaciones que se produjeron en 1999 y en 2003 en el Código Penal han reforzado la persecución de la pornografía infantil. Así desde el 1 de octubre de 2004 la posesión también ha pasado a estar penada.

Diversos Grupos de ECPAT han iniciado proyectos de navegación segura en Internet con el objetivo de proteger a los niños/as cuando utilizan las nuevas tecnologías. Otras iniciativas incluyen operaciones de seguimiento y establecimiento de líneas telefónicas de denuncia (*hotlines*), a menudo en colaboración con organizaciones locales e internacionales.

La iniciativa privada ha jugado un papel muy activo en la lucha contra la pornografía infantil en Internet. En muchos países, los proveedores de servicios de Internet (PSI) han establecido códigos de conducta para clarificar su posición y sus responsabilidades respecto al contenido ilegal presente en la Red de Redes.

La industria tecnológica ha respondido con el desarrollo de programas informáticos de clasificación y filtrado de contenidos. Este clase de herramientas están diseñadas para identificar contenidos de Internet que no son adecuados para ser visionados por menores. Permite a padres y educadores regular el acceso de los niños/as a determinados sitios de la Red, pero sin ánimo de interferir en la libertad de expresión. Los programas de filtrado pueden ser instalados por los propios padres y educadores o por el proveedor de servicios de Internet.

Los llamados canales de conversación (*chat rooms*) de Internet constituyen actualmente un lugar muy frecuentado por pedófilos que se hacen pasar por menores para así poder contactar fácilmente con niños y niñas. Unidades especializadas de la policía actúan en muchos países infiltrándose en estos canales: ocultan su identidad real haciéndose pasar por niños para así detectar potenciales abusadores adultos.

Uno de los casos más conocidos de redes pedófilas que han operado a través de Internet es el llamado *Wonderland Club (Club de las Maravillas)*. Esta red tenía presencia en al menos doce países. Para conseguir ingresar en ella el posible candidato tenía que demostrar la posesión de al menos 10.000 imágenes de pornografía infantil. Por menos 115 € los miembros podían tener acceso a centenares de miles de fotografías y a participar en encuentros virtuales. En septiembre de 1998 la policía arrestó a 100 miembros de este club y descubrió la existencia de más de un millón de imágenes pornográficas de niños y niñas. Solamente se han identificado hasta la fecha a 17 de las 1260 víctimas encontradas en los archivos fotográficos. Hasta abril de 2001 se han dictado cincuenta sentencias sobre este caso concreto en todo el mundo.

#### **4. Prostitución infantil y turismo**

La prostitución infantil consiste en el uso de niños y niñas en actividades sexuales con remuneración económica u otro tipo de compensación.

La explotación sexual de la infancia mediante la prostitución es un viejo y extendido problema. En muchos países ha existido durante siglos como parte de tradiciones históricas y culturales.

Circunstancias internacionales recientes, como la crisis económica asiática de 1997 y la transición a la economía capitalista de libre mercado en Europa del Este, han agravado el problema.

La demanda local de prostitución infantil ha sido siempre, y continúa siendo en nuestros días, un factor significativamente importante en la permanencia del problema. En cambio, la demanda externa, y si nos atenemos tan solo a las cifras de casos, es menor. Sin embargo, la mayoría de los esfuerzos para combatir la prostitución infantil en los países donde se produce se concentra en los abusos cometidos por explotadores extranjeros.

Existen dos razones principales para esta orientación en el abordaje del problema. La primera es que el poder económico y social del explotador extranjero es mucho mayor que el del niño/a y de este modo el abuso de poder se acentúa. La segunda razón es que el abusador foráneo puede abandonar fácilmente el país en el que ha cometido su crimen y así escapar de la justicia. Por este último motivo, en numerosos países se está promoviendo el uso de legislaciones de ámbito extraterritorial.

La legislación extraterritorial permite a un país procesar a sus ciudadanos por crímenes contra la infancia cometidos en cualquier lugar fuera del país de origen. Muchos Estados no requieren que el acto por el que se acusa a un ciudadano sea considerado también delito en el país en el que se



ha cometido (doble criminalización). Hasta la fecha al menos 32 países (entre ellos España) han adoptado legislaciones extraterritoriales para combatir los delitos contra a la infancia.

Todavía, las autoridades nacionales se encuentran con numerosos obstáculos cuando investigan delitos de este tipo en otros países. Es fundamental la cooperación de la policía local para reunir pruebas y testimonios que puedan servir eficazmente en el proceso. Las diferencias idiomáticas, culturales, y en la actitud contra la ESCI pueden dificultar posteriormente la intervención.

La demanda extranjera ha sido estimulada a menudo por políticas de desarrollo económico que promueven la inversión foránea, atrayendo tanto turistas como ciudadanos de otros países que abandonan su país de origen. La presencia de personal militar, fuerzas de pacificación, y trabajadores ha representado también en algunos casos un factor estimulador de la explotación de niños y niñas en la prostitución.

Los turistas que practican sexo con niños/as pueden provenir de todos los estratos sociales: pueden estar casados o solteros, ser hombres o mujeres, poseer un buen estatus económico o ser simples viajeros con pocos recursos. Pueden ser pedófilos que se desplazan específicamente para explotar niños/as o turistas que no planean en principio su destino con intención de cometer abusos.

El anonimato, la gran disponibilidad de niños y niñas, y la circunstancia de estar lejos de sus países de origen, lejos de las convenciones sociales y morales que normalmente regulan sus conductas, puede hacer que un simple turista se convierta en un abusador en un país extranjero. Muchos turistas justifican su conducta arguyendo que el abuso es culturalmente aceptable en el país de destino, o que en realidad están ayudando al niño/a a conseguir algo de dinero.

El turismo no es la causa de la explotación sexual de la infancia; sin embargo los explotadores pueden aprovecharse de las facilidades ofrecidas por la industria turística (hoteles, bares, clubes nocturnos, etc.). A su vez, la industria turística puede ayudar a crear demanda promoviendo determinadas imágenes de localización exótica. En general, los viajes turísticos sexuales con niños/as son organizados informalmente entre amigos y colegas, sin embargo se han dado casos de agencias de viaje que han sido procesadas por ofrecer este tipo de servicios ilícitos.

La industria turística ha jugado un papel fundamental en la lucha contra la explotación sexual comercial de la infancia. Algunas de sus acciones incluyen creación de grupos de trabajo específicos, seguimiento y autocontrol de sus actividades, implementación de códigos de conducta, utilización de vídeos de difusión como parte de amplias campañas educativas, y formación en escuelas de turismo y entre el personal de las empresas. Todos los Grupos que forman la Red Internacional de ECPAT han trabajado en cooperación con la industria turística y sus Gobiernos nacionales aunando esfuerzos con el objetivo de detener el flujo de turistas sexuales que utilizan niños y niñas.

Los Gobiernos, tanto de los países emisores como de los receptores, también están respondiendo al problema de la ESCI.

Los destinos de los turistas que explotan sexualmente a niños/as están cambiando actualmente. Conforme se realizan avances en prevención y protección en un determinado país, los explotadores escogen otro territorio vecino como destino preferente.

## **5. Tráfico infantil**

Es difícil establecer una definición consensuada del concepto de tráfico. Reproducimos aquí la incluida en el último informe de la Relatora Especial de las Naciones Unidas para la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Pornografía Infantil, y que parece ser la que actualmente cuenta con mayor número de apoyos: *"El tráfico abarca todas aquellas actividades relacionadas con el reclutamiento o transporte de personas, dentro o fuera de las fronteras de un país, que implica engaño, coerción o fuerza, fraude o sometimiento a deudas, y con el objetivo de involucrarlas en situaciones de abuso o explotación, como la prostitución forzada, la esclavitud, el maltrato físico y otras prácticas crueles, el trabajo clandestino, o el servicio doméstico ilegal"*.

El tráfico de mujeres y niños/as ha emergido con fuerza como un problema global en los últimos años. Facilitado por la permeabilidad de las fronteras y el avance de las tecnologías de la comunicación, ha extendido su ámbito de acción hasta alcanzar una dimensión internacional y ha adquirido la categoría de negocio enormemente lucrativo. Al contrario que las drogas o las armas,

las mujeres y los menores pueden ser "vendidos" varias veces, y esta circunstancia contribuye al florecimiento de una "industria" transnacional que genera billones de euros y que opera en la mayoría de ocasiones con total impunidad.

Las víctimas del tráfico pueden ser vendidas, engañadas, y forzadas para ser introducidas en situaciones de las que no pueden escapar fácilmente. Muchas son obligadas a trabajar en la industria del sexo, en la prostitución o en la pornografía, o a prestar su consentimiento para participar en matrimonios arreglados. No siempre se utiliza la violencia explícita con las víctimas. En muchos casos los traficantes se aprovechan de su vulnerabilidad y del sentimiento de que no pueden elegir libremente por su situación y circunstancias personales: edad, género, estatus legal no regularizado, etc. Otras abandonan sus países con la esperanza de encontrar una vida mejor, pero finalmente acaban en situaciones en las que su salud y su integridad están en peligro a causa de su vulnerabilidad en el país de destino.

Las rutas del tráfico fluctúan en función de las condiciones locales y la demanda. Contrariamente a lo que comúnmente se cree, no siempre las víctimas son traficadas de los países pobres a los industrializados. En algunos casos la dirección del flujo puede parecer un tanto ilógica, pero debe recordarse que para los traficantes constituye una ventaja introducir a sus víctimas en un ambiente extraño en el que éstas no son solo vulnerables por su entrada ilegal, sino también por su desconocimiento de las leyes, la cultura y el idioma del país de destino.

Las estructuras cambiantes de este tipo de actividades dificultan el establecimiento de tendencias y patrones estables que ayuden a combatirlo mejor

Los niños/as pueden ser traficados tanto dentro de su propio país como a través de las fronteras internacionales. El tráfico intranacional es menos común que el internacional, aunque no por ello el perjuicio para las víctimas es menor. Generalmente se da entre las zonas rurales y las áreas urbanas. También se pueden producir movimientos hacia áreas turísticas o zonas con alta concentración de trabajadores extranjeros: empleados de la industria petrolera, de la construcción, paradas de transporte de camiones, puertos o bases militares.

Los niños/as involucrados en el tráfico internacional con frecuencia son transportados a diversos lugares diferentes dentro del país de destino para evitar su detección por parte de las autoridades. Muchos Estados pueden ser a la vez puntos de origen, puntos de destino y puntos de tránsito.

El proceso de repatriación puede constituir un factor de doble victimización para los menores traficados. Muchos de ellos, al ser rescatados, son tratados a menudo como criminales por culpa de legislaciones que tienden a penalizar a las víctimas de la prostitución y de la inmigración ilegal. Todo esto pone de manifiesto la urgente necesidad de aplicar leyes y políticas sobre inmigración más humanitarias en el caso de los niños/as que han sufrido tráfico, así como impulsar amplios acuerdos de colaboración a escala regional e internacional.

## 6. Principales causas

Las causas que incrementan de la **oferta** en el comercio sexual infantil son múltiples y de naturaleza socio-económica: Migraciones, pobreza, globalización, consumismo es decir un modelo económico en que radica la ética utilitarista, y , finalmente, la guerra.

Pero es especialmente importante reflexionar sobre las causas que fomentan la **demand**a de esta clase de sexualidad, ya que el incesante desarrollo a escala internacional de este mercado estriba en el aumento de la demanda, es decir de los usuarios. En efecto, no es un mercado "restringido" a pedófilos, sino que cada vez más "honestos" ciudadanos o incluso padres de familia lo disfrutan.

Estudiosos de diferentes ámbitos se preguntan las causas de las patologías de las modernas sociedades occidentales que definen como "*desazón de la modernidad*" y cuyos síntomas son: la disgregación social, el individualismo radical, anomia, erosión del concepto de responsabilidad social, teledemocracia, desaparición de cualquier idea de bien común que sea capaz de contrapesar los múltiples intereses de los particulares, decadencia de la familia y finalmente la violencia.

- *Consumismo*. En muchos países desarrollados los jóvenes son empujados hacia la prostitución, no por querer escapar de una situación de extrema debilidad económica y social, sino como miembros de una clase media que desea disponer de gran cantidad de objetos de consumo.

Los niños del mundo industrializado (pero también en los países en vías de desarrollo), inmersos en la presión social del consumismo, necesitan cada vez más recursos económicos para hacerle frente, y los necesitan rápidamente. Seducidos por una omnipresente publicidad que les promete reconocimiento social inmediato si consumen determinados artículos y servicios de lujo, acaban entrando en el mercado de la prostitución como vía fácil de conseguir el dinero necesario.

- *Maltrato infantil dentro de la familia.* Se considera que aproximadamente el 80 % de los menores explotados en el comercio sexual han sufrido maltratos psicológicos o físicos dentro de su familia. La mayoría ha experimentado también alguna forma de agresión sexual por parte de algún familiar o conocido.
- *Conflictos armados.* En el caos que acompaña a la mayoría de los conflictos armados, con sus grandes movimientos de población, los niños/as son a menudo separados de sus padres. Muchos de ellos se convierten en huérfanos. Los menores no acompañados son especialmente vulnerables al riesgo de abuso sexual y explotación. El aumento de la escalada de conflictos bélicos en todo el mundo han convertido a una gran cantidad de niños y niñas en presa fácil para los explotadores.
- *Huérfanos del SIDA.* A finales del año 2000, UNICEF estimaba que cerca de 10,4 millones de niños y niñas africanos menores de 15 años habían perdido uno o dos progenitores a causa del SIDA. Los menores huérfanos o aquellos que se ven obligados a cuidar solos de sus hermanos más pequeños son claramente mucho más vulnerables a cualquier forma de abuso sexual o explotación.
- *Niños de la calle.* En la mayoría de grandes ciudades del Tercer Mundo pueden encontrarse numerosos menores que viven y trabajan en las calles sin ningún tipo de protección adulta. Muchos recurren a la prostitución para sobrevivir a cambio de muy poco dinero.
- *Conductas sexuales irresponsables.* Muchos hombres valoran la virginidad de las mujeres como una condición social indispensable para aceptar el matrimonio con ellas. En esa misma línea existen muchos mitos populares erróneos entorno a la sexualidad de las chicas jóvenes y los niños en los que se valora su supuesta "pureza" y "virginidad" como aliciente para tener relaciones sexuales con ellos.
- *Tradiciones y costumbres perjudiciales* Una de las tradiciones más extendidas que constituyen una forma importante de explotación sexual es la costumbre de los matrimonios tempranos. Esta práctica se ha extendido últimamente, relacionada con situaciones de emigración o como enmascaramiento legal de un fenómeno de tráfico.
- *Discriminación étnica , de genero, ...*

## **7. Consecuencias más comunes**

La explotación sexual es una grave violación de los derechos de la infancia, perjudica seriamente su normal desarrollo y conculca su derecho a disfrutar de una vida digna, feliz, provechosa y socialmente útil.

La ESCI puede provocar enormes consecuencias que interfieren en el correcto desarrollo físico, psicológico, espiritual, moral y social de los niños/as víctimas. Sus secuelas pueden permanecer presentes durante largo tiempo y necesitar de ayuda especializada para superarlas con éxito.

El peligro más inmediato que corre un menor explotado sexualmente es la violencia física que pueden ejercer sobre él todas aquellas personas que lo explotan, incluyendo a proxenetas, traficantes y clientes. Existen numerosos y escalofriantes testimonios de niños/as que han sido golpeados, torturados, dejados inconscientes, quemados con cigarrillos, o violados por negarse a trabajar.

Los niños/as son mucho más vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual que los adultos, como por ejemplo el SIDA, y sus cuerpos pueden ser dañados más fácilmente. Los menores que son explotados generalmente no están en posición de negociar prácticas sexuales más seguras; tampoco, por su especial situación, no pueden acceder tampoco a ningún tipo de educación sexual que les ayude a prevenir contagios.

Los efectos psicológicos de la explotación sexual son difíciles de evaluar, pero no por ello son menos perjudiciales para los niños/as. Muchas víctimas presentan sentimientos de vergüenza,

culpa y una baja autoestima. Muchos niños/as creen que no son dignos de ser ayudados. Otros niegan la realidad y se auto convencen de que eligieron libremente la prostitución para ayudar a sus familias, o que su proxeneta es realmente un amigo que les da afecto y protección. Muchos también padecen estigmatización social y sufren al darse cuenta de que fueron traicionados por alguien en quién habían confiado ciegamente. Las pesadillas, el insomnio, la desesperanza y la depresión son comunes, de forma análoga a los sentimientos que presentan aquellas personas que han sido víctimas de la tortura. Para intentar hacer frente a estos sentimientos muchos menores intentan suicidarse o se vuelven drogodependientes.

Las víctimas de la ESCI necesitan programas de rehabilitación para intentar minimizar las secuelas provocadas por el abuso y recuperar así su interrumpido desarrollo normal. Este tipo de programas solamente pueden conseguir éxito cuando la víctima ya ha sido rescatada, está viviendo con una familia y ha vuelto a su vida normal, sino los resultados pueden ser decepcionantes. Tristemente estas condiciones son poco frecuentes y muchas víctimas continúan trabajando en la industria sexual o vuelven a ella después de un tiempo.

Teniendo en cuenta que el objetivo fundamental es siempre apartar el niño/a de su posición de persona explotada sexualmente, y prever que no vuelva a esa situación en el futuro, es muchas veces más realista abordar el problema de la rehabilitación de las víctimas potenciando los siguientes factores:

- Que el menor no consiga durante demasiado tiempo beneficios de sus explotadores
- Que tenga más control sobre las relaciones de poder
- Que cuente con un mayor sentimiento de autoestima
- Que tenga menos posibilidades de contraer enfermedades y que cuente con acceso a cuidados médicos
- Que esté informado sobre métodos anticonceptivos y cuente con formas para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual
- Que mantenga una reducida dependencia de sustancias adictivas y que progresivamente ésta pueda ir desapareciendo
- Que el propio niño/a sea plenamente consciente de que su objetivo debe ser dejar de ser sujeto de explotación y que pueda contar con los recursos personales necesarios para conseguirlo.

## **8. Las víctimas: ¿cuántas son?**

Ésta es una pregunta muy frecuente y su respuesta tremendamente difícil. Debemos decir, honestamente, que no conocemos el número exacto de víctimas de la ESCI. La razón es muy simple: actualmente nadie dispone de medios fiables para determinarlo con seguridad.

Los motivos para esta conclusión son varios. Por ejemplo, no se ha desarrollado todavía una metodología común para estimar el número de niños/as explotados, y las definiciones relativas a aquello que constituye la ESCI, y sus formas específicas, no cuentan con un consenso internacional claro.

En el caso de la pornografía infantil, el menor puede no ser consciente de que está siendo explotado y por tanto no sentir la necesidad de denunciarlo. Pueden existir así mismo otras formas de explotación que no han sido dadas a conocer por miedo o vergüenza de las víctimas que las están padeciendo.

En algunas regiones, como Asia Central, Oriente Medio o el norte de África, las evidencias documentadas de este fenómeno son básicamente testimoniales. Hasta hace muy poco no se han comenzado a realizar esfuerzos serios de analizar en estas zonas la incidencia real de la ESCI, y por ello las investigaciones y la documentación de casos acaban tan solo de empezar.

En aquellas regiones en las que se han realizado ya investigaciones los datos no han sido suficientemente aislados como para poder ofrecer todavía un diagnóstico real de la incidencia del problema. Éste parece ser el caso particular de los estudios relacionados con el tráfico. Los informes no acostumbran a diferenciar a las personas que han sido traficadas con fines sexuales de aquellas que lo han sido por motivos económicos o de otra índole. Tampoco se suele aislar el tráfico de niños del de las mujeres. Finalmente, normalmente no se tratan por separado los datos de edad y sexo de los niños traficados.

Suele ser más fácil calcular el número de niños/as explotados sexualmente en un país concreto, pero no sin dificultades también. En muchos casos la falta de recursos, tanto humanos como económicos, provoca que los estudios realizados no puedan abarcar un mínimo de territorio o de población indispensable para que el diagnóstico resultante pueda considerarse científicamente válido y fiable.

En un mismo país o región, puede existir una gran variabilidad en las cifras documentadas según las fuentes que se hayan utilizado; a menudo los datos reflejan más los intereses concretos de la entidad que ha patrocinado el estudio, o que ha suministrado las informaciones, que la verdadera naturaleza del fenómeno que se pretende analizar. Las fuentes gubernamentales pueden determinar las cifras de incidencia a la baja, o negar completamente la existencia del problema, con el objetivo de proteger la reputación del país a nivel internacional. En el extremo opuesto, algunos informes periodísticos pueden tender a considerar una mayor incidencia de la real.

Las investigaciones sobre la prostitución infantil tienen a focalizarse en sus formas más visibles y allí donde la información es fácilmente accesible: burdeles, calles, parques, estaciones de autobús, y otras zonas públicas. Este tipo de abordaje no proporciona una verdadera imagen de la su naturaleza ni del nivel real de incidencia. Una gran parte de la explotación es clandestina, se da a través de contactos en clubes nocturnos y bares, o mediante servicios de acompañantes que facilitan la comisión privada del abuso en apartamentos alquilados. La información sobre este tipo de explotación es muy difícil de conseguir.

Así mismo, dado que la explotación sexual infantil es una actividad ilegal, los investigadores que intentan recopilar datos son a menudo perseguidos, intimidados o agredidos verbal o físicamente.

Es difícil establecer cifras reales de incidencia, ni tampoco somos capaces actualmente de proporcionar estimaciones fiables, ni siquiera hablar de tendencias. La falta de estudios de base hace que medir un posible incremento o reducción sea virtualmente imposible. Por otro lado, un posible incremento de casos podría simplemente ser un reflejo de una mayor concienciación sobre el problema o de un interés creciente por documentar su incidencia.

Independientemente del número real de casos que existan, para ECPAT, así como para el resto de personas y organizaciones que trabajan para combatir la ESCI, la explotación un solo niño/a ya es demasiado. Y sabemos que están siendo explotados muchos más que un solo niño/a.

## **9. Los explotadores**

Los agresores sexuales de niños/as provienen de todas las clases sociales. Pueden encontrarse en cualquier profesión y en cualquier país. Pueden ser heterosexuales u homosexuales. Aunque la mayoría son hombres, puede haber también mujeres entre ellos.

Los agresores sexuales pueden dividirse en dos categorías principales:

### **❖ Agresores circunstanciales.**

No presentan una verdadera preferencia sexual por los niños/as, pero practican el sexo con ellos por carecer de límites morales claros y por satisfacer un deseo de experimentar con compañeros sexuales jóvenes. Algunos agresores también pueden quedar impresionados por situaciones en las que el sexo con niños/as se presenta como algo extremadamente accesible y normal, y contribuye a desinhibir al turista y dejar de lado sus propias ideas sobre la edad de consentimiento y la relación entre los niños/as y las actividades sexuales. La explotación sexual de la infancia pasa entonces considerarse por parte del turista como un "estilo de vida" en época de vacaciones y puede desarrollar a la larga en él un patrón de conducta de personalidad abusadora.

### **❖ Agresores preferenciales.**

Muestran una preferencia definida y clara por el sexo con niños/as. Los estudios psicológicos muestran que este tipo de personas presentan un desorden de personalidad (hebefilia) que les incita a buscar compañeros sexuales inmaduros y vulnerables. Los agresores preferenciales constituyen una pequeña minoría dentro del grupo de agresores sexuales, pero pueden abusar potencialmente de un gran número de menores. No son un colectivo homogéneo en su forma de actuar, pero se han identificado tres grandes tipos de conducta:

- Los *seductores* utilizan el afecto, la atención y/o los regalos para atraer a los niños/as. Son capaces de esperar largos periodos de tiempo mientras seducen a sus víctimas hasta que

éstas aceptan el abuso, y usan la amenaza y la violencia física para evitar que revelen lo sucedido.

- Los *introvertidos* tienen dificultades para interactuar con los niños/as. Mantienen un nivel mínimo de comunicación con ellos y tienden a abusar de niños/as desconocidos o extremadamente pequeños.
- Los *sádicos* constituyen el grupo más numeroso. Consiguen la gratificación sexual infligiendo daño a sus víctimas. Este tipo de agresores pueden utilizar a menudo la fuerza física para acceder al niño/a, incluido el secuestro y, en algunos casos, el asesinato posterior.

En uno de los estudios preparados para el I Congreso Mundial contra la ESCI (Estocolmo, 1996) el autor concluye que la mayoría de personas que explotan sexualmente a niños/as son fundamentalmente clientes de la prostitución adulta que se convierten en abusadores infantiles al utilizar los servicios de niños/as, y no pedófilos que usan la prostitución como medio de acceder a compañeros sexuales infantiles. La comprensión de por qué las personas quieren comprar sexo nos puede ayudar a entender el fenómeno del abuso sexual en un contexto comercial.

La explotación sexual de la infancia generalmente provoca respuestas muy emocionales en la sociedad. Ante la alta incidencia y la reiteración de casos, muchas personas consideran que los agresores sexuales deben ser encarcelados. El *tratamiento de los ofensores* puede ser en muchas ocasiones una buena alternativa, pero no es contemplada todavía suficientemente. Sin embargo, es bien conocido que la única forma de proteger eficazmente a los niños/as es trabajar con los abusadores para que sean capaces de interrumpir definitivamente el ciclo del abuso.

Las investigaciones realizadas en Gran Bretaña y Estados Unidos han descubierto que una de las características más comunes presentes en los autores de delitos sexuales contra los niños/as es su distorsión de las creencias y las actitudes. Los programas de tratamiento de los agresores deben hacer especial hincapié en la modificación de dichas percepciones distorsionadas y en fomentar el desarrollo de actitudes de empatía hacia las víctimas.

Además de los propios agresores, en la estructura de la ESCI pueden participar muchos otros actores en diferentes fases del delito: miembros de la familia, líderes comunitarios, el sector privado y redes criminales organizadas.

Cada vez más se observa la participación directa de redes criminales organizadas en el reclutamiento y transporte de mujeres jóvenes y niños/as para su introducción en el mercado sexual y/o asegurar su explotación continuada. Los motivos son claros: el beneficio económico es considerable.

## **10. Combatir la ESCI**

A pesar de los grandes esfuerzos de las organizaciones y personas que luchan contra la explotación sexual infantil, ésta parece ser un fenómeno creciente, que se extiende tanto en número como en ámbito de incidencia.

La indiferencia y la ignorancia, la perpetuación de actitudes y valores sociales que reducen a los niños/as a una simple mercancía, la ausencia de legislaciones adecuadas, la corrupción, y una limitada concienciación de la importancia de una correcta aplicación de la protección, son los factores principales que facilitan, directa o indirectamente, la explotación sexual de la infancia.

Obviamente, es necesario contar con leyes que protejan a los niños/as, pero la legislación por sí sola no es eficaz ni se acompaña de medios que aseguren su aplicación correcta.

La corrupción policial y de otros agentes encargados de la aplicación de la legislación es considerada frecuentemente como el mayor obstáculo para combatir la ESCI. Como en la mayoría de actividades ilegales, es difícil conocer exactamente el grado real de corrupción existente entorno a este problema. Aunque es cierto que los traficantes pueden cruzar a menudo las fronteras gracias a la colaboración de agentes de policía y oficiales (a cambio de servicios gratuitos en los burdeles), es muy importante remarcar que la mayoría de los policías y de los representantes de las autoridades no son en absoluto corruptos.

Las medidas para combatir la corrupción deben centrarse en la correcta selección del personal, el establecimiento de salarios y condiciones laborales adecuados, así como en diseñar mecanismos

adecuados de supervisión y para los procedimientos disciplinarios; sería necesario también crear organismos nacionales independientes que pudieran investigar los fenómenos de corrupción.

La formación es otra vía para concienciar a los organismos policiales y a los encargados de la aplicación de la ley.

La creación de unidades especializadas en protección infantil es otro método eficaz para combatir la prevalencia de la explotación sexual.

Los legisladores, los fiscales y los jueces de cada país pueden ayudar a desarrollar leyes y políticas que protejan el superior interés del niño/a, así como implementar procedimientos judiciales que sean respetuosos con su especial condición.

Los educadores y profesionales de la enseñanza pueden introducir elementos de concienciación y de prevención en los currículums escolares y en los planes de estudio universitarios.

Los periodistas y editores pueden rechazar la publicación de artículos sensacionalistas o el uso de fotografías que muestren claramente a niños/as siendo explotados o que no protejan suficientemente su intimidad e identidad. Así mismo también pueden utilizar los medios de que disponen para contribuir a sensibilizar a la población general sobre la ESCI.

Los líderes comunitarios, económicos y religiosos pueden apoyar la creación y mantenimiento de centros cívicos y refugios para menores de la calle, así como proporcionar oportunidades para su formación y reinserción social. Pueden promocionar los derechos de la infancia y adoptar políticas específicas para la protección.

Los agentes de viajes y operadores turísticos pueden mostrar en sus establecimientos signos de que apoyan las campañas contra la ESCI y/o la legislación de protección, y pueden ayudar a establecer códigos de conducta a escala nacional o regional. Los turistas pueden rechazar claramente el apoyo a cualquier aspecto de la industria turística que esté involucrado en la explotación sexual.

Los profesionales que trabajan en la industria de Internet, como los proveedores de servicios (PSI), pueden adoptar códigos de conducta, rechazar el alojamiento de sitios que incluyan pornografía infantil, y colaborar estrechamente con las líneas telefónicas de denuncia (hotlines) y las agencias encargadas de aplicación de la ley.

Los propios niños/as y jóvenes pueden participar activamente para asegurar que sus opiniones son tenidas en cuenta socialmente. Pueden formar parte de redes de centros juveniles; promover en sus escuelas la implementación de actividades de difusión y concienciación sobre la ESCI; presionar a sus gobiernos para que adopten medidas efectivas de prevención y protección. Pueden incluso ser formados para actuar como consejeros de ellos mismos.

Todos los ciudadanos pueden realizar acciones de difusión y sensibilización conversando con sus colegas, grupos comunitarios, estudiantes, grupos religiosos y políticos, sobre el fenómeno de la explotación sexual. Pueden denunciar cualquier actividad relacionada con la ESCI a la policía o en líneas telefónicas de tipo *hotline*. La ciudadanía puede presionar a sus gobiernos para que adopten, refuercen o adecuen sus leyes nacionales para combatir la ESCI.

Finalmente, tú puedes también ayudarnos a combatir la ESCI apoyando a alguno de los Grupos ECPAT u otras organizaciones de defensa de los derechos de la infancia.

## 13. PARTICIPACIÓN INFANTIL

Margarita Cano,  
Jefe de Sección del Dpto. de Infancia y Adolescencia  
Ayuntamiento de Madrid

Las palabra proviene del latín *participatio* , y a su vez de *parte capere*, que significa tomar parte.

- Tomar una parte de una cosa.
- Recibir una parte de algo.
- Compartir, tener las mismas opiniones, ideas, etc... que otra persona..
- Dar parte, noticias, comunicar.

Esta definición nos sitúa en tres niveles de participación:

- Recibir (información, noticias, propuestas).
- Tomar parte de algo (ofrecer nuestro puntos de vista).
- Compartir (implica dos niveles anteriores: ofrecer y recibir).

Estos procesos de enseñanza / aprendizaje nos llevan a trabajar los límites por los que aprendemos a comunicarnos, a no invadir, a no excluir, en definitiva a ejercitar la democracia.

La participación infantil es un proceso mediante el cual los niños, niñas y adolescentes toman parte en todo aquello que les afecta.

Escuchar las voces de los niños supone crear situaciones propicias para que se expresen y hace falta que los adultos estén dispuestos a escuchar.

Los niños pueden opinar y razonar sobre cosas que conocen directamente y que forman parte de su vida.

Esto implica un gran cambio en las actitudes que mantenemos en cuanto a las relaciones adultos / adolescentes / niños, y significa igualmente que tenemos que caminar juntos en este aprendizaje para ir creando unas relaciones impregnadas de reconocimiento, respeto y tolerancia hacia el otro.

Los niños son ciudadanos con los mismos derechos que los adultos antes de cumplir los 18 años, por tanto son ciudadanos y ciudadanas que gozan igualmente de unos derechos civiles.

La sociedad actual va siendo progresivamente más consciente de la necesidad que tiene de que sean los propios niños y adolescentes que participen en aquello que les atañe y para ello, se van promulgando leyes encaminadas a este fin.

El marco legal donde se desarrolla la Participación Infantil y Juvenil parte de los Tratados Internacionales ratificados por el Estado Español en materia de menores, y en especial, la Convención de Derechos del Niño, de Naciones Unidas y forman parte del Cuerpo Legal que viene a desarrollar el Capítulo III del Título I de la Constitución Española de 1978. Desde este marco legal, la Comunidad de Madrid viene realizando un esfuerzo organizativo y normativo para salvaguardar los derechos de la infancia y la adolescencia, y así, promulga la Ley 6/1995 de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid, Ley 5/1996 de 8 de julio, del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid, y por último, la Ley 18/1999, de 29 de abril, reguladora de los consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.

Actualmente, tanto la Comunidad de Madrid como el Ayuntamiento están haciendo un gran esfuerzo por el desarrollo de esta Ley que contempla la puesta en marcha de los Consejos Locales, siendo estos el medio más eficaz para la participación de los niños y adolescentes, creando los cauces necesarios.





## CIUDADES AMIGAS DE LA INFANCIA

Javier Ramírez Gallardo  
UNICEF-Comité Español

La Iniciativa Ciudades Amigas de la Infancia surgió con el reconocimiento de varias tendencias importantes: la rápida transformación y urbanización de las sociedades globales; las responsabilidades crecientes de los municipios y las comunidades hacia sus ciudadanos en un contexto de descentralización; y consecuentemente, la creciente importancia de las ciudades dentro de los sistemas económicos y políticos nacionales. Esta Iniciativa promueve la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño en aquel nivel que mayor impacto tiene sobre las vidas de los niños. Supone una estrategia para promover la mayor calidad de vida para todos los ciudadanos.

Un Municipio Amigo de la Infancia es un municipio *comprometido* con la aplicación completa de la *Convención sobre los Derechos del Niño*.

Por tanto una Ciudad Amiga de la Infancia garantiza el derecho de cualquier joven ciudadano a:

- Influir sobre las decisiones que se tomen en su localidad
- Expresar su opinión sobre la localidad que quieren
- Participar en su familia, comunidad y en la vida social
- Recibir servicios básicos como salud, educación y protección
- Beber agua potable y tener acceso a servicios de limpieza adecuados
- Ser protegido de la explotación, la violencia y el abuso
- Pasear seguro en las calles en las que vive
- Encontrarse con sus amigos y jugar
- Tener espacios verdes para plantas y animales
- Vivir en un medioambiente no contaminado
- Participar en eventos sociales y culturales
- Ser un ciudadano igual a los demás, con acceso a cualquier servicio, independiente-mente de su origen étnico, religión, nivel económico, género o discapacidad.

El proceso de construcción de una Ciudad Amiga de la Infancia no sólo demanda compromisos políticos, aunque esto sea fundamental, sino también acciones concertadas a través de todo el gobierno local.

Este proceso de construcción es sinónimo de la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño en el escenario de los gobiernos locales. Estos nueve elementos incluyen:

1. *Participación infantil*: promover la implicación activa de los niños en los asuntos que les afectan; escuchar sus puntos de vista y tomarlos en consideración en los procesos de toma de decisiones
2. *Un marco legal amigo de la infancia*: asegurar una legislación, un marco reglamentario y procedimientos que sean consecuentes con la promoción y la protección de los derechos de toda la infancia
3. *Una Estrategia de Derechos de la Infancia para todo el municipio*: desarrollando una estrategia o una agenda detallada y exhaustiva para construir una Ciudad Amiga de la Infancia, basada en la Convención
4. *Una Comisión de Derechos de la Infancia u otro mecanismo de coordinación*: desarrollar estructuras permanentes en el gobierno local que aseguren una consideración prioritaria a la perspectiva de infancia
5. *Valoración y evaluación de impacto en la infancia*: asegurar que existe un proceso sistemático que valore el impacto de las leyes, las políticas y las prácticas sobre la infancia: previo, durante y posterior a su aplicación

6. *Un presupuesto para la infancia*: asegurar un compromiso sobre los recursos y el análisis de los presupuestos dedicados a la infancia
7. *Un Informe Periódico sobre el Estado de la Infancia*: asegurar una recopilación de información y un seguimiento adecuado sobre el estado de la infancia y sus derechos
8. *Dar a conocer los derechos de la infancia*: asegurar la sensibilización sobre los derechos de la infancia entre los adultos y los niños
9. *Un trabajo de sensibilización independiente para la infancia*: apoyar a ONG's y el desarrollo de instituciones independientes de derechos humanos: defensores del menor o comisionados para la infancia, que promuevan los derechos de la infancia.

## DERECHO A HABLAR.

Ana García Gonzalo

Desde Cruz Roja Juventud entendemos la participación infantil como el medio que permite tomar parte e intervenir en la vida social, familiar, escolar, asociativo,... en cualquier entorno que rodee al menor. En este sentido contemplamos la participación como un medio y no como un fin en sí misma, entendiendo que existe un proceso, en el cual el adulto también debe prepararse y formarse para estar dispuesto a “dejar participar” al otro, que es el niño.

Para que exista una *participación real infantil*, entendemos que tienen que existir una serie de *condiciones*:

- *Motivación*: para participar, hay que querer. En este sentido, nuestra experiencia en el trabajo con infancia y juventud, nos ha demostrado que el interés siempre existe, y que son la falta de canales y los obstáculos creados desde el mundo adulto (inseguridad, desconfianza, desinterés...) los que dificultan la capacidad de participación de las niñas, niños y adolescentes.
- *Formación*: hay que aprender a participar. Por ello, en la intervención socioeducativa que Cruz Roja Juventud viene desarrollando, confiere un lugar destacado a la Educación en Valores, educándonos también los adultos en el saber Educar para la Participación, apostando por la presencia de la misma en todos los procesos educativos y de socialización ( la importancia de hacer saber al menor para qué, cómo, en que forma..., con el objetivo de que no llegue a ser un criterio elegido por el adulto y tan solo transmitido al niñ@ y/o adolescente, sino compartido y común con sus intereses
- *Cauces y canales de participación*: además de querer y saber participar, entendemos que tienen que existir las estructuras y mecanismos necesarios para poder llevar a cabo una participación que favorezca el desarrollo personal. En este sentido apostamos por la creación, revisión, reestructuración y/o consolidación de nuestros propios canales que faciliten la comunicación, el debate y la toma de decisiones en acción común.

Por este motivo, en dos de sus campañas (“*Pinceladas al Derecho*”, y “*Revela tus Derechos*”) Cruz Roja Juventud aunó sus esfuerzos en la creación de un *Jurado Infantil*, no sólo como una apuesta por las potencialidades de la infancia como sujetos de pleno derecho, sino como mecanismo para fomentar el intercambio de prácticas y experiencias útiles que además de crear modelos de actuación y organización, promueven la participación de los niños/as, y favorecen tanto simultáneamente como al finalizar el aprendizaje del adulto.

Queremos destacar que en los dos años en los que se ha configurado el Jurado Infantil, los niños, niñas y adolescentes han expresado un fuerte deseo de que se les escuche y se les tenga en cuenta, prestándoles mayor respeto y fomentando las oportunidades de dialogo con los adultos. En este sentido todos los y las participantes mostraron su alto grado de satisfacción al sentirse importantes, valorando muy positivamente las oportunidades para que expresen sus inquietudes e ideas.

Es importante enfatizar que tras las deliberaciones del los Jurados, los miembros de los mismos finalizaban su participación con la seguridad del buen trabajo realizado, con la certeza de querer seguir asumiendo ese tipo de responsabilidades en futuras convocatorias, tanto en la asociación en la que forman parte como en todo aquello que les rodea y les incumbe.

En este sentido, la Campaña de “*Derechito y Caminando*” (2.003) es abordada como la apuesta definitiva por la participación infantil. Una apuesta que ha llevado a más de 500 menores de diferentes proyectos a trabajar actividades lúdico-educativas para conocer los derechos que ellos/as mismos/as tienen, para pasar a estudiar con detenimiento uno o dos de los artículos de la Convención, e inventar pruebas y preguntas para otros niños y niñas. La participación infantil ha sido la condición necesaria para desarrollar esta campaña: si los niños y las niñas no decían lo que querían, si no planificaban, si no estudiaban e inventaban... sencillamente “*Derechito y Caminando*” no hubiera existido.

Por nuestra parte, desde Cruz Roja Juventud, y desde el mundo adulto, escuchar las voces de los más de 1.000 niñ@s y adolescentes de nuestros proyectos, representados por los compañeros de su distrito en el jurado, nos hace confirmar nuestro posicionamiento en la búsqueda de creación de canales, consolidación de estrategias, búsqueda creativa de diálogo compartido..... El testigo está en nuestras manos.

## 14. ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA INFANCIA

Coordina:  
José Luis Castellano  
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

### BASES PARA LA ELABORACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN RIESGO Y DIFICULTAD SOCIAL

Miguel Ruiz Díaz  
José Antonio Díaz Huertas

#### ANTECEDENTES

La **Estrategia Integral para la Infancia y la Adolescencia en riesgo y dificultad social**, cuyo proyecto sobre el “Establecimiento de las bases de la estrategia nacional de infancia y adolescencia en España en riesgo y dificultad social” aquí presentamos, tiene sus antecedentes en:

- Las Recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño tras el examen del II Informe de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño en junio de 2002.
- La Cumbre Mundial a favor de la Infancia de 1990.
- La Declaración y el Plan de Acción a nivel mundial contenida en el documento: “Un mundo apropiado para los Niños y Niñas” 2002.

El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas examinó el segundo informe periódico sobre la aplicación de la Convención de los Derechos de España presentado el 12 de Octubre 1998, en sus sesiones 798ª y 799ª (4.Junio.2002), y aprobó en la sesión 804ª (7. Junio.2002) y realizó las *observaciones finales*. Entre otras cabe resaltar las recomendaciones 15 y 17 sobre Coordinación y estrategia global, 18 y 19 sobre la dedicación de Recursos para la infancia y las 19 y 20 sobre la Compilación de datos.

La *Cumbre Mundial a favor de la Infancia de 1990*, hizo suya la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas, que había sido aprobada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1989, y se convertía así en la primera actividad mundial para promover su ratificación y aplicación.

La Cumbre, con el horizonte del año 2000 por delante y con el propósito de lograr una máxima prioridad para la infancia y para su bienestar, adoptó una Declaración Mundial y un Plan de Acción que España suscribió, comprometiéndose de ese modo con aquel propósito.

En el apartado 34.i) de ese Plan de Acción se instaba a todos los gobiernos a preparar planes nacionales de acción para cumplir con las metas fijadas por el Plan.

En el mes de junio de 1996, España, en cumplimiento del compromiso adquirido, presentó a UNICEF, a través de la Misión Permanente de España ante Naciones Unidas en Nueva York, su Plan Nacional de Acción para la Infancia, del que ya se había presentado un avance en el año 1992.

España presentó en diciembre de 2000 un Informe al UNICEF para la evaluación mundial de las metas de la Cumbre en favor a la infancia de 1990 donde se especificaban las actuaciones, los logros y los retos para la siguiente década

En mayo de 2002, los Jefes de Estado y de Gobierno y los representantes de los Estados participantes en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia, donde España jugó un papel muy relevante como Presidencia de la Unión Europea, suscribieron una *Declaración y un Plan de Acción a nivel mundial contenida en el documento: “Un mundo apropiado para los Niños y Niñas”*.

En dicho marco, **reafirmaron el compromiso** de completar el programa pendiente de la Cumbre Mundial en favor de la infancia de 1990 y abordar otras cuestiones incipientes decisivas para lograr los objetivos y las metas a más largo plazo adoptados en las grandes cumbres y conferencias de las Naciones Unidas celebradas recientemente, en particular la *Declaración del Milenio*, mediante la adopción de medidas en el plano nacional y la cooperación internacional.

En la Declaración política los Estados **reafirmaron su obligación** de emprender medidas de promoción y protección de los derechos de todos los seres humanos menores de 18 años, reconociendo y apoyando el hecho de que los padres y las familias, o si procede los tutores, son los principales cuidadores de los niños y su voluntad de fortalecer su capacidad de ofrecerles un grado óptimo de cuidado, sustento y protección.

El Plan de Acción, en su punto 31 expresa:

“Nosotros, los gobiernos que participamos en el período extraordinario de sesiones, nos comprometemos a aplicar el Plan de Acción considerando la posibilidad de adoptar medidas como las siguientes:

- a) Poner en práctica, según proceda, leyes, políticas y planes de acción nacionales eficaces y asignar recursos para realizar y proteger los derechos de los niños y asegurar su bienestar.
- b) Establecer o fortalecer órganos nacionales, como, entre otros, mediadores independientes que defiendan los derechos de los niños, cuando proceda, u otras instituciones para promover y proteger los derechos de los niños.
- c) Elaborar sistemas nacionales de vigilancia y evaluación para evaluar los efectos de las medidas que hayamos adoptado en relación con los niños.” [entre otras]

En función de los retos identificados para la infancia y la adolescencia, las Recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño tras el examen del II Informe de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño en junio de 2002, y afrontando el compromiso internacional asumido en la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre Infancia, nuestro país y en su nombre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en el ejercicio de sus competencias en materia de coordinación de políticas públicas en materia de Infancia, adolescencia y familia, sometió a consideración del último Pleno del Observatorio de Infancia el año 2002 la creación de un Grupo de Trabajo para la elaboración de una *Estrategia Integral para la Infancia y la Adolescencia en riesgo y dificultad social*.

A los largo del año 2003 se desarrolló el proyecto de “Establecimiento de las bases de la estrategia nacional de infancia y adolescencia en España en riesgo y dificultad social” por el Centro de Psicología Social y Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid, patrocinado por el Ministerio de Asuntos Sociales.

## **OBJETIVOS DEL PROYECTO**

El objetivo principal del estudio fue el de sentar las bases para elaboración de una *Estrategia integral* dirigida a los menores en riesgo y dificultad social.

Para ello se consultaron las acciones estratégicas de carácter autonómico, se solicitó información complementaria a los responsables institucionales y a los expertos en el tema, se valoraron las distintas fuentes de información y se integraron las respuestas en un esquema común.

Como marco general, se consideró el siguiente esquema, que contiene las actuaciones necesarias para elaborar una Estrategia, Programa de actuación global o Plan estratégico.

- Determinación de la población o poblaciones de interés
- Detección de las necesidades
- Determinación de objetivos
- Determinación del horizonte temporal para la implantación
- Determinación de las líneas de actuaciones y acciones específicas para alcanzar cada objetivo
  - Concreción del objetivo
  - Determinación del indicador o indicadores de cumplimiento de los objetivos
  - Especificación de la acción
  - Especificación de las fechas de implantación
  - Asignación de recursos económicos y humanos
  - Asignación de una entidad responsable
- Detección de las barreras de implantación
- Determinación de los criterios de seguimiento
- Determinación de criterios de evolución respecto a planes existentes y planes venideros

## METODOLOGÍA

La información correspondiente a cada uno de los puntos se recopiló inicialmente de los planes estratégicos existentes en las distintas Comunidades Autónomas. Los métodos de recogida y extracción de información utilizados en este trabajo fueron fundamentalmente cuatro:

1. Consulta, recopilación y resumen de la documentación institucional.
2. Valoración crítica de la documentación institucional.
3. Metodología de encuesta a responsables institucionales de la administración, profesionales, expertos, informantes clave y menores.
4. Entrevista personal con un grupo de expertos e informantes clave.

### 1. Consulta de la documentación institucional

Los diversos planes regionales fueron analizados a partir de una serie de criterios consensuados por el equipo investigador. Se trató de constatar el cumplimiento de tales criterios a partir de la documentación pública sobre cada plan. Así pues, el elemento informativo fue el propio plan. Se valoró el grado de acuerdo existente entre evaluadores que, con el mismo nivel de información sobre los planes, cumplimentaron la planilla de criterios especificados.

El estudio de la documentación existente permitió, a su vez, el diseño de los cuestionarios a utilizar en la fase de metodología de encuesta así como la elaboración del protocolo de entrevista personal.

#### Evaluación de los planes regionales de las CC. AA.

El primer paso para la elaboración de la Estrategia fue la recopilación y valoración de las acciones estratégicas sectoriales o integrales puestas en marcha por las distintas Comunidades Autónomas.

Con la revisión de los planes y acciones estratégicas regionales se pretendió:

- Recopilar las necesidades de la infancia ya identificadas.
- Detectar y considerar las necesidades comunes en los planes regionales de las distintas Comunidades Autónomas.
- Detectar y considerar especialmente las necesidades específicas de la región.
- Valorar el consenso en las necesidades detectadas.
- Detectar y considerar los objetivos comunes en los planes regionales de las distintas Comunidades Autónomas.
- Detectar y considerar los objetivos específicos de la región.
- Valorar el consenso en los objetivos identificados.
- Detectar y considerar las acciones comunes especificadas en los planes regionales para el cumplimiento de los objetivos.
- Detectar y considerar las acciones específicas propuestas en cada plan regional.
- Valorar el consenso existente en las acciones propuestas.
- Valorar la homogeneidad de soluciones propuestas para objetivos similares.
- Valorar la coordinación entre las acciones regionales.
- Valorar el coste relativo de implantación en cada Comunidad Autónoma.

Es importante recalcar que la valoración de los planes y acciones estratégicas regionales no pretendió estudiar la viabilidad de los mismos. El objetivo de este análisis fue poner de manifiesto lo común y lo específico existente en ellos. Este conocimiento es imprescindible a la hora de proponer un plan estratégico global que debe partir de las propuestas comunes detectadas, pero respetando las características peculiares de cada una de las Comunidades Autónomas. Se pretendió un abordaje integrador que enfatizara el consenso y la concordancia de intereses como punto inicial de partida común.

En la valoración de los planes y acciones estratégicas se determinaron de antemano los criterios que van a ser utilizados en la valoración y que fueran aplicables al menos a un subconjunto de Comunidades Autónomas. En esta primera Propuesta de Estrategia se propuso un conjunto de criterios de valoración utilizados habitualmente en la valoración de planes y que fue



también consensuado por el panel de expertos del estudio. Se estimó conveniente que, en un futuro, los criterios sean consensuados además por las distintas administraciones participantes en la elaboración de los planes estratégicos regionales.

Las Comunidades Autónomas en las que se ha encontrado un plan estratégico aceptado y publicado son: Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid, Navarra y Valencia. En la Comunidad del País Vasco, se ha valorado el plan de la diputación foral de Vizcaya. En el último momento también se dispuso del plan estratégico de Andalucía. Por tanto, 12 (63%) de las 19 Comunidades y Ciudades Autónomas cuenta con planes integrales de infancia o infancia y familia.

Los documentos consultados son:

- Plan de atención a la infancia, familia y adolescencia 2000-2003 (Gobierno del Principado de Asturias, 2000).
- Plan integral del menor en Canarias (Cabildo de Canarias, 1998).
- Plan de acción para la infancia y la adolescencia en Cantabria (Gobierno de Cantabria, 2001).
- Programa de promoción de los derechos y participación infantil: memoria 2001-2002 (Gobierno de Cantabria, 2001).
- Plan integral para la infancia y la adolescencia en Castilla-La Mancha 1999-2003 (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2000).
- Plan regional sectorial de protección y atención a la infancia de la Junta de Castilla y León 2000-2003 (Junta de Castilla y León, 2001).
- Pla Integral de suport a la Infancia i l'Adolescència de Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2001).
- III Plan integral de apoio á familia 2002-2005 (Xunta de Galicia, 2002).
- Plan integral de infancia 2000-2003 (Gobierno de La Rioja, 1999).
- II Plan de atención social a la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid (Comunidad de Madrid, 2003).
- Plan de atención a la infancia y adolescencia en dificultad social de la Comunidad foral de Navarra (Gobierno de Navarra, 2002).
- Plan integral de la familia e infancia de la comunidad valenciana 2002-2005 (Generalitat Valenciana, 2002).
- Plan de Infancia para la atención de las situaciones de desprotección infantil. (Diputación Foral de Bizkaia, 2000).

#### Revisión de planes nacionales coincidentes

Se realizó además una búsqueda de los planes estratégicos nacionales cuya población objetivo fuera también, específica o implícitamente, la infancia, para recopilar y valorar las acciones estratégicas que pudieran ser concordantes con los intereses de la presente estrategia. Algunos ejemplos son el Plan de acción contra la explotación sexual comercial de la infancia y adolescencia (MTAS, 2002) y el II Plan Nacional de acción para la inclusión social del reino de España 2003-2005 (MTAS, 2003).

## **2. Recogida de información mediante encuestas**

### Encuesta a responsables institucionales de la administración

Aunque ya se ha comentado que prácticamente la totalidad de las Comunidades Autónomas cuenta en este momento con planes estratégicos con distinto grado de concreción y desarrollo, se estimó pertinente recabar información adicional de los responsables y representantes institucionales de la administración cuyo trabajo se centra en la infancia. Esta información adicional ha permitido, por un lado, profundizar en aspectos no contenidos en los documentos analizados y, por otro, poner en marcha una estrategia de valoración de la concordancia (triangulación) de la información recabada. Para este fin, se desarrolló una encuesta dirigida a los responsables institucionales nacionales y territoriales.

Los motivos para recabar información adicional fueron los siguientes:

- En primer lugar, se constató que los planes estratégicos difieren en el ámbito de actuación y en su horizonte temporal. Por una parte algunos planes incluyen la infancia dentro de sus objetivos pero su propósito es más extenso. Por otra, mientras que algunos planes se encuentran prácticamente en su estado de conclusión, otros se han iniciado en el año 2003 y no han podido desarrollarse plenamente todavía.
- En segundo lugar, se deseaba tener en cuenta la información de aquellas Comunidades Autónomas que no han tenido la oportunidad de desarrollar un plan estratégico o se encuentran elaborándolo.
- En tercer lugar, debido al carácter transversal de un plan estratégico, y de éste en particular, se deseaba recabar aquella información que pudiera no haberse incluido en los planes regionales de infancia pero que fuera atinente a nuestra población de interés.
- En cuarto lugar, se deseaba valorar el grado de consenso existente entre las distintas Comunidades Autónomas respecto a los objetivos prioritarios, la pertinencia de las actuaciones y la viabilidad de la recogida de información regional. Adicionalmente, se consideró que un alto grado de consenso sería un buen indicador de la viabilidad de las actuaciones nacionales que se puedan proponer.
- Por último, se deseaba obtener la información más actualizada que sea posible.

Se pretendió llegar con la encuesta a todos los responsables institucionales y agotar el universo de informantes. En total se enviaron 23 encuestas, algunas de ellas en repetidas ocasiones debido a los cambios de equipo de gobierno durante el período de realización del trabajo.

La encuesta culminó con **una reunión con los responsables** con el fin de recabar información cualitativa que hubiera podido quedar excluida en las respuestas a la encuesta, debido a la propia estructura de la misma.

#### Encuesta a expertos e informantes clave

Se estimó necesaria la recopilación de información de los expertos que actualmente desempeñan su labor profesional o investigadora en temas de infancia. Se considera que estos expertos son informantes clave de la situación actual de la infancia y que conocen con detalle las necesidades específicas de los menores. Por otra parte, es pertinente conocer la investigación que se está realizando en la actualidad y que por su novedad no había podido ser publicada hasta la fecha.

Se seleccionó una muestra extensa de expertos según criterio de autoridad del panel responsable del estudio. También se aplicaron los criterios de representatividad geográfica, de accesibilidad y de representatividad de las áreas de interés para la selección de los expertos. Se enviaron 128 encuestas al panel original de expertos.

#### Encuesta a menores

Uno de los principios rectores de la presente Estrategia y de la Convención de derechos del niño es la participación de los menores en aquellas medidas que les puedan afectar. Nos propusimos recabar información de los menores mediante la creación de grupos de opinión (mediante moderación participante) en los que se recabó y discutieron los problemas que ellos encuentran en su vida diaria, así como las soluciones que ellos proponen o prefieren. También se solicitó la información procedente de las iniciativas de participación puestas en marcha por las Organizaciones de infancia.

Se recabó información en dos Comunidades Autónomas: Madrid y Murcia. En Madrid se encuestó en un instituto público y en un colegio concertado. En Murcia se encuestó en un colegio público y en un centro de acogida.

### **3. Entrevista personal a expertos e informantes clave**

Adicionalmente, se llevaron a cabo entrevistas con un subconjunto de expertos para constatar sus respuestas, valorar la importancia, prioridad y alcance de los temas mencionados en la encuesta y profundizar en alguno de los aspectos considerados en la encuesta. A diferencia de las reuniones de cierre de las encuestas, con estas entrevistas se pretendió recabar información mediante una entrevista semiestructurada, visitando a los expertos en sus centros de trabajo.

#### **4. Elaboración de indicadores poblacionales**

Existen dos formas básicas para determinar la importancia de un problema y para priorizar la solución o erradicación de distintos problemas en competición por los recursos. En primer lugar, la ordenación de los problemas en función de su gravedad, por ejemplo, por la amenaza que supone para la supervivencia del individuo. En segundo lugar por el tamaño del grupo que sufre dicho problema (prevalencia). La determinación de la prevalencia también es necesaria para poder determinar la asignación de recursos encaminados a su solución.

Se consideró imprescindible disponer de indicadores poblacionales capaces de estimar la prevalencia de los factores, conductas y grupos de riesgo. Con ello se pretendió una triple finalidad.

1. Conocer el número de personas al que se dirigen las acciones,
2. Permitir evaluar la existencia o no del riesgo, de su gravedad y de los recursos necesarios.
3. Permitir la evaluación de la evolución temporal del riesgo, tanto respecto al inicio de la actuación como respecto a acciones futuras que fueran necesarias.

Se propuso como conjunto de indicadores mínimo el solicitado por el *Comité de los derechos del niño* de Naciones Unidas como respuesta al informe presentado el 12 de noviembre de 2001.

#### **5. Elaboración de indicadores de seguimiento**

Mientras que los indicadores poblacionales nos informan de la situación y evolución de la población de interés existe otro tipo de indicadores que también son de importancia. Se trata de los indicadores de cumplimiento y seguimiento. Este tipo de indicadores son de utilidad para valorar el grado de implantación de las medidas propuestas, el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos y el seguimiento de las actuaciones a lo largo del tiempo. Pensamos que toda medida debe ir acompañada de sus correspondientes indicadores de seguimiento y así se propone.

#### **ESQUEMA GENERAL DE DISCUSIÓN**

El siguiente esquema presenta la estructura que se ha seguido para la discusión de las distintas aportaciones valoradas en el presente estudio. Un esquema similar es el que se propone para la elaboración de una estrategia definitiva. A continuación se resume brevemente el propósito de cada apartado.

##### **A. Consideraciones generales**

En este apartado, se define la población objeto de la presente estrategia y se enuncian una serie de principios generales que quedarán plasmados en el tipo de objetivos por alcanzar y el tipo de actuaciones propuestas.

##### **B. Situación de la infancia**

Se trata de una breve descripción de lo que sabemos hasta ahora de la infancia mediante valoraciones cuantificadas y gráficos. Se mencionan las fuentes de información consultadas y también permite apreciar la accesibilidad de la información disponible.

##### **C. Necesidades de la infancia**

Se mencionan las necesidades detectadas por las distintas fuentes consultadas, incluyendo problemas emergentes, grupos de riesgo y situaciones de riesgo. La determinación adecuada de las necesidades debe permitir el establecimiento de objetivos realistas y dirigidos a grupos de interés y áreas problemáticas con la consecuente eficacia y rentabilidad de los esfuerzos invertidos.

##### **D. Objetivos**

Se recopilan los objetivos planteados por los planes regionales y los propuestos por los expertos y responsables institucionales. Como resultado se ofrece un listado de los objetivos prioritarios que debe ser discutido y consensuado por los responsables de su puesta en marcha.

##### **E. Líneas estratégicas**

Existen dos motivos fundamentales para proponer líneas estratégicas capaces de guiar las actuaciones. En primer lugar, el carácter integral de una estrategia y su propósito integrador de las

acciones que han de ponerse en marcha. En segundo lugar, el elevado número de objetivos que se desea cubrir y, por consiguiente, el elevado número de acciones que se deben proponer. En este apartado, se ofrece una clasificación de las acciones-objetivos en grandes grupos de interés y se intenta identificar las instituciones implicadas en cada actuación.

#### F. Programas y acciones

Se revisan los programas y acciones propuestos por las Comunidades Autónomas, agrupándolos en función de la clasificación anterior de líneas estratégicas. Idealmente, los programas y acciones que se propongan deben ser aquéllos que permitan la consecución de los objetivos.

#### G. Indicadores de seguimiento y evaluación

Se ofrece una revisión y agrupación de los distintos indicadores propuestos por los planes estratégicos regionales. Estos indicadores (y en particular los más extendidos) deben acompañar cualquier propuesta de actuación, de manera que sea posible valorar el alcance de las acciones y el grado de cumplimiento de los objetivos.

#### H. Secuenciación temporal

Las acciones estratégicas deben secuenciarse temporalmente, sobre todo teniendo en cuenta que los recursos son limitados y que algunas actuaciones requieren la consecución de objetivos previos. En este caso, se propone una pequeña agenda para la implantación de una primera estrategia nacional.

#### I. Presupuesto

En este capítulo se valora la prioridad de las acciones. No es posible realizar una asignación presupuestaria dado que las fuentes de financiación pueden surgir tanto del ámbito nacional como del ámbito de las Comunidades Autónomas.

#### J. Legislación en materia de menores

Se revisa brevemente la legislación existente, nacional y regional, que atañe a nuestra población de interés y aquella en vías de aprobación de la que tenemos conocimiento.

#### K. Indicadores de la situación de la infancia

Se recogen y agrupan los indicadores poblacionales propuestos por los expertos. La propuesta emana de los expertos en la investigación de la infancia y de los profesionales cuyo ejercicio se centra en este colectivo. Asumimos que los indicadores propuestos son capaces de reflejar debidamente la situación de la infancia a lo largo del tiempo, permiten recoger la evolución de los riesgos de la infancia y describen debidamente la población de interés. Como se verá, el repertorio de indicadores poblacionales es demasiado extenso y será necesaria una reducción de compromiso para su puesta en marcha a nivel nacional.



# III.- COMUNICACIONES





## INDICE

### COMUNICACIONES

REF	COMUNICACIONES	AUTORES	PAG
C 1	Dónde estamos en acogimiento residencial.	<i>Fco. Javier Domínguez Alonso</i>	183
C 2	Estrategia para la prevención del desamparo infante juvenil.	<i>Antonia Picornell Lucas</i>	184
C 3	Prevención del deterioro psicosocial en infancia en situación de riesgo social y afectada por VIH.	<i>Josep Ll. Oliver Torelló Lluís Ballester Brage Martí X. March Cerdà Carmen Orte Socias</i>	185
C 4	La intervención familiar en el marco de los servicios sociales.	<i>R. Trenado Santarén S. Zaragoza San Cayetano C. Nacher Calatayud</i>	186
C 5	Prevención del maltrato infantil desde el trabajo con la familia en riesgo.	<i>Raquel Gómez Masera José Carlos León Jariego</i>	187
C 6	Reporte de prevalencia de maltrato físico, emocional y sexual, en dos escenarios.	<i>Brenda Mendoza González</i>	188
C 7	El método “ <i>matching needs and services</i> ” como instrumento.	<i>Ignacia Arruabarrena Joaquín De Paúl Michael Little</i>	189
C 8	La supervisión clínica grupal.	<i>Irene Intebi</i>	190
C 9	ADOPTIA. Espacio de conocimiento, desarrollo e innovación sobre la postadopción	<i>Javier J. Múgica Flores</i>	191
C 10	Caracterización de una muestra de niños con sospecha de victimización sexual infantil.	<i>Irene Martín Sánchez Encarna María Sánchez Espinosa Carmen Gallardo Martín Eduardo Lobato Arán Raquel Raposo Ojeda Purificación Reyes Neira Virginia Romero Romero Teresa Torres Espinosa</i>	192
C 11	Episodios de maltrato que acuden a la urgencia y seguimiento posterior.	<i>Verónica Nebreda, Pablo Rojo.</i>	193
C 12	KITE. Contribuyendo a la mejora de la gestión de procesos en los programas de intervención socioeducativa con infancia y familia	<i>Maite Calleja Vaquero</i>	194
C 13	Programa de atención a víctimas de abuso sexual infantil.	<i>Alazne Madinabeitia</i>	195
C 14	Proyecto LUZ. Preparación y acompañamiento del menor en el proceso judicial	<i>Regina Sandoval Moreno Ana Díaz Beyá</i>	196
C 15	Servicio de atención psicosocial ARLOBI, de Agintzari. S. Coop. de iniciativa social	<i>Josu Gago Palacios</i>	197
C 16	Servicio integral multidisciplinar de orientación y atención a niños.	<i>Asociación Catalana para la Infancia Maltratada</i>	198
C 17	Intervención psicológica con niños maltratados de la Comunidad de Castilla y León.	<i>Aladro García, Marta López Fonseca, M<sup>a</sup> Auxiliadora Ruano López, Francisco José Sancho Calleja, Ana Bella Torres García, Ana Victoria</i>	199
C 18	<i>Burnout</i> profesional o cuando somos nosotros los desestructurados.	<i>Francesc Domingo i Salvany Carme Piqué i Anguera</i>	200
C 19	Estudio del maltrato infantil durante los años 2002, 2003 y 2004 en el Hospital 12 de Octubre.	<i>M<sup>a</sup> Angeles Aparicio Bello M<sup>a</sup> José Jiménez Agudo</i>	201
C 20	Registro de casos detectados de maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la comunidad de madrid	<i>Díaz Huertas Jose A., Esteban Gómez Joaquín, Casado Flores Juan, Ruiz Díaz Miguel Angel</i>	202



<b>REF</b>	<b>COMUNICACIONES</b>	<b>AUTORES</b>	<b>PAG</b>
<b>C 21</b>	Programa de atención al maltrato infantil de la comunidad de madrid: formación de profesionales	<i>Díaz Huertas Jose A., Esteban Gómez Joaquín, Casado Flores Juan, Ruiz Díaz Miguel Angel</i>	<b>203</b>
<b>C 22</b>	Aproximación cualitativa y cuantitativa al abuso sexual infantil	<i>Díaz Huertas JA, Contreras Florido S, Ruiz Díaz MA. García Pérez J</i>	<b>204</b>
<b>C 23</b>	Prevención de situaciones problemáticas en la adopción	<i>Lila Parrondo</i>	<b>205</b>
<b>C 24</b>	Proyecto luz: análisis cuantitativo y descriptivo de 141 casos de abuso sexual infantil	<i>Ana Díaz Beyá Regina Sandoval Moreno.</i>	<b>206</b>
<b>C 25</b>	Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil	<i>Pereda, N. Forns, M.</i>	<b>207</b>
<b>C 26</b>	Últimas tecnologías aplicadas a la identificación de neonatos.	<i>Carlos Javier Herreros Rodríguez</i>	<b>208</b>
<b>C 27</b>	Desarrollo de un programa de intervención con menores víctimas de abuso sexual: tres años de experiencia de la unidad de ADIMA	<i>Ana Romero Gómez</i>	<b>209</b>
<b>C 28</b>	Infancia maltratada en Guatemala. Programas de intervención	<i>Chelo Baón Fernández María Pérez Aporta</i>	<b>210</b>
<b>C 29</b>	Libros y cuentos. ¿pueden ayudar en la prevención del maltrato infantil?	<i>Susana Bello Miró Erika Suma Pezzi Mariona Roig Sitjar Esther del Moral Olga Dern</i>	<b>211</b>
<b>C 30</b>	Casos detectados de maltrato Infantil en el Hospital Universitario Niño Jesús 1999-2003	<i>José A. Díaz Huertas Jesús García Pérez Julián Lirio Casero Riansares Solera Oliva Mercedes</i>	<b>212</b>
<b>C 31</b>	Violencia en programas de televisión infantil	<i>Sara García Suarez Jesús García Pérez Julián Lirio Casero</i>	<b>213</b>

# C 1

## ¿DÓNDE ESTAMOS EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL?

**Fco. Javier Domínguez Alonso**

A pesar de los grandes cambios experimentados durante los últimos veinte años (Fernández del Valle, 2000) en el acogimiento residencial como medida de protección a la infancia en dificultad, todavía se sigue infravalorando unas veces, ignorando otras, e incluso denostando hasta el punto de pedir su desaparición como recurso de protección a la infancia.

En un reciente y saludable debate en una revista de ámbito nacional se planteaba recientemente este tema por parte de dos conocidos investigadores, posicionados, uno (Palacios) en el acogimiento familiar; y otro (Fernández del Valle) defensor del acogimiento residencial. En las "críticas" al acogimiento residencial parecían estar todavía presentes ciertas imágenes y estereotipos del pasado (Gofman, Spit, etc.) que, como inconsciente colectivo, hacen de este recurso algo repudiable para algunos y poco estimado para otros.

Para los que estimamos que el acogimiento residencial es una más de las posibles medidas a adoptar en los casos de desprotección infantil, consideramos que es un buen recurso para cierto número de niños y niñas para los que, valorada su situación de modo preciso, esta alternativa les puede resultar enormemente útil y adecuada dentro de un diseño global de actuaciones en las que debe primar el "superior interés del niño".

El la presente comunicación se tratará de aclarar si, efectivamente, se han producido cambios en el acogimiento residencial. Para ello se compararán dos muestras, de 40 y 45 niños y niñas, pertenecientes a dos épocas distintas (1985-89 y 1998-02), de un centro de protección de la ciudad de Alicante. La comparación se realizará a partir de distintas variables que se plasmarán en una plantilla confeccionada al efecto para el registro de los expedientes de los menores y memorias del centro de acogida.

Los resultados obtenidos confirman algunos cambios que en la actualidad parecen asentados en la práctica residencial y que podrían resumirse en el hecho de que en la actualidad los niños y las niñas entran más tarde en los centros de acogida, permanecen menos tiempo y salen antes. Sin embargo la problemática familiar, origen de la mayoría de los ingresos en centros, no parece haber cambiado mucho, manteniendo unas pautas similares en las dos muestras comparadas.

Independientemente de la necesaria evaluación de resultados que requiere este tipo de recursos que algunos autores ya iniciaron hace algunos años, aunque siguen siendo muy escasos tanto dentro como fuera de nuestras fronteras, una de las conclusiones más claras es la comprobación de que no se está haciendo todo lo necesario en materia de prevención y apoyo a las familias en dificultad social.

El debate, en el fondo, no debería centrarse en que recurso de protección de menores es "menos malo", si el acogimiento familiar o el residencial. Muchas de estas unidades familiares, con el apoyo decidido por parte de las administraciones responsables y de los/as técnicos competentes, conseguirían mantener y proporcionar vínculos estables entre sus miembros haciendo posible un desarrollo razonable y armónico, evitándose de este modo muchas de las medidas que implican la separación de los niños y niñas de su hábitat natural.

Apellidos: <b>Domínguez Alonso</b>		Nombre: <b>Fco. Javier</b>	
Dirección: <b>Ciudad Real 16, Bloque 1-2º C</b>			
Ciudad / País: <b>Alicante (España)</b>		Email: <b>javier.dominguez@ua.es</b>	
C.P. <b>03005</b>	Teléfono:	Fax	

## C 2

### ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL DESAMPARO INFANTO-JUVENIL

**Dra. Antonia Picornell Lucas**  
**Profesora de Trabajo Social y Servicios Sociales**  
**Universidad de Salamanca**

La comunicación presenta una herramienta destinada a prevenir las situaciones extremas de desprotección infanto-juvenil, el desamparo, al ponerse de manifiesto que la acción protectora basada en la sustitución de los padres afectaba a un 66'6% del total de la muestra de nuestra investigación.

La articulación de tal medida por parte de la Administración nos ha llevado a profundizar en la caracterización del entorno contextual y familiar de las situaciones en las que se producía la salida del menor de su hogar familiar. De esta manera podremos obtener posteriormente unas pautas de actuación, sociales y educativas de apoyo, que nos ayudaran a optimizar el desarrollo de la infancia.

Tras un primer acercamiento conceptual, nos introdujimos en la investigación teórico-empírica de 398 expedientes de protección de menores de la provincia de Salamanca, y fuimos seleccionando las variables que nos podían proporcionar una amplia información acerca de dichas unidades familiares.

En una primera fase, la comparativo-descriptiva, hemos comparado las características de las familias de nuestra muestra con las de otros estudios nacionales, concluyendo que no existen diferencias estadísticas relevantes. Conocidas las peculiaridades de nuestra población, posteriormente hemos intentado detectar los indicadores que distinguen a cada uno de los grupos de protección, evidenciando diferentes tipos.

Finalmente, y desde estas reflexiones, hemos analizado el efecto de las variables más influyentes en los programas de protección extremos: Preservación y Separación Definitiva. Ello nos ha permitido identificar las características comunes que diferencian a los niños con posibilidades de desamparo. Esto es, hemos obtenido un perfil, y a la vez un modelo que explica la posibilidad de que ocurra el desamparo infanto-juvenil, con una clasificación global en su utilidad del 91'58% y del 100%.

Este instrumento nos va a permitir avanzar en la protección, evitando la separación del menor de su entorno biológico, al ofrecer a los profesionales de los Servicios Sociales una herramienta para la planificación estratégica.

Apellidos: <b>Picornell Lucas</b>		Nombre: <b>Antonia</b>	
Dirección: <b>Universidad de Salamanca. Facultad de Ciencias Sociales. Campus Miguel de Unamuno, s/n.</b>			
Ciudad / País: <b>Salamanca</b>		Email: <b>toi@usal.es</b>	
C.P. <b>37001</b>	Teléfono:		Fax

## C 3

### PREVENCIÓN DEL DETERIORO PSICOSOCIAL EN INFANCIA EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL Y AFECTADA POR VIH/SIDA.

**Josep Ll. Oliver Torelló, Lluís Ballester Brage, Martí X. March Cerdà y Carmen Orte Socias.**

**Objetivos:** Pretendemos divulgar una prospección realizada recientemente en Mallorca en relación al colectivo infantil afectado por VIH. Hemos querido determinar cuáles son los aspectos principales que hacen que los menores afectados y que además presentan determinadas problemáticas psicosociales y sociofamiliares se encuentren con dificultades para su desarrollo y su integración social. Asimismo se pretende determinar cuáles son las variables de la actuación institucional al respecto poniendo especial énfasis en las prácticas de los servicios de protección de menores y de las instituciones con responsabilidades al respecto. Todo ello ha de permitir orientar las estrategias futuras en la prevención y intervención social al respecto.

**Material:** Cuestionario suministrado a profesionales con responsabilidad en el ámbito de la prevención y tratamiento a menores en riesgo o afectados por VIH/SIDA.

**Método:** Después de un proceso de consulta, basado en la metodología de análisis DAFO, hemos preparado una síntesis de las aportaciones realizadas. Dado el carácter exploratorio de la consulta efectuada decidimos utilizar la técnica DAFO. Se trataba de, en relación a las necesidades de los niños y niñas afectados por el VIH, determinar cuáles son los aspectos de estas necesidades que podamos considerar como:

1.-Factores actuales negativos, (debilidades del sistema de atención y otros puntos débiles); 2.-Factores actuales positivos (fortalezas, aspectos que valoramos de forma satisfactoria y otros puntos fuertes); 3.-Factores futuros negativos (amenazas, factores que en el presente todavía no ocurren, pero que pueden materializarse en un futuro); 4.-Factores futuros positivos (oportunidades, factores que en el presente todavía no ocurren, pero que en un futuro podrían incidir positivamente sobre la problemática).

**Resultados:** Prejuicios sociales, miedo y rechazo ante la enfermedad y falsas creencias sobre ella. Existe falta de información y formación de todos los que trabajan o conviven con los niños afectados. Falta de interés por parte de las instituciones políticas hacia el tema del VIH-SIDA.

-Debido al rechazo social con el que se encuentran algunas familias, se sobreprotege al menor y se vuelve más difícil comunicar su diagnóstico al entorno del niño. También, por ese motivo se observa un cierto nivel de absentismo escolar.

-Posible "prevención" excesiva entre los profesionales de la educación en relación a los niños y niñas afectados. Actitudes negativas por parte de algunos maestros, profesores y comunidad educativa en general hacia a la integración normalizada de la infancia con VIH en los centros escolares. Además se aprecia falta de confidencialidad en algunos momentos y situaciones por parte de profesionales como los profesores y otros.

**Conclusiones:** El colectivo de niños y niñas afectados por VIH/SIDA y por situaciones de riesgo social es un colectivo con una especificidad que requiere de una intervención especializada poco contemplada en las estructuras administrativas de las diversas instituciones que deben atenderles, tanto en un sentido normalizado (Servicios Sociales de atención primaria, escuela, ocio y tiempo libre, etc.) como en un sentido especializado (especialmente servicios de protección de menores)

Apellidos: <b>Oliver Torelló</b>	Nombre: <b>Josep Lluís</b>	
Dirección: <b>Crra. Palma-Valldemossa, Km. 7'5. Campus Universitat Illes Balears . Ed. Guillem Cifre de Colonya. Departamento de Ciencias de la Educación.</b>		
Ciudad / País: <b>Palma de Mallorca</b>	Email: <a href="mailto:josepluis.oliver@uib.es">josepluis.oliver@uib.es</a>	
C.P. <b>07071</b>	Teléfono:	Fax:

## C 4

### LA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL MARCO DE LOS SERVICIOS SOCIALES

**R. Trenado Santarén, S. Zaragoza San Cayetano y C. Nacher Calatayud.**  
**Servicio Especializado de Atención a la Familia e Infancia.**  
**Ayuntamiento de Aldaia – Valencia.**

Los Equipos de Intervención Familiar en la Comunidad Valenciana surgen a partir de la ley que regula los Servicios Sociales (Ley 5/1997) que especifica que a los Servicios Sociales Especializados les corresponde “la potenciación de actuaciones tendentes a la protección, promoción y estabilización de la estructura familiar, así como de las demás unidades de convivencia alternativa...”.

En este marco surgen los Servicios Especializados de Atención a la Familia e Infancia (S.E.A.F.I.) que tienen como objetivo principal la intervención especializada de carácter integral en núcleos familiares en situación de conflicto y vulnerabilidad. En este sentido debemos entender que este tipo de intervención repercute directamente en los/las menores que conviven con su familia.

En la presente comunicación se plantea la exposición del funcionamiento del Servicio de intervención familiar en un municipio de la Comunidad Valenciana de aproximadamente 24.600 habitantes que tiene una amplia trayectoria en intervención familiar en Servicios Sociales. Este trabajo nos permite exponer las principales áreas de actuación y reflexionar en relación a las problemáticas atendidas y los resultados obtenidos en el transcurso de 4 años de trabajo.  
Palabras clave: Servicios Sociales, intervención familiar, Servicio Especializado de Atención a la Familia e Infancia.

Apellidos: <b>Trenado Santarén</b>		Nombre: <b>Rosa</b>	
Dirección:			
Ciudad / País:		Email: <b><u>rosatrenado@vodafone.es</u></b>	
C.P.	Teléfono:	Fax	

## C 5

### PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL DESDE EL TRABAJO CON LA FAMILIA EN RIESGO

**Raquel Gómez Masera**  
**José Carlos León Jariego**

Se presenta el trabajo de prevención del maltrato infantil llevado a cabo por el Programa de Intervención Familiar de Cáritas en Huelva. La población diana es la familia en situación de riesgo de las barriadas de la capital y los objetivos principales la prevención de la exclusión de las mismas y la búsqueda del bienestar integral de la familia, atendiendo sus necesidades y promocionando a todos sus miembros. Para ello se expondrán y describirán en el método las formas de intervención, resaltando los talleres como herramienta fundamental y los materiales utilizados, haciendo especial hincapié en los soportes documentales de evaluación psicológica y social: la historia psicosocial y la entrevista familiar. Se realiza también una breve descripción percentual de las necesidades de las familias intervenidas durante el curso 2003-2004 con el objetivo de realizar un análisis del entramado social de la familia en riesgo y la relación de aquellas con el funcionamiento familiar en torno al menor. Como conclusiones se expondrán aspectos fundamentales, extraídos del trabajo desde el programa, en la intervención familiar y de la relación que mantienen con el desarrollo del menor y que ayudan a prevenir el maltrato infantil.

Palabras clave: familia en riesgo, infancia, maltrato infantil, intervención familiar.

Apellidos: <b>Gómez Masera</b>		Nombre: <b>Raquel</b>	
Dirección: <b>Plaza Houston 7, 4º A</b>			
Ciudad / País: <b>Huelva, España</b>		Email: <b>dnquena@hotmail.com</b>	
C.P. <b>21006</b>	Teléfono:		Fax

## C 6

### REPORTE DE PREEVALENCIA DE MALTRATO FÍSICO, EMOCIONAL Y SEXUAL, EN DOS ESCENARIOS: ESCUELA Y CASA, EN ESTUDIANTES DE PRIMARIA EN ESCUELAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO

**\*Brenda Mendoza González**

El presente trabajo tiene por objetivo conocer la prevalencia del maltrato emocional, físico y sexual que han vivido 270 estudiantes en escuelas primarias de la Ciudad de México.

A través de un auto reporte, estudiantes de primer a sexto grado de primaria, indicaron la ocurrencia de maltrato, en dos escenarios: en la escuela, ejercido por profesores del plantel, y en casa, en donde el maltrato fue exhibido por padres y madres de familia.

La victimización que se ejerció en ambos escenarios fue analizada de acuerdo al género, al tipo de maltrato (físico, emocional ó sexual) y al papel del niño frente al maltrato como víctima u observador.

Los resultados en el escenario escolar indican que, el 6% de los niños y niñas reportan haber observado como un profesor ridiculiza bajando los pantalones a alguno de sus compañeros, el 17% de los alumnos/as reporta haber observado cuando un profesor/a pega con algún objeto (gis, borrador, regla, bolígrafo) a sus compañeros/as, como víctima en el escenario escolar el 15% de los alumnos/as reporta haber recibido un golpe de su profesor con gises, borrador, regla ó bolígrafo, el 14% reporta haber recibido un golpe con la mano del profesor, el 13% reporta que el profesor/a le jalo alguna parte de su cuerpo como orejas o patillas y el 4% reporta haber recibido insultos por parte del profesor/a. La prevalencia como víctimas de maltrato físico indica que hay mayor maltrato físico en el escenario del hogar que en escolar, ya que el 30% reporta recibir golpes por parte de alguno de los padres de familia, el 16% reporta recibir golpes con el cinturón y el 5% con un palo. El 8% de los niños/as reporta haber sido abusado sexualmente, detectándose el mayor número de casos en los niños/as de tercer grado (8-9 años).

Se concluye que en los niños/ as participantes en esta muestra se encuentran en múltiples condiciones de riesgo y escasas o nulas condiciones de protección. Entre las condiciones de riesgo detectadas en los estudios científicos, y que suelen verse reflejadas en la mayoría de los casos de maltrato, cabe destacar: la ausencia de límites, la exposición al maltrato a través de modelos de comportamiento violentos, practicas de disciplina coercitivas, y la justificación de la violencia en la sociedad en la que se producen, y la ausencia de condiciones que hubieran podido proteger de dichos riesgos; como: modelos sociales positivos y solidarios, colaboración entre la familia y la escuela, adultos disponibles y atentos para ayudar, practicas de disciplina consistentes y libres de maltrato.

**\*Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México y Universidad Complutense de Madrid.**

Apellidos: <b>Mendoza González</b>	Nombre: <b>Brenda</b>	
Dirección: <b>c/Berlanas No. 13 4-B Madrid</b>		
Ciudad / País:	Email: <b>bmendoza@psi.ucm.es</b>	
C.P. <b>28047</b>	Teléfono:	Fax

## C 7

### EL MÉTODO “MATCHING NEEDS AND SERVICES” COMO INSTRUMENTO PARA EL DESARROLLO DE NUEVOS SERVICIOS EN EL ÁMBITO DE LA PROTECCIÓN INFANTIL

**Ignacia Arruabarrena, Joaquín De Paúl Y Michael Little**

El método “Matching needs and services” (“Adecuando los recursos a las necesidades”, MN&S) es uno de los instrumentos creados por la Unidad de Investigación Social Dartington (Reino Unido). Desde su publicación en el año 1995 ha sido muy utilizado en Reino Unido, así como en otros países europeos (incluida España) y Estados Unidos.

El MN&S no es sólo un instrumento, sino un método que pretende cambiar de forma estable la “cultura”, la “forma de pensar” y la metodología de trabajo de los Servicios de Infancia y Protección Infantil, con el objetivo de mejorar la calidad de sus servicios y aumentar su eficacia en la intervención con la infancia y adolescencia en situación de riesgo y desprotección.

Para ello, el MN&S introduce dos cambios fundamentales:

1. La implantación de una metodología de trabajo en la que la propuesta, planificación y diseño de cualquier nuevo servicio ha de partir de una evaluación específica y rigurosa de las necesidades de las niñas, niños y familias a los que se pretende atender. Se trata de pasar de una situación en la que “las necesidades se adaptan a los recursos disponibles” a otra situación en la que “son los recursos los que se adecuan a las necesidades”. El MN&S ayuda, además, a definir adecuadamente y diferenciar los conceptos de “necesidad” y “recurso”.

El MN&S propone, proporciona y enseña una metodología sencilla y factible para evaluar necesidades, proporciona formación sobre cómo ha de diseñarse un nuevo servicio, y cómo unir la evaluación de necesidades con el diseño de servicios.

2. La implantación de una metodología de trabajo en la que todo servicio o programa es sistemáticamente evaluado para conocer si consigue los resultados que pretende. La formación en el MN&S enseña qué requisitos debe cumplir esa evaluación.

La presente comunicación tiene como objetivos:

1. Describir los objetivos y procedimiento de aplicación del MN&S.
2. Exponer algunos ejemplos de cómo ha sido utilizado en Servicios de Protección Infantil de España y otros países.

Apellidos: <b>Arruabarrena Madariaga</b>	Nombre: <b>Ignacia</b>	
Dirección: <b>ASOCIACIÓN DARTINGTON-I PARA EL ESTUDIO Y LA FORMACIÓN EN PROTECCIÓN INFANTIL</b> <b>Avenida de Zarautz, 58 – 1º - of. 4</b>		
Ciudad / País: <b>San Sebastian</b>	Email: <b>san-sebastian@dartington-i.org</b>	
C.P. <b>20018</b>	Teléfono:	Fax:



## C 8

### LA SUPERVISIÓN CLÍNICA GRUPAL: PREVENCIÓN DEL PROCESO DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL (BURNOUT) EN LOS EQUIPOS DE INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL

Irene Intebi

Los profesionales que se desempeñan en los equipos de intervención y tratamiento del maltrato infantil se ven expuestos de manera diaria y continuada a altos montos de estrés laboral tanto por las características de las consultas que reciben como por la necesidad de elaborar respuestas y propuestas a situaciones de gran complejidad en tiempos muy limitados.

Los objetivos de esta comunicación son:

1. Describir el proceso de agotamiento profesional (burnout) y el estrés y la fatiga causados por la "compasión" (compassion stress ; compassion fatigue) hacia las víctimas;
2. Describir los efectos indeseados y no esperados que provoca la tarea con personas traumatizadas;
3. Señalar algunos mecanismos que permiten prevenir el proceso de agotamiento profesional y contribuir al autocuidado de los profesionales intervinientes.

Las conclusiones enfatizan la importancia de la supervisión clínica grupal como uno de los dispositivos con que los profesionales deberían contar ya que brinda un espacio donde examinar las características de los casos y las respuestas que se ofrecen.

En un contexto de apoyo entre iguales, la supervisión clínica grupal, entre otras cosas, permite:

- a) trabajar en la detección de aspectos minimizados, negados y/o escotomizados de las consultas;
- b) detectar y procesar la sobreidentificación de los profesionales con los consultantes;
- c) valorar y discutir alternativas de intervención y de tratamientos;
- d) valorar los "éxitos" y aprender de los "fracasos";
- e) analizar y comprender los procesos de excesivo compromiso y eventual desborde de los profesionales;
- f) contribuir a justipreciar el sentido de la tarea y de la eficacia profesional;
- g) desarrollar vínculos y conexiones entre profesionales de la misma y de diferentes disciplinas.

Apellidos: <b>Intebi</b>		Nombre: <b>Irene</b>	
Dirección: <b>ASOCIACIÓN DARTINGTON-I PARA EL ESTUDIO Y LA FORMACIÓN EN PROTECCIÓN INFANTIL</b>			
<b>Avenida de Zarautz, 58 – 1º - of. 4</b>			
Ciudad / País: <b>San Sebastian</b>		Email: <b>ireneintebi@ciudad.com.ar</b>	
C.P. <b>20018</b>	Teléfono:	Fax:	

## C 9

### ADOPTIA. ESPACIO DE CONOCIMIENTO, DESARROLLO E INNOVACIÓN SOBRE LA POSTADOPCIÓN

**Javier J. Múgica Flores**

En la actualidad la adopción es una medida protectora socialmente en auge y en evolución. A la adopción de lactantes, se añade la adopción internacional con un incremento importante de expedientes y las adopciones nacionales especiales, como formas emergentes de protección a la infancia abandonada.

El cambio de vínculos legales no es suficiente para garantizar el éxito del proceso. La adopción es una medida protectora técnica y socialmente desconocida más allá de la preadopción. Mientras en la preadopción se gestionan idoneidades y procesos administrativos y legales, la postadopción supone el desafío de centrar las energías en paliar las secuelas de la historia previa de abandono, sufrimiento y carencias del niño adoptado y en ayudarle a asumir su condición.

Adoptar a un niño, que ha sido abandonado y que con toda probabilidad, trae consigo una historia de sufrimientos y carencias no es una tarea fácil y supone unos esfuerzos, unas habilidades específicas y unos recursos especializados para los adoptantes, técnicos, y también niños y niñas.

El proyecto ADOPTIA surge como recurso de conocimiento, desarrollo, innovación, intercambio de experiencias y promoción de buenas prácticas en el ámbito de la postadopción, y está dirigido a adoptantes, niños y niñas adoptados y profesionales de la atención a la infancia.

Sus objetivos son :

- Aportar conocimientos, experiencias de intervención especializada en postadopción.
- Promover nuevas y buenas prácticas en el ámbito de la adopción (pre y post)
- Facilitar soluciones y respuestas prácticas y asequibles a personas no especializadas

ADOPTIA es un proyecto diseñado por Agintzari S. Cooperativa de Iniciativa Social, que presta servicios especializados en protección infantil y familiar, y cuenta con la financiación de la Dirección de Bienestar Social del Gobierno Vasco.

ADOPTIA en esta etapa desarrollará las siguientes acciones :

- Una investigación sobre los recursos utilizados actualmente en la postadopción cuyo objeto de estudio son los recursos facilitadores del éxito de las adopciones y su objetivo principal es conocer mejor el modo en que los factores de éxito se traducen en recursos prácticos y asequibles para sus protagonistas. Aportará una propuesta de sistema de apoyo a la postadopción, actual y adaptada a nuestro contexto y desarrollo.
- Tres Guías Prácticas de Postadopción dirigidas a no especialistas en protección infantil :
  1. Guía dirigida a los adoptantes que tratará sobre las tareas terapéuticas y retos que deberán asumir, para educar a un niño a una niña con necesidades especiales, que puede heridas existenciales y/o emocionales. De forma que puedan gestionar más exitosamente demandas, necesidades, crisis, dificultades y recursos de apoyo
  2. Guía dirigida a los profesionales de los servicios sociales y del ámbito escolar
  3. Guía dirigida a los propios adoptados con formatos diferenciados por edades

Apellidos: <b>Mugica Flores</b>	Nombre: <b>Javier J.</b>	
Dirección: <b>AGINTZARI,S.COOP. DE INICIATIVA SOCIAL. C/ Puente Deusto, 7 – 4º Dpto 8</b>		
Ciudad / País: <b>Bilbao / País Vasco</b>	Email: <b>javiermugica@agintzari.com</b>	
C.P. <b>48014</b>	Teléfono:	Fax

## C 10

### CARACTERIZACIÓN DE UNA MUESTRA DE NIÑOS CON SOSPECHA DE VICTIMIZACIÓN SEXUAL INFANTIL.

**Irene Martín Sánchez, Encarna María Sánchez Espinosa, Carmen Gallardo Martín, Eduardo Lobato Arán, Raquel Raposo Ojeda, Purificación Reyes Neira, Virginia Romero Romero, Teresa Torres Espinosa.**

El presente trabajo expone las características de 198 casos de sospecha de abuso sexual infantil referidos a un Equipo de evaluación de niños con sospecha de abuso sexual (EICAS) entre los años 1998 y el 2001. Los datos proceden de un dispositivo especializado "Equipo para la investigación de niños supuestas víctimas de abuso sexual" (EICAS) en Sevilla, programa que pertenece a la Asociación Andaluza para la Prevención del Maltrato Infantil (ADIMA) y a la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI). Los casos incluidos en esta investigación son peticiones de estudio o valoración de sospecha de abuso sexual en niños de 0 a 18 años, recibidas en el equipo EICAS y formuladas desde distintas Entidades. Los casos incluyen a 250 niños supuestas víctimas, 198 madres o figuras cuidadoras, 350 sospechas de abuso o parejas víctima ofensor y 277 supuestos ofensores.

Para la recopilación de los datos se elaboró un material específico: un Manual de Definición de variables de abuso sexual, con las definiciones operativas de las variables incluidas, y una Ficha para la Recogida de Datos, compuesta de siete áreas, en cada una de las cuales se recogía la información relevante respecto de una faceta del objeto de estudio (el niño víctima, la familia, el supuesto ofensor...)

El presente estudio nos proporciona una descripción genérica de los niños supuestas víctimas de abuso sexual estudiados, según la cual predominan los niños, sobretodo las niñas, abusados en su mayoría por familiares. Aunque la mayoría de ellos no pertenecían al sistema de protección infantil, se dio una alta representación de los que sí pertenecían, por lo que no resulta extraño que en la misma proporción fueran objeto también de otros tipos de maltrato. La edad media de los niños de la muestra fue inferior a la descrita en otros estudios. Con respecto a la gravedad de las sospechas de abuso destacan aquellas de carácter grave. El abuso consistió principalmente en tocamientos en genitales y muchos niños revelaron los supuestos abusos. Destaca la escasa presencia de indicadores físicos de abuso sexual.

Estos niños presentaron menos absentismo escolar que los niños víctimas otras tipologías de maltrato. En la mitad de las familias de los niños víctimas se podía encontrar violencia doméstica, siendo así mismo de destacar la ausencia de padre biológico y la presencia de madres que pasaban mucho tiempo fuera del hogar y que no apoyaron al niño cuando el abuso se desveló.

Los resultados de la evaluación de las sospechas fueron limitados con respecto al grado de certeza encontrado; así el diagnóstico emitido tras evaluar los casos fue de 136 (39.3%) sospechas diagnosticadas de alta probabilidad de ocurrencia, 40 (11.6%) de baja probabilidad, 81 (23.4%) sin datos concluyentes y 89 (25.7%) sin diagnóstico posible o no evaluables.

Los datos encontrados sugieren la necesidad de analizar en futuros estudios cuáles de las variables descritas, podrían ser factores de riesgo comunes con el maltrato infantil y cuáles están específicamente ligados al abuso sexual.

Apellidos: <b>Martín Sánchez</b>	Nombre: <b>Irene</b>	
Dirección: <b>C/ Alberto Lista 16, 3º</b>		
Ciudad / País: <b>Sevilla</b>	Email: <b>eicas@correo.cop</b>	
C.P. <b>41003</b>	Teléfono:	Fax

# C 11

## EPISODIOS DE MALTRATO QUE ACUDEN A LA URGENCIA Y SEGUIMIENTO POSTERIOR

**Verónica Nebreda, Pablo Rojo. Urgencias de Pediatría. Departamento de Pediatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid**

**Objetivos:** Descripción de los episodios de maltrato que acudieron a la urgencia entre enero de 2002 y enero de 2004 y valoración de la evolución posterior del niño y su seguimiento.

**Pacientes:** Se revisan las historias de urgencias y establecemos contacto telefónico con los pediatras de área para conocer el grado de conocimiento del caso y el seguimiento del niño. Se realiza también contacto con las familias o tutores para valorar el grado de riesgo actual, las secuelas en el niño y el grado de satisfacción de la atención recibida

**Resultados:** En los 2 años se han identificado 38 casos, 20 niñas y 18 niños. Edad entre 3 meses y 14 años, edad media 4 años y 2 meses. El tipo de maltrato era en el 73% físico, en el 15% sexual y en el 12% negligencia. En el 13% de los casos tras el estudio no se pudo confirmar el maltrato. Para éste estudio se consiguió contactar con su pediatra en el 56% de los casos. El 30% no eran conocidos por su pediatra, en el 50% el entorno familiar era problemático, en el 50% el cuidado del niño era inadecuado, en el 34% el pediatra conocía otro episodio de maltrato en los niños estudiados. El 15 % presentaba secuelas de algún tipo por lo que estaban siendo seguidos por los servicios de Salud Mental de su Centro de Salud. Se contactó con el 62 % de las familias o tutores. La mayoría de los casos están satisfechos con la actuación del Pediatra y la Trabajadora Social excepto los casos en los que no se confirmó el maltrato y que los padres se consideran falsamente acusados. Un 20% se considera casos perdidos para el pediatra y el trabajador social.

**Comentarios:** El maltrato infantil con frecuencia se comunica inicialmente a los Servicios de Urgencias Pediátricas. En el seguimiento existe un alto porcentaje de casos perdidos, algunos con problemas graves. Es fundamental que además de la comunicación al trabajador social y al juzgado se contacte directamente de manera precoz con los pediatras del área. Un alto número de niños presentan secuelas tras el episodio de maltrato.

Apellidos: <b>Rojo Conejo</b>	Nombre: <b>Pablo</b>	
Dirección: <b>Hospital 12 de Octubre. Departamento de Pediatría. Av. Córdoba s/n</b>		
Ciudad / País: <b>Madrid</b>	Email: <b>pablorojoconejo@netscape.net</b>	
C.P. <b>28041</b>	Teléfono:	Fax

## C 12

### KITE: CONTRIBUYENDO A LA MEJORA DE LA GESTIÓN DE PROCESOS EN LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON INFANCIA Y FAMILIA

#### Maite Calleja Vaquero

A través de esta comunicación se presenta la propuesta tecnológica de Kite: un Modelo Operativo para la gestión de los procesos de planificación y evaluación en las actuaciones de los Servicios Sociales en materia de Protección a la Infancia.

Kite ha sido diseñado por el Area de Consultoría de AGINTZARI Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social la Dirección de Bienestar Social de Gobierno Vasco y del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia.

Los objetivos de la implementación de Kite en los Servicios Sociales son:

- Proporcionar indicadores fiables para la definición y evaluación de las políticas de atención a Infancia y Familia.
- Implementar una estrategia de calidad en la gestión a través de la mejora de la evaluabilidad del Programa y la estandarización y automatización de herramientas ad hoc.
- Garantizar el seguimiento y la calidad de los programas municipales de atención a la infancia en riesgo de desprotección.

Kite está formado por un conjunto de herramientas integradas, de productos navegables, que posibilitan la gestión operativa del programa de Intervención Socioeducativa:

- Un Modelo de Planificación-Evaluación que permite la gestión anual de los procesos de intervención Socioeducativa.
- Un Glosario de conceptos que unifica la terminología utilizada en la intervención socioeducativa.
- Herramienta Informática que facilita el análisis de los datos y la gestión del programa.
- Panel de Indicadores del Programa Municipal al objeto de integrar y externalizar los datos significativos de la atención a infancia y juventud en riesgo de cada municipio.

A través de las aplicaciones de Kite, los Servicios Sociales van a poder obtener información actualizada en relación a cuestiones como el número de usuarios y su nivel de desprotección, la tipología de las familias, la procedencia de las demandas, la evolución del volumen de población atendida, etc.

El tratamiento e interpretación de esta información, se constituye de esta forma, en un instrumento eficaz para orientar las líneas de actuación en materia de protección a la infancia y para articular las medidas y los recursos necesarios.

En la actualidad, Kite se ha estandarizado en la práctica totalidad de los Servicios Sociales de Bizkaia y su implantación está demostrando una gran versatilidad lo que posibilita una adaptación a contextos de actuación social análogos.

Apellidos: <b>Calleja Vaquero</b>	<b>Nombre: Maite</b>	
Dirección: <b>AGINTZARI,S.COOP. DE INICIATIVA SOCIAL. C/ Puente Deusto, 7 – 4º Dpto 8</b>		
Ciudad / País: <b>Bilbao / País Vasco</b>	Email: <b>maitecalleja@agintzari.com</b>	
C.P. <b>48014</b>	Teléfono:	Fax

## C 13

### PROGRAMA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

**Alazne Madinabeitia (Servicio de Infancia Diputación Foral de Bizkaia), Josu Gago (Agintzari S. Coop. de Iniciativa Social)**

El Servicio de Infancia de la Diputación Foral de Bizkaia cuenta con un Programa de Atención a víctimas de abuso sexual infantil, desarrollado desde el Equipo SEIP (Servicio de Exploración e Intervención Psicológica). La prestación de este Servicio se realiza mediante contratación administrativa a través de Agintzari S. Coop. de Iniciativa Social, entidad colaboradora del sistema de protección a nivel provincial.

El programa, puesto en marcha en el año 2001, está dirigido a aquellas familias residentes en el Territorio Histórico de Bizkaia, cuyos hijos de edades comprendidas entre los 0-18 años, tengan abierto expediente de protección en el Servicio de Infancia y hayan sido objeto de abuso sexual o existan indicios fundados de su existencia.

La atención se dirige al niño/a o adolescente víctima de abuso sexual, y a los otros miembros de la familia (progenitor abusivo, progenitor no abusivo y otros hermanos), en el caso de que el abuso se haya producido en el interior de la familia. En el caso de que el abuso se haya producido en el exterior, la atención se dirige al núcleo formado por el niño/a y su entorno inmediato (familia, centro de acogida, etc.), con intervenciones en la red circundante (escuela, etc.).

A lo largo del recorrido del programa, se han identificado elementos de mejora que han propiciado modificaciones en el programa. Estos elementos tienen que ver con la capacidad del programa para ubicarse en el sistema de protección global (llegando de forma más cercana a los Servicios Sociales de Base y a los centros educativos), y con el tipo de población destinataria (de abuso sexual intrafamiliar a otras tipologías de abuso, con una concurrencia emergente del abuso infantil entre iguales).

El Servicio cuenta con las siguientes prestaciones:

- Valoración y atención psicológica en casos donde existe sospecha o se ha confirmado abuso sexual a un/a menor.
- Valoración de la credibilidad del abuso cuando se da testimonio del mismo.
- Información y consulta a los Servicios Sociales de Base sobre casos en los que existen dudas

Los resultados del programa recogen indicadores cuantitativos y cualitativos en relación a las anteriores prestaciones. Señalan un volumen de 44 expedientes atendidos en 2003, con 14 incorporaciones al programa en el año en curso. Un resultado importante del programa está relacionado con la actuación con menores agresores.

Las conclusiones señalan aspectos como la necesidad de una mayor articulación de Programa con instancias judiciales, la validez del espacio destinado a la consulta de profesionales, y la necesidad de clarificar, en el proceso de actuación, los ámbitos de diagnóstico y de investigación de forma diferenciada.

Apellidos: <b>Madinabeitia San Vicente</b>	Nombre: <b>Alazne</b>	
Dirección: <b>C/Ugasko nº 3, 2ª planta</b>		
Ciudad / País: <b>Bilbao / País Vasco</b>	Email: <b>alazne.madinabeitia@bizkaia.net</b>	
C.P. <b>48014</b>	Teléfono:	Fax:

## C 14

### PROYECTO LUZ: PREPARACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DEL MENOR EN EL PROCESO JUDICIAL

Regina Sandoval Moreno y Ana Díaz Beyá

Una de las fases del proceso de ASI (abuso sexual infantil) es la de testificación del menor en el juzgado. Se sabe que intervienen diferentes variables que influyen en esta actuación, como son, un conocimiento limitado del contexto judicial, que varía según la etapa evolutiva del niño. Además, en la mayoría de las ocasiones los menores han de realizar varias declaraciones a lo largo del mencionado proceso haciendo que la validez de las mismas disminuya. Por otro lado, el miedo a lo desconocido también aumenta el nivel de estrés de los niños afectando negativamente a su capacidad para aportar un testimonio exacto.

Los estudios realizados enfatizan la necesidad de que se incluya la educación en el proceso. Hay que preparar al niño para testificar eficazmente, se debe proporcionar información sobre el procedimiento judicial, tanto al niño como a la familia.

Por lo tanto, con esta comunicación se pretende transmitir nuestra experiencia en la preparación y acompañamiento de menores en el proceso judicial, realizada desde "Proyecto Luz" en la Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM) en el intento de favorecer la coordinación interdisciplinar evitando la duplicidad de actuaciones; prevenir la victimización secundaria del menor, y mejorar la capacidad del niño para testificar en el juzgado reduciendo al mínimo las repercusiones negativas

Apellidos: <b>Sandoval Moreno</b>		Nombre: <b>Regina</b>	
Dirección: <b>Pº Ingeniero Sebastián Feringán nº 6, 2º O</b>			
Ciudad / País: <b>Murcia / España</b>		Email: <b>reginasand@.com</b>	
C.P. <b>30.007</b>	Teléfono:		Fax

# C 15

## SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL ARLOBI, DE AGINTZARI. S. COOP. DE INICIATIVA SOCIAL

### Josu Gago Palacios (Agintzari S. Coop. de Iniciativa Social)

Agintzari S. Coop., entidad colaboradora del sistema de Protección Infantil en el ámbito provincial de Bizkaia, desarrolla en los últimos años una experiencia que complementa la función protectora de los Servicios Sociales de Base de esta provincia, dentro de su ámbito competencial. Este ámbito competencial está delimitado, en parte, por el Decreto 155/2001 (Boletín Oficial del País Vasco, 165 de 27 de agosto de 2001), que establece una distribución de competencias en materia de acción social entre las distintas administraciones. En base a esta distribución competencial, las entidades locales, donde se ubican los Servicios Sociales de Base municipales, tienen como responsabilidad en materia de protección a la infancia, los procedimientos de detección, valoración y atención.

Esta perspectiva es recogida por nuestro Servicio de Atención Psicosocial, denominado de forma genérica ARLOBI. Está instaurado en distintos municipios de Bizkaia, integrando la figura del psicólogo en el Servicio Social municipal y colaborando con todos los agentes que conforman estos servicios (trabajadoras sociales y educadores sociales, principalmente).

### OBJETIVO

Consolidar las competencias de los Servicios Sociales de Base mediante la incorporación de recursos multidisciplinares que posibiliten el desarrollo de buenas prácticas en materia de prevención de las situaciones de desprotección a la infancia.

### FINALIDAD

Colaborar con los servicios de base y especializados del sistema de protección a la infancia articulando un servicio de atención y consultoría psicosocial que proporcione a los recursos derivantes un abordaje de apoyo, complementario y de red que satisfaga las necesidades de diagnóstico y tratamiento psicosocial de los menores y familias en situación de riesgo

### PRESTACIONES DEL DISPOSITIVO

Realiza valoraciones en torno a la gravedad del riesgo, y proporciona atención psicosocial-terapéutica a los menores y familias en situación de riesgo de desprotección. Actúa además como recurso de apoyo a los profesionales en el contraste y la supervisión de su práctica cotidiana.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados señalan que la incorporación de la figura del psicólogo a los Servicios Sociales de Base municipales supone un importante incremento competencial del nivel municipal en la atención primaria de las situaciones de riesgo de desprotección.

En cuanto a las conclusiones, se plantea como elemento más significativo que la puesta en marcha de recursos multidisciplinares, con la incorporación del psicólogo a estructuras donde no contaban con esta figura, está permitiendo completar el mapa de funciones y competencias de los Servicios Sociales de Base, validando por tanto la hipótesis que se recogía en la finalidad del proyecto en su fase piloto. Por otro lado, se está constatando la necesidad creciente de dar respuesta, desde dispositivos creados inicialmente para complementar la función protectora de los Servicios Sociales, a otras problemáticas que también son competencia de estos Servicios, desde una óptica de servicios polivalentes. Se trata de dar respuesta especializada desde un mismo dispositivo a las diferentes problemáticas o situaciones tipo objeto de atención por parte de los Servicios Sociales de Base (infancia y familia en situación de riesgo, mujer en situación de vulnerabilidad social, personas en proceso de inserción,...).

Apellidos: <b>Gago Palacios</b>	Nombre: <b>Josu</b>
Dirección: <b>C/ Ramón y Cajal, AGINTZARI,S.COOP. DE INICIATIVA SOCIAL.</b>	
Ciudad / País: <b>Bilbao / País Vasco</b>	Email: <b>josugago@agintzari.com</b>
C.P. <b>48014</b>	Teléfono: _____ Fax _____



# C 16

## SERVICIO INTEGRAL MULTIDISCIPLINAR DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN A NIÑOS/AS, ADOLESCENTES Y FAMILIAS (ACULL)

### Asociación Catalana para la Infancia Maltratada

**Justificación:** ACIM ha puesto en funcionamiento este programa como un dispositivo asistencial ambulatorio de intervención directa a niños/as, adolescentes y familias que padecen algún tipo de dificultad psicosocial y que por este motivo hayan desarrollado situaciones de maltrato o estén en situación de riesgo de desarrollarlas.

Este servicio complementa y refuerza a otros programas desarrollados por esta Asociación, se articula con vocación de servicio público y universal sin ninguna contraprestación económica o material por parte de los usuarios.

Este Servicio nace con la voluntad de total colaboración con la red pública de Servicios de Atención Social, no pretende sustituir los recursos existentes sino reforzarlos y complementarlos con una serie de características específicas.

#### Objetivos Generales:

- Prestar la atención necesaria a niños/as y adolescentes víctimas de cualquier forma de maltrato.
- Prestar la atención necesaria a niños/as y adolescentes agresores y a agresores adultos.
- Prestar la atención necesaria a las familias de estas víctimas y agresores.
- Proporcionar información y orientación especializada a todas aquellas personas que se dirijan a la Asociación con problemáticas relacionadas con el maltrato infantil.
- Prestar soporte y asesoramiento necesarios a todos aquellos profesionales e instituciones que se dirijan a la Asociación con problemáticas relacionadas con el maltrato infantil.

#### Método de Trabajo:

- El método de trabajo de este programa se define como una actuación de carácter integral, de abordaje multidisciplinar con una finalidad de cambio y desde un enfoque sistémico.
- Los diferentes profesionales que participan en este programa forman un equipo técnico que se reúne semanalmente con el coordinador del Programa para determinar entre otras cosas qué profesionales intervendrán en cada caso, así se formarán entonces los equipos de intervención coordinados por un referente de cada caso.
- La actuación del equipo técnico se concreta además en una serie de Unidades Funcionales especializadas en alguna fase del proceso de abordaje o en un ámbito concreto de actuación: Unidad de Acogida, Unidad Legal, Unidad de Tratamiento, Unidad de Asesoramiento

#### Resultados:

- Desde su inicio en Enero de 2004, se ha confirmado y reforzado la necesidad de la existencia de dispositivos como este Servicio.
- Hasta el mes de octubre, sin hacer difusión pública de este Servicio, se habían atendido ya 68 expedientes (en cada expediente figura una media de 2-3 personas).
- Algunas de las demandas han sido derivadas directamente por dispositivos de la red pública, porque han necesitado un recurso especializado o porque no existía en su territorio.
- Muchas de las demandas recibidas han sido hechas por ciudadanos/as que previamente no han encontrado una respuesta suficiente dentro de los servicios de la red pública.
- Ha habido muchas demandas de personas que requerían de diferentes servicios al mismo tiempo.
- También ha habido demandas de personas que simplemente no sabían a qué servicio recurrir por un determinado caso y que desde nuestra entidad se les ha podido reconducir satisfactoriamente

#### Conclusiones:

- Aunque todavía este programa está en su fase inicial, podemos decir que ha obtenido una respuesta muy satisfactoria tanto desde el ámbito de los dispositivos de la red pública que lo han podido constatar como un servicio de refuerzo especializado, como por el resto de usuarios que nos han formulado diversas demandas.
- Para los profesionales esta experiencia ha sido un constante desafío de superación, como así mismo de confirmación en que esta modalidad de trabajo es muy válida.
- Dado que éste es un servicio que se ofrece gratuitamente y llena un déficit de la red pública, es imprescindible contar con la colaboración económica de las Administraciones Públicas

Apellidos: <b>Sebastián Enriquez</b>	Nombre: <b>Ana María</b>	
Dirección: <b>Ausias Marc 77, 1er, 1ª</b>		
Ciudad / País: <b>Barcelona</b>	Email: <b><a href="mailto:acim@acim.es">acim@acim.es</a></b>	
C.P. <b>08013</b>	Teléfono:	Fax

# C 17

## INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON NIÑOS MALTRATADOS DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN.

**Aladro García, Marta; López Fonseca, M<sup>a</sup> Auxiliadora.; Ruano López, Francisco José; Sancho Calleja, Ana Bella.; Torres García, Ana Victoria**

### OBJETIVOS:

- 1.- Proporcionar tratamiento psicológico a los niños y jóvenes que hayan sufrido malos tratos en la comunidad autónoma de Castilla y León.
- 2.- Implicar a los profesionales, interlocutores sociales, familia y sociedad, en el tratamiento de los menores de edad.
- 3.- Orientar y asesorar a las personas que tienen relación directa con los niños maltratados.
- 4.- Estimular la difusión de la información sobre derechos y servicios puestos a disposición de los menores que sufren maltrato.
- 5.- Potenciar la denuncia, investigación e intervención en los casos de malos tratos.

### METODO DE ASIGNACIÓN MUESTRAL:

Diseño pre-post de caso único con n=1.

Nuestro objetivo es poder investigar el efecto de la intervención en nuestra población objeto de estudio, la infancia maltratada y con expediente de protección.

El tipo de diseño empleado es un diseño a lo largo del tiempo, es decir, un diseño longitudinal, con una duración máxima de tres años.

El modelo teórico adoptado en este programa tiene la base en las siguientes teorías: La terapia de carácter sistémico, la terapia breve y la intervención en redes sociales.

### RESULTADOS

Nº de casos tratados (años 2000-2003): 275

Sobre 73 casos que se ha realizado el seguimiento se han obtenido los siguientes resultados: un 75,90% de los casos se han conseguido los objetivos planteados bien sea total o parcialmente.

En un 90,36% de los casos las personas implicadas consideran que la terapia ha sido útil o muy útil.

### CONCLUSIONES

Con este programa se da tratamiento psicológico a niños que presentan determinados desajustes como consecuencia del maltrato, proporcionando tanto al niño como al adulto que vive con él las habilidades o estrategias necesarias para manejar los problemas.

Hemos comprobado los beneficios de trabajar con toda su red de apoyo, tanto a la hora de definir las dificultades y los objetivos de la terapia como de poner en marcha los recursos para solucionar los problemas.

La participación de la familia biológica en la terapia permite modificar el papel de "malos", aprender nuevos modelos educativos, y formar parte activa de las soluciones para producir el cambio junto a los demás profesionales.

Apellidos: <b>Aladro</b>	Nombre: <b>Marta</b>	
Dirección: <b>C/ Plateros nº 19 bajo 37006 Salamanca</b>		
Ciudad / País: <b>Salamanca/España</b>	Email: <a href="mailto:salamanca@asecal.org">salamanca@asecal.org</a>	
C.P. <b>37006</b>	Teléfono: <b>923 121354</b>	Fax

## C 18

### BURNOUT PROFESIONAL O CUANDO SOMOS NOSOTROS LOS DESESTRUCTURADOS: PROPUESTAS PARA SOBREVIVIR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUT.

**Francesc Domingo i Salvany (Pediatría) y Carme Piqué i Anguera (Trabajo Social)**

**Associació Catalana per la Infància Maltractada (ACIM) y Centro de Asistencia Primaria Balaguer**

**Objetivos.** La cobertura universal de atención sanitaria y educativa de calidad constituyen dos pilares del estado del bienestar y son una realidad “de derecho” que no siempre se transforma en una realidad “de hecho”. Los motivos de esta disociación son diversos. Uno de ellos es el de las condiciones de ejercicio de los profesionales. La actual situación de limitación presupuestaria y, a la vez, la insistente propaganda de todos los derechos que los usuarios pueden exigir deja al profesional en una situación parecida a la del “jamón del bocadillo”. Y se da cuenta que la disociación entre el trabajo soñado y el que realmente tiene que realizar le lleva con al desencanto. Entonces el coste del sistema puede resultar excesivo: el del agotamiento de los profesionales responsables. Si su resiliencia es suficiente sabrán reaccionar y madurar. Sino pueden dejarse llevar por la frustración y transformarse, entonces, en maltratadores institucionales de acción u de omisión. El objetivo, pues, es la mejora de nuestra capacidad de sabernos cuidar para poder cuidar mejor.

**Material y método.** En nuestra zona la falta de recursos en este campo ha llevado a que seamos los mismos profesionales los que nos hayamos organizado para mejorar nuestra capacidad de respuesta. Los instrumentos utilizados han sido: 1) la organización, cada 2 años, desde 1995, de las Jornades ACIM-Terres de Ponent; 2) reuniones mensuales de coordinación interprofesional y; 3) el trabajo en equipo del día a día con la filosofía de la red como soporte básico.

**Resultados i conclusiones.** Desde 1999 y dada su acogida, las Jornades ACIM han tenido como tema monográfico la filosofía de cuidar al cuidador. Para ello nos recogemos (30 participantes, durante 2-3 días = 20 horas de formación) en el Monasterio de Les Avellanes para reflexionar sobre nuestro trabajo individual y en red como profesionales de la ayuda. En cuanto a las reuniones interdisciplinarias mensuales ahora nos planteamos convertirlas en trimestrales dado que la red ya se ha consolidado y funciona en las relaciones a que nos obliga el mutuo quehacer diario del trabajo en equipo.

Como conclusión apuntamos un decálogo de propuestas que nos sirven de ayuda para cuando las cosas se ponen difíciles: 1) Suspirar profundamente tres veces; 2) Respiración superficial consciente mientras realizamos una actividad que nos permite desconectar; 3) Hacerse la pregunta: ¿hay, ahora mismo, una mejor manera de cuidar de mí?. Puede resultar útil aislarse allí donde podamos estar solos (el lavabo!); 4) Sonreír siempre ayuda. A quien da y a quien recibe; 5) Lavarnos manos y muñecas durante un minuto, y sonreírnos; 6) Regar: decirle a alguien, con claridad aquello que nos gusta de él/ella; 7) Anotar con detalle cinco tareas, por simples que sean, llevadas a buen término durante la jornada; 8) Decir “No lo sé” es decir mucho; 9) Limitar nuestra implicación, y posponer nuestros esfuerzos, cuando ya no somos capaces de dar más; 10) Escribir con detalle aquello que no nos parece correcto y hacerlo llegar al responsable del servicio en el que trabajamos.

Apellidos: <b>Domingo i Salvany</b>	Nombre: <b>Francesc</b>	
Dirección: <b>Centro de Asistencia Primaria Balaguer</b>		
Ciudad / País : <b>Balaguer (Lleida)</b>	Email: <b>balaguer@dappunsu.scs.es</b>	
C.P. : <b>25600</b>	Teléfono:	Fax

# C 19

## ESTUDIO DEL MALTRATO INFANTIL DURANTE LOS AÑOS 2002, 2003 Y 2004 EN EL HOSP. 12 DE OCTUBRE

**M<sup>a</sup> Angeles Aparicio Bello y M<sup>a</sup> José Jiménez Agudo Trabajadores Sociales del Hospital Materno-Infantil 12 de octubre**

El **objetivo** del presente trabajo es" *conocer la evolución de aquellos menores que desde las diferentes unidades médicas del hospital se han derivado a esta Unidad bajo sospecha de maltrato desde Enero 2.002 a Mayo 2.004*".

La **metodología** utilizada es la coordinación con aquellos dispositivos de la zona en materia de Servicios Sociales.

El **material** utilizado: Extracción de diversas variables contenidas en los expedientes de los menores derivados a esta Unidad, por sospecha de malos tratos, tanto físicos como sexuales. Número de casos con sospecha de maltrato físico:38 niños y el de casos con sospecha de maltrato sexual:13.

**Resultados** más significativos obtenidos: El 3 % del total de los casos atendidos de menores en esta Unidad son casos de sospecha de maltrato físico, y el 1% del total de los casos atendidos son de sospecha de abuso sexual.

Respecto al **maltrato físico**: El 28% procede del distrito de Usera. El 39% son niñas. El 37% son Inmigrantes. El 16% son de etnia gitana. El 29% son familia monoparental. El 26% tienen entre 6 y 12 meses. En el 24% le traen al hospital ambos padres, y en el mismo porcentaje, solo la madre. La presunta agresión se produce de forma accidental en el 34% de los casos. En el 47 % de los casos existe conflictividad familiar. El 39% de los menores están escolarizados. En el 29% de los casos en que se conoce la situación laboral de los padres, el padre trabaja, sobre todo en profesiones no cualificadas. Respecto a otros indicadores sociales: En un 29% existe un entorno de riesgo social. En el 16 % de los casos, alguno o ambos padres presentan problemas de adicción a tóxicos. En el 13% se manifiestan problemas económicos.

Respecto al **maltrato sexual**: El 31% proceden del distrito de Usera. El 85% de los menores son niñas. El 38% son Inmigrantes. El 31% son familias monoparentales. El 85% los menores están escolarizados. En un 54% es la madre la persona que trae al menor al hospital. En el 46% existe conflictividad familiar. En el 75% los menores tienen entre 3 y 6 años. El presunto agresor es en un 57% intrafamiliar, en un 15 % es extrafamiliar y en un 31% es un abuso sexual entre iguales. De los casos en que se conoce la situación laboral de los padres, ambos padres trabajan en un 23% de los casos. Respecto a otros indicadores destacan: en un 15% existen problemas de adicción a tóxicos en uno o ambos progenitores. En un 77 % de los casos existe un riesgo social. Respecto a la **situación actual**, en la mayoría de los menores continua la intervención en zona y derivados a otros niveles de intervención más especializados: CAI, Salud Mental, CAVAS.

Como **conclusión** cabe resaltar: no todo maltrato conlleva una retirada del menor de su núcleo de convivencia, ya que depende de la concurrencia de una serie de factores y de las posibilidades de intervención en zona. Para ello, es necesaria la coordinación intra/extrahospitalaria y un trabajo en equipo interdisciplinar que garantice el enfoque bio-psico-social propugnado por las definiciones de salud y prevención del maltrato.

Apellidos: <b>Aparicio Bello</b>		Nombre: <b>M<sup>a</sup> Angeles</b>	
Dirección: <b>Avda. de Córdoba</b>			
Ciudad / País: <b>Madrid- España</b>		Email:	
C.P. <b>28041</b>	Teléfono:	Fax:	

## C 20

### REGISTRO DE CASOS DETECTADOS DE MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

**Díaz Huertas Jose A., Esteban Gómez Joaquín, Casado Flores Juan, Ruiz Díaz Miguel Angel Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Familia y Asuntos Sociales**

La Comunidad de Madrid inicio el 1 de enero de 1999 un registro de casos de maltrato infantil detectados desde el ámbito sanitario.

La importancia real de este problema es desconocida, teniendo los profesionales sanitarios una posición privilegiada en la prevención, detección e intervención de los casos.

#### **Objetivos:**

1. Conocer las características epidemiológicas y morbi-mortalidad del maltrato infantil detectado desde el ámbito sanitario;
2. Prevenir, detectar y tratar los casos de maltrato infantil, así como facilitar la comunicación y la actuación de los servicios sociales;
3. Disponer de datos para elaborar programas destinados a la promoción de los derechos y bienestar infantil.

**Material:** Todos los niños que acudan a consultas. Al implicar a toda la red sanitaria y considerando que la población infantil en situación de riesgo acude a consulta con gran periodicidad (Programa Niño Sano, urgencias) la cobertura del Programa debe ser muy elevada.

**Método:** Utilización de la *Hoja de notificación*, en papel autocopiativo que consta de tres copias: una para enviar al registro (mediante correo a franquear en destino), otra para guardar en la historia clínica y la tercera para remitir a los servicios sociales a los efectos de iniciar la atención al niño y su problemática familiar.

**Resultados.** Se presentan y comentan los datos de las primeras 2000 notificaciones recibidas hasta mayo de 2004.

**Comentarios:** La mayoría de los casos corresponden a situaciones de negligencia y maltrato físico siendo superior la notificación desde los hospitales que desde Atención primaria.

**Conclusiones:** La implicación del ámbito sanitario en la detección y tratamiento, asegurando la atención social a los niños se ha visto favorecida mediante la formación y al establecer un sistema estandarizado de notificación de todos los casos a los servicios sociales, además de otras notificaciones necesarias según la gravedad del caso: Parte de lesiones al Juez de Guardia, policía, ... según establece la legislación vigente.

Apellidos: <b>Esteban Gómez</b>		Nombre: <b>Joaquín</b>	
Dirección: <b>Sta. Tecla 1 bis</b>			
Ciudad / País: <b>Madrid</b>		Email: <b>maltratoinfantil@madrid.org</b>	
C.P. <b>28022</b>	Teléfono:		Fax

## C 21

### PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID: FORMACIÓN DE PROFESIONALES

Díaz Huertas Jose A., Esteban Gómez Joaquín, Casado Flores Juan, Ruiz Díaz Miguel Angel  
Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Familia y Asuntos Sociales

El Programa de atención al maltrato infantil de Comunidad de Madrid que se inicio en 1998 contempla como una prioridad dentro de sus actividades la formación.

#### Objetivos:

1. Sensibilizar y formar a los profesionales de los servicios sanitarios y sociales en los problemas psicosociales de la infancia y la detección precoz del maltrato infantil.
2. Crear una red de, informantes. Para ello, en cada área, se ha creado la figura de referente del Programa.
3. Facilitar la coordinación de los distintos ámbitos.

#### Material:

Profesionales sanitarios y de servicios sociales (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, educadores sociales)

#### Método:

1. *Cursos* de 20 horas lectivas para profesionales, asisten de cada Área sanitaria y de servicios sociales, hospital, y de otros recursos sanitarios (municipales, privados,..). A cada curso asisten aproximadamente 100 alumnos. Se celebran en hospitales.
2. *Reuniones semestrales* de seguimiento y formación continuada en cada una de las 11 Áreas Sanitarias de Madrid.;

#### Resultados:

Se han realizado desde noviembre de 1998:

- 4 cursos atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario
- 5 cursos de detección de riesgo social en la embarazada y el recién nacido
- 5 curso de atención al abuso sexual Infantil
- 4 curso de atención de enfermería al maltrato infantil
- 3 cursos de atención al maltrato infantil desde los servicios sociales
- 4 cursos de atención al maltrato infantil desde salud mental
- 3 cursos a servicios especiales de urgencia (SUMMA, SAMUR)
- 110 reuniones de seguimiento

**Conclusiones:** Existe una gran demanda de formación ante el desconocimiento acerca de aspectos clínicos del maltrato infantil, sistema actual de protección de menores y de la intervención así como por las falsas creencias y mitos que dificultan la intervención de los profesionales.

Apellidos: <b>Díaz Huertas</b>	Nombre: <b>José A.</b>	
Dirección: <b>Sta. Tecla 1 bis</b>		
Ciudad / País: <b>Madrid</b>	Email: <b>maltratoinfantil@madrid.org</b>	
C.P. <b>28022</b>	Teléfono:	Fax

## C 22

### APROXIMACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA AL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Díaz Huertas JA, Contreras Florido S, Ruiz Díaz MA. García Pérez J,

El Abuso Sexual Infantil (ASI) se reconoce como un problema importante en nuestra sociedad, pero se desconoce su epidemiología en nuestro país, siendo pocos los datos que se conocen desde las diferentes fuentes de detección.

La Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia (APIMM) está realizando una aproximación a esta problemática a través de los programas subvencionadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Esta investigación se realiza conjuntamente con el Departamento de Metodología y Psicología Social de la Universidad Autónoma de Madrid y el Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

#### OBJETIVOS:

- Aproximación tanto cualitativa como cuantitativa al conocimiento del problema del ASI en nuestro país.
- Creación de protocolos de buenas prácticas interdisciplinares.

#### MATERIAL Y MÉTODO:

- Revisión de la bibliografía sobre ASI tanto de aspectos conceptuales como epidemiológicos en nuestro país.
- Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar para cumplimentar el estudio.
- Elaboración de un cuestionario que se envió a expertos e Instituciones solicitando datos de casos detectados de ASI en los dos últimos años (2002-2003).
- Así mismo se solicitó a diferentes expertos e instituciones protocolos de actuación en los que se basan su intervención, para posteriormente realizar la propuesta que se estime desde esta investigación.

#### RESULTADOS Y COMENTARIOS:

Se presentaran los resultados y la situación de la investigación hasta el momento de la realización del Congreso.

Apellidos: <b>Contreras Florido</b>		Nombre: <b>Sonia</b>	
Dirección: <b>Delicias, 8 entreplanta</b>			
Ciudad / País: <b>Madrid / España</b>		Email: <b><a href="mailto:sonia.contreras@uam.es">sonia.contreras@uam.es</a></b>	
C.P. <b>28045</b>	Teléfono:		Fax.

## C 23

### PREVENCIÓN DE SITUACIONES PROBLEMÁTICAS EN LA ADOPCIÓN

Lila Parrondo

La adopción es una medida de protección a la infancia que garantiza el derecho de todo niño o niña a tener una familia.

La adopción está recogida en la Convención de los Derechos del Niño promulgada en 1989, en los artículos 20, 21 y 35, en los que hace referencia a la obligación de los Estados a proteger y dar asistencia especial a los niños que temporal o permanente se vean privados de su medio familiar, y a las medidas que pueden ponerse en práctica para velar por su superior interés : hogares de guarda, la kafala islámica y la adopción.

E instando a los Estados que permiten la adopción de menores a velar por que las mismas se realicen siempre atendiendo al interés superior del menor, y que puedan ser respetados, en la medida de lo posible, su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico. Cuando ello no sea posible, velarán porque las adopciones realizadas por familias de otros países cumplan con las garantías equivalentes a las existentes respecto de la adopción en el país de origen.

Los estados parte tomarán todas las medidas necesarias para impedir el secuestro, la venta o la trata de niños para cualquier fin.

Para reflexionar sobre las dificultades que este tipo de vinculación familiar puede traer aparejadas, intentaremos hacer un recorrido acompañando a los actores de este proceso : padres y niños, con la intención de ir descubriendo los aspectos que deberían considerarse necesarios en la prevención de factores de riesgo que pudieran llevar al fracaso de la adopción.

Apellidos: <b>Parrondo</b>		Nombre: <b>Lila</b>
Dirección:		
Ciudad / País:		Email: <b><u><a href="mailto:lilaparrondo@yahoo.es">lilaparrondo@yahoo.es</a></u></b>
C.P.	Teléfono:	Fax



## C 24

### PROYECTO LUZ: ANÁLISIS CUANTITATIVO Y DESCRIPTIVO DE 141 CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Ana Díaz Beyá y Regina Sandoval Moreno.

Se trata de un análisis cuantitativo y descriptivo de 141 casos de abuso sexual infantil atendidos en la Comunidad Autónoma de Murcia entre el año 2002 y 2004, en la Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM), dentro de su Programa "Proyecto Luz". El objetivo de esta exposición es ofrecer las cifras sobre los casos de abuso sexual infantil atendidos, y su relación con otros estudios actuales, así como reflexionar ante las características estudiadas: edad, sexo, nacionalidad, características de los agresores, y otras. Los resultados se exponen a través de tablas y gráficos.

Apellidos: <b>Díaz Beyá</b>		Nombre: <b>Ana</b>
Dirección: <b>Av. San Juan de la Cruz, nº 31</b>		
Ciudad / País: <b>Murcia / España</b>		Email: <b>adbeya@hotmail.com</b>
C.P. <b>30.011</b>	Teléfono:	Fax

## C 25

### MALESTAR PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Pereda, N. y Forns, M.

Dpt. Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics

Universitat de Barcelona

Existen diversas falsas creencias respecto al abuso sexual infantil entre las que destacan su escasa prevalencia y la inocuidad de esta experiencia en sus víctimas. En el presente estudio se aplicó el cuestionario *The Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ; Kubany y Haynes, 2001) a un total de 1.033 estudiantes universitarios, de entre 18 y 30,6 años ( $M = 22,1$ ;  $DT = 31,46$ ), (317 hombres, 30,7%; y 716 mujeres, 69,3%). De éstos, un 14,9% manifestó haber sufrido abuso sexual infantil con contacto físico antes de los 13 años y un 3,0% después de los 13 años pero antes de los 18. La comparación del grupo víctima de abuso sexual infantil con un grupo control víctima de un accidente de tráfico grave y otro que no ha experimentado ningún acontecimiento traumático permite observar la elevada presencia de sintomatología psicopatológica en estas víctimas, evaluada con el *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1975). Los resultados ilustran la extensión del abuso sexual en nuestra sociedad y la necesidad de aplicación de programas de prevención primaria dirigidos a todos los grupos sociales, así como la formación de profesionales en al área de la salud mental que permitan un adecuado tratamiento de estas víctimas.

*Palabras clave: abuso sexual infantil, prevalencia, psicopatología, población universitaria.*

Apellidos: <b>Pereda</b>	Nombre: <b>Noemí</b>	
Dirección: <b>Associació FADA C/ Fontanella 20, 5è A</b>		
Ciudad / País: <b>Barcelona</b>		Email: <b><a href="mailto:asfada@suport.org">asfada@suport.org</a></b>
C.P. <b>08010</b>	Teléfono:	Fax

## C 26

### ÚLTIMAS TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA IDENTIFICACIÓN DE NEONATOS.

**Carlos Javier Herreros Rodríguez**

**Presidente de IDENTIFICACIÓN Y CUSTODIA NEONATAL, S.A.**

Objetivo: Dar a conocer las últimas tecnologías en materia de identificación de recién nacidos. La Biometría Dactilar, usada hasta ahora en adultos, es por primera vez aplicada a neonatos.

Material: Fotografías y/o diapositivas, ilustrando entre otros materiales huellas de recién nacidos a alta resolución.

Método: Conferencia con presentación de fotografías y/o diapositivas.

Resultados: Esperamos informar sobre los recursos de que disponemos hoy en día para la obtención de huellas dactilares en recién nacidos haciendo uso de las más modernas técnicas de escaneado dactilar.

Conclusiones:

1. La tecnología se debe aplicar para el bien de la sociedad.
2. La Sociedad cuenta con los recursos necesarios para realizar una identificación objetiva e inequívoca de los niños desde su nacimiento, recursos que no se explotan, en la mayoría de los casos, por desconocimiento. Aplicando los mismos quedaría garantizado el derecho del niño a saber, en todo caso, quién es su madre biológica.
3. Aplicando las nuevas tecnologías podríamos disponer de un Registro Civil Electrónico donde además de un nombre, una fecha de nacimiento o una nacionalidad, tengan todas las personas, desde su nacimiento, una IDENTIDAD basada en las huellas dactilares. Adicionalmente se podría disponer de un libro de familia con los datos biométricos de los niños que impidiera el tráfico ilegal que se produce en muchos países.

Apellidos: <b>Herreros Rodríguez</b>		Nombre: <b>Carlos Javier</b>	
Dirección: <b>Avda. Andalucía, 2 Of. 207 y 208</b>			
Ciudad / País: <b>Madrid - España</b>		Email: <b>ch@icnid.com</b>	
C.P. <b>28700</b>	Teléfono:		Fax

## C 27

### DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON MENORES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL: TRES AÑOS DE EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE ADIMA

**Ana Romero Gómez. Psicóloga. Coordinadora de la Unidad de Tratamiento, Orientación y Asesoramiento Jurídico de ADIMA**

La presente comunicación tiene por objeto dar a conocer la experiencia de trabajo de la Unidad de Tratamiento, Orientación y Asesoramiento Jurídico para casos de menores víctimas de abuso sexual de ADIMA.

En la actualidad existen numerosas pruebas e investigaciones que demuestran que el abuso sexual infantil es una experiencia aversiva que, con una alta probabilidad, provoca daños en el desarrollo y tiene un fuerte impacto en el bienestar físico y psicológico de los menores víctimas. Los efectos del abuso sexual en los menores abarca un amplio abanico de consecuencias negativas y destructivas que requieren, en la mayoría de los casos, de un tratamiento especializado que permita eliminar o minimizar los síntomas disruptivos y favorecer la calidad de vida de estos menores. En esta línea, desde septiembre de 2001, ADIMA viene desarrollando el Programa de Tratamiento, Orientación y Asesoramiento jurídico para menores víctimas de abuso sexual, financiado por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Dicho Programa lo lleva a cabo un equipo multidisciplinar formado por psicólogo/as, trabajadora social y asesora jurídica. Los objetivos generales planteados son :

-Realizar las intervenciones psicoterapéuticas necesarias para el tratamiento a las víctimas y sus familias (psicoterapia individual, familiar y grupal).

-Crear un contexto de ayuda y atención que permita elaborar la situación vivida, reducir los síntomas y secuelas derivados de la misma y evitar la revictimización.

-Orientar al menor y a los adultos responsables sobre las pautas y recursos que son beneficiosos para la resolución del conflicto vivido.

-Proporcionar asesoramiento y orientación sobre las cuestiones legales que afectan al bienestar del menor.

-Favorecer la consolidación de un sistema de coordinación entre los diferentes profesionales e instituciones implicados.

Hasta el momento presente, han sido derivados a nuestra Unidad un total de 200 casos de menores víctimas de abuso sexual desde las diferentes provincias de Andalucía Occidental.

Apellidos: <b>Romero Gómez</b>	Nombre: <b>Ana</b>	
Dirección: <b>Avda. de Hytasa nº 5, 1ºA</b>		
Ciudad / País: <b>Sevilla- España</b>	Email: <b>adima@correo.cop.es</b>	
C.P. <b>41006</b>	Teléfono:	Fax

## C 28

### INFANCIA MALTRATADA EN GUATEMALA. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.

**Chelo Baón Fernández y María Pérez Aporta**  
**Casa Guatemala España**

La Asociación Casa Guatemala, fundada en 1977, cuenta con tres centros asistenciales, dos en la ciudad de Guatemala y uno en Río Dulce.

La Asociación Casa Guatemala toma la responsabilidad de asistencia integral del menor (alimentación, salud, educación y formación) a través de un oficio emitido por el juez de menores a favor del representante legal de la asociación y este se encarga de ello o bien en los centros de la ciudad o bien el centro de Río Dulce, en la selva de Guatemala.

Los dos centros de la ciudad tienen capacidad para un grupo de 30 niños menores de dos años y 14 niñas adolescentes y el centro de Río Dulce se encarga de la protección y tutela de 300 niños de edades comprendidas entre los 2 y 17 años, de los cuales un 60% son huérfanos o sin familia responsable y el 40% restante son niños indígenas procedentes de las aldeas K'ekchi de la zona, a los cuales se les garantizan también estos servicios integrales para con la infancia.

Con este objetivo de asistencia integral al menor el centro de Río Dulce cuenta, además de las instalaciones de vivienda para niños/as y adolescentes y el personal laboral y los voluntarios, con una escuela Kinder, una escuela primaria, una biblioteca, una clínica, un comedor-cocina, una granja-escuela, varias bodegas y otras muchas instalaciones (parque, campo de fútbol, campo de básquet,...), todo ello dirigido por personal remunerado del país y por voluntarios extranjeros de diferentes países, en zona de selva accesible solo por medio acuático.

#### JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

Casa Guatemala Río Dulce incluye un Proyecto Educativo que abarca desde prekindergarten hasta 6° de primaria en el cual se establecen las bases para el pleno desarrollo del ejercicio profesional de los maestros y, asimismo, existe un Plan General de Trabajo de los voluntarios y diversos dosieres sobre los deberes y normas de estos para con los niños (orientación para voluntarios, deberes del coordinador de voluntarios, reglas del coordinador de chiquitos, reglas de actividades,...) Todos los dosieres pretenden la formación y el desarrollo completo de los niños/as y adolescentes de Casa Guatemala Río Dulce, ya sea a través de la escuela -Proyecto Educativo- o de las diferentes áreas en que desde el inicio el orfanato colaboran los voluntarios (chiquitos, escuela, actividades,...).

Siendo conscientes de las limitaciones con las que cuenta el centro, aislamiento geográfico, heterogeneidad de los niños/s, casas muy mejorables, en todo momento se concibió el orfanato como lugar para impulsar y promover la capacitación de todos los niños y niñas para su pleno desarrollo en la vida adulta.

La formación integral del niño/a no solo incluye su formación académica o intelectual sino también una formación en valores.

Considerando que estos valores no son innatos, sino que se adquieren desde diferentes ámbitos y Casa Guatemala Río Dulce, por la peculiaridad de su aislamiento geográfico, dispone de todos los factores para el desarrollo del niño bien definidos: ejemplo de los mayores, escuela, relación con los iguales, organización de la propia institución,...el educador/a es un elemento clave para la difusión de los mismos, al representar este el primer ambiente en el niño.

Apellidos: <b>Baón Fernández</b>	Nombre: <b>Chelo</b>	
Dirección: <b>Atocha 100 1 int izq</b>		
Ciudad / País: <b>Madrid</b>	Email: <b>chelo@casa-guatemala.org</b>	
C.P. <b>28012</b>	Teléfono:	Fax

## C 29

### LIBROS Y CUENTOS. ¿PUEDEN AYUDAR EN LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL?

Susana Bello Miró\* y Erika Suma Pezzi\*\* (pediatras) Sra. Mariona Roig Sitjar\*\*\* (maestra)  
Sra. Esther del Moral\* (D.I.U.) Sra. Olga Dern\* (comadrona)

\*Corporació de Salut Maresme-Selva (Blanes-Calella) (Girona-Barcelona)

\*\*A.B.S Just Oliveres (Cornellà) (Barcelona)

\*\*\*Escola Pública Pau Vila (Barcelona)

**Introducción:** La literatura infanto juvenil orientada, sea desde la escuela o sea desde el ámbito familiar, sin menospreciar su aspecto lúdico, favorece la salud integral del individuo y de la sociedad. Consecuentemente puede ser un instrumento más en la prevención del maltrato infantil.

Ya desde la más tierna infancia el poder disfrutar de la lectura ternura que representa un momento de amor, de compartir, de relación afectiva padres-hijos. Más adelante la magia de la lectura, el estímulo de la creatividad, de la curiosidad, el despertar nuevas sensaciones, y la adquisición de buenos hábitos. Posteriormente como ayuda para superar miedos, complejos, identificándose con el personaje. El placer de conocer cosas, ideas, mundos nuevos, de aprender, de entender temas difíciles de explicar, como la vida, la enfermedad y la muerte. Imaginar, evadirse, descumaginar, de la evasión, descubrir los propios sentimientos y los de los demás, la lectura espejo. Poco a poco ir incorporando valores como el compartir, las relaciones humanas, el respeto a las diferencias, la sinceridad, el respeto hacia uno mismo y hacia los demás y el entorno, la diversidad. La lectura compartida con los padres, icentivando el diálogo. Llegando a la adolescencia , lecturas sobre jóvenes como ellos en situaciones diversas, lecturas realistas, aumentando los conocimientos de si mismos, de la vida, del mundo, de los hombres, sus valores y desviaciones, sus circunstancias, la sexualidad. Desarrollar la capacidad crítica, la tolerancia, la comprensión, la autoestima. Aprender a encontrar recursos ante situaciones desfavorables, a ponerse en la piel del otro.

El niño, el adolescente y futuro adulto que lee, probablemente será más libre en sus decisiones, más crítico, se querrá y respetará más a si mismo, a los otros i al mundo. Probablemente disfrutará de una salud mental, emocional y social mejor.

Respecto a los padres no hay duda de que la información práctica y no engorrosa acerca de los cuidados físicos y emocionales de sus hijos podrá facilitar la prevención, la comprensión y la resolución tanto de los pequeños contratiempos del día a día como de las situaciones más difíciles o conflictivas. Facilitarles formación e información de la que también ellos pueden salir beneficiados.

**Objetivo:** realizar una cuidadosa y crítica revisión de la literatura actual dirigida a los padres y/o a los niños y adolescentes, buscando títulos que se puedan aconsejar por su utilidad en beneficio de la salud física, mental, emocional y social de los niños y adolescentes.

**Método:** un equipo formado por dos pediatras, una enfermera, una maestra y una comadrona ha revisado cerca de 600 ejemplares, libros y cuentos, relacionados con la salud física, mental, emocional y social de los niños y los adolescentes. Nos hemos guiado en la selección por la sencillez y la amenidad de su lectura, la transmisión de ideas claras y actuales con un contenido informativo veraz y formativo de valores en busca de esa mejora de la salud integral personal y social.

**Resultados:** Se ha elaborado un catálogo-guía de casi 300 títulos distribuidos por temas y edades. Unos de utilidad preventiva (cuidado físicos, educación, información, adquisición de hábitos, adquisición de valores...) y otros de ayuda frente a los problemas o situaciones habituales y a los no tan habituales .

**Conclusiones:** Existe una literatura de la calle que puede contribuir a conseguir una buena salud física, emocional, mental y social del niño y del adolescente, tanto por su contenido informativo como formativo. Evidentemente útil para la prevención del maltrato infantil tanto entre iguales como del adulto respecto al niño. Sería bueno que la aprovecháramos por su utilidad y probablemente ayudaríamos a revivir el hábito de la lectura en nuestra sociedad.

Apellidos: <b>Bello Miró</b>		Nombre: <b>Susana</b>	
Dirección:			
Ciudad / País:		Email: <b>susana.bello@eresmas.net</b>	
C.P.	Teléfono:	Fax	

## C 30

### CASOS DETECTADOS DE MALTRATO INFANTIL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS 1999-2003

Díaz Huertas JA (\*), García Pérez J (\*), Lirio Casero J (\*), Solera R (\*\*), Torres Criado M (\*\*\*)  
(\* ) Pediatra, (\*\*) Trabajadora Social, (\*\*\*) Auxiliar Enfermería.

Unidad de Pediatría Social. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

Los hospitales se consideran un ámbito privilegiado para la detección del maltrato infantil.

El maltrato infantil, su atención y prevención, es una de los principales problemas que se consideran dentro del trabajo del Hospital Universitario Niño Jesús desde su creación, es el primer hospital infantil inaugurado en España (1877).

La Comunidad de Madrid estableció un sistema de detección, notificación y registro de casos de maltrato infantil detectado desde el ámbito sanitario.

#### Objetivos:

Detectar los casos de maltrato infantil atendidos en el Hospital y notificar al trabajador social para la atención del caso y al Registro de la Comunidad de Madrid a los efectos epidemiológicos.

#### Material:

Niños atendidos en el Hospital Universitario Niño Jesús

#### Método

Utilización de los protocolos de detección, notificación y registro de casos elaborados por el Instituto Madrileño del Menor y la Familia y por el propio Hospital

De acuerdo al Protocolo del Hospital los niños son derivados a la consulta de la Unidad de Pediatría Social para el seguimiento del caso en sus aspectos clínicos y psicosociales que se realizan mediante un trabajo en Equipo junto con el Departamento de Psicología y de Trabajo Social y aquellos otros servicios que se requieren según el caso.

#### Resultado:

Presentaremos los datos referentes a las notificaciones realizadas por el Hospital, sus diferentes servicios, en los cinco primeros años del Registro

Se realizaron un total de 314 notificaciones en los cinco primeros años del Registro.

#### Conclusiones:

El instrumento elaborado por el Instituto Madrileño del menor y la Familia es una herramienta útil que facilita la detección y notificación a si como la atención y coordinación con el departamento de Trabajo Social.

El maltrato infantil sigue siendo un problema importante en pediatría tanto por su frecuencia como por los efectos en los niños.

Es necesario continuar desarrollando programas de formación e incorporando dentro de los diferentes protocolos el maltrato infantil como una de las posibles patología a descartar

Apellidos: <b>Díaz Huertas</b>		Nombre: <b>José A.</b>	
Dirección: <b>Avda. Menéndez Pelayo, 65</b>			
Ciudad / País: Madrid		Email: <b>josea.diaz@madrid.org</b>	
C.P. 28009	Teléfono: <b>91 503 59 00 ext. 483</b>		Fax







**INDICE  
POSTERS**

<b>REF</b>	<b>POSTER</b>	<b>AUTORES</b>	<b>PAG</b>
<b>P1</b>	Características sociales de los menores ingresados.	<i>Clara Santabrigida Barrio Cristina Pérez Castaño Ángel Cortés Lozano</i>	<b>217</b>
<b>P2</b>	El burnout en educadores de centros de protección.	<i>Mónica López López Adriana Cuetos Purón Amaia Bravo Arteaga Jorge Fernández del Valle</i>	<b>218</b>
<b>P3</b>	Un análisis sobre la relación entre la valoración del riesgo y la toma de decisiones acerca de las medidas de protección infantil.	<i>Sandra Simó-Teufel Alicia Arnau Gloria Bernabé</i>	<b>219</b>
<b>P4</b>	Una propuesta para homogeneizar la valoración del riesgo y la toma de decisiones entre los profesionales de la protección infantil.	<i>Sandra Simó-Teufel Alicia Arnau Gloria Bernabé</i>	<b>220</b>
<b>P5</b>	Estudio de la problemática social familiar de los menores ingresados en un centro de protección	<i>Clara Santabrigida Barrio Cristina Pérez Castaño Ángel Cortés Lozano</i>	<b>221</b>
<b>P6</b>	El care-index un instrumento observacional para la identificación de patrones interaccionales de riesgo para el niño/a en la primera infancia.	<i>Sandra Simó-Teufel</i>	<b>222</b>
<b>P7</b>	Evaluación de objetivos educativos en centros de acogida.	<i>Mª Jesús Sierra Vázquez Verónica Naves Álvarez Amaia Bravo Arteaga Jorge Fernández del Valle</i>	<b>223</b>
<b>P8</b>	Evaluación de problemas conductuales en niños y jóvenes en acogimiento residencia.	<i>Alexia Llanos López Mónica López López Jorge Fernández del Valle Amaia Bravo Arteaga</i>	<b>224</b>
<b>P9</b>	Factores que afectan negativamente a la parentalidad.	<i>Bernabé Valero, Mª Gloria Pons-Salvador, Gemma Cerezo Jiménez, Mª Ángeles</i>	<b>225</b>
<b>P10</b>	Memoria de resultados obtenidos por el servicio especializado de atención a familia e infancia (SEAFI) en un municipio de la comunidad valenciana.	<i>Alhambra D., M. S. Martínez B., E. Lorenzo, R.</i>	<b>226</b>
<b>P11</b>	Programa de actuaciones del servicio especializado de atención a familia e infancia.	<i>Alhambra D., M. S. Martínez B., E. Lorenzo, R.</i>	<b>227</b>
<b>P12</b>	El tratamiento del maltrato infantil desde un servicio especializado de atención a la familia.	<i>Ana Belén Dieste Emilio Más Daniel Chicano José Vicente Alemany Mª Teresa Caballero Mª Carmen Sierra</i>	<b>228</b>
<b>P13</b>	Empatía disposicional en padres y madres alto riesgo para el maltrato físico infantil	<i>Alicia Pérez-Albéniz Joaquín de Paúl Amaia Ormaechea</i>	<b>229</b>
<b>P14</b>	Negligencia infantil y empatía.	<i>María Guibert Espel Joaquín De Paúl Ochotorena Nagore Asla Alzibar</i>	<b>230</b>

<b>P15</b>	Problemáticas específicas en familias con menores entre 3 y 5 años.	<i>R. Trenado Santarén G. Bernabé Valero D. Banacloche Gozalbo</i>	<b>231</b>
<b>P 6</b>	La inadecuada identificación de los recién nacidos y sus graves consecuencias	<i>Carlos Javier Herreros Rodríguez</i>	<b>232</b>
<b>P 17</b>	El método umbrella para el aprendizaje de habilidades para la vida independiente en acogimiento residencial	<i>Jorge Fernández del Valle Jose L. García Quintanal</i>	<b>233</b>
<b>P18</b>	¿Podemos y debemos hablar de maltrato hospitalario infantil?	<i>S. Bello X. Herrero A.Roca A. Ballester</i>	<b>234</b>

# P 1

## CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS MENORES INGRESADOS EN UN CENTRO DE PROTECCIÓN

Clara Santabrigida Barrio, Cristina Pérez Castaño, Ángel Cortés Lozano.

R. Casa de los Niños. I.M.M.F. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. C.A.M.

El maltrato en cualquiera de sus formas: físico, negligencia, abandono, etc.; ha sido una de las causas más importantes del ingreso de los menores en los centros de protección. Nos planteamos analizar los factores sociales que presentan los menores ingresados en nuestro centro.

### Material y métodos:

Se recogen los datos sociales de forma retrospectiva, desde Enero de 1998 hasta Junio de 2004, de los menores ingresados en la Residencia Casa de los Niños, que acoge menores de cero a seis años.

### Resultados:

Hubo un total de 156 menores ingresados en el tiempo de estudio. En relación a la edad el 69,2% fueron menores de 6 meses, completando hasta un 86,5% del total con el intervalo de 6 a 12 meses. La proporción varón /hembra fue similar en ambos sexos.

Dentro de los motivos de ingreso, la falta de recursos (37,4%), el abandono (18%), la toxicomanía parental (18%), la enfermedad mental de los padres (10,9%), el maltrato físico (10,3%), fueron las más frecuentemente encontrados como causa principal, aunque en muchos menores había asociación de varios de ellos.

El 34,6% fueron hijos de inmigrantes, la mayoría (76%) en situación irregular.

El 78,7% fueron tutelados. En el 44,9% de los casos hubo antecedente de tutela de otros hermanos. En sólo el 33,9% del total se consiguió la reincorporación familiar. El tiempo de institucionalización fue de menos de 6 meses en el 32%, entre 6 y 12 meses en el 34%, entre 12 y 18 meses en el 18,7% y más de 18 meses en el 25%.

En el 28,2 % de los menores se encontró algún tipo de patología que precisó ser controlada, siendo las más frecuentes las que afectaban a los sistemas neurológico, cardiaco y pulmonar.

### Conclusiones:

- El maltrato en cualquiera de sus formas sigue siendo una causa importante de ingreso de los menores en los centros de protección.
- Los factores sociales como toxicomanía, falta de recursos, enfermedades de los padres, madres solas y otros nuevos como la inmigración, siguen apareciendo en los antecedentes de los menores tutelados., por lo que se debe seguir insistiendo en la solución de la problemática social clásica y abordar los problemas nuevos como la inmigración.
- Existe una alta prevalencia de patologías que precisan ser controladas en los menores que ingresan en los centros de protección.

Apellidos: <b>Cortés Lozano</b>	Nombre: <b>Angel</b>	
Dirección: <b>Ctra. Colmenar Viejo Km. 12,800</b>		
Ciudad / País: <b>Madrid</b>	Email:	
C.P. <b>28049</b>	Teléfono:	Fax

## P 2

### EL BURNOUT EN EDUCADORES DE CENTROS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA

**Mónica López López, Adriana Cuetos Purón, Amaia Bravo Arteaga y Jorge Fernández del Valle**

El burnout o síndrome de “estar quemado” se entiende como una respuesta negativa al estrés laboral crónico, y se caracteriza por tres dimensiones: Agotamiento físico, Despersonalización y Sentimientos de baja realización personal en el trabajo (Maslach y Jackson, 1981). El estudio de las profesiones asistenciales ha revelado como las consecuencias del estrés revierten en un desempeño profesional inadecuado en relación con las personas que reciben sus cuidados. En el caso de los educadores en centros de protección a la infancia, los profesionales “quemados” pueden estar ejerciendo de modelo para los niños y adolescentes que atienden. Además, el burnout supone importantes pérdidas de recursos humanos y económicos para las administraciones de los distintos centros asistenciales.

El objetivo de este estudio es revelar aquellas variables personales, profesionales y laborales que puedan estar constituyendo una fuente de estrés laboral para los educadores.

Los datos relacionados con el síndrome de burnout de este estudio se obtuvieron por medio de la aplicación de un cuestionario basado en el CBP (Cuestionario de Burnout de Profesorado, Moreno, 1990) a una muestra de 199 educadores, con edades comprendidas entre los 21 y 63 años pertenecientes a 19 centros de dos comunidades autónomas.

En la exposición se describirán los niveles de burnout de los educadores en centros de protección a la infancia, así como la relación de este síndrome con algunas variables tanto personales (edad, sexo, formación, estado civil) como organizacionales (tipo de centro, años de trabajo como educador, cambios de centro de trabajo).

El análisis de los resultados nos permitirá ver si estos concuerdan con los obtenidos en estudios precedentes sobre los profesionales de la infancia y, al mismo tiempo, compararlos con los hallados en otros contextos como el sanitario o el educativo, donde se empieza a evidenciar la necesidad de planes preventivos.

#### Referencias Bibliográficas

- Maestro, C. (1995) *El estrés-burnout en educadores de centros de acogida de menores*. Proyecto de investigación. Dpto. de Psicología, Universidad de Oviedo
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). "Burnout in organizational settings." En: Oskamp, S. (ed), *Applied Social Psychology Annual*, vol.5. Beverly Hills, Sage.
- Moreno, Oliver, Pastor (1990). "El Burnout, una forma específica de estrés laboral". En: Carballo, V. E. y Buela, G. (comp.), *Manual de Psicología Clínica, Madrid, Siglo XXI*.

Apellidos: **López López**

Nombre: **Mónica**

Dirección: **C/ Juan XXIII N°20 6°D**

Ciudad / País: **Avilés (Asturias)**

Email: **la\_nanny@telecable.es**

C.P. **33403**

Teléfono:

Fax

## **P 3**

### **UN ANÁLISIS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA VALORACIÓN DEL RIESGO Y LA TOMA DE DECISIONES ACERCA DE LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN INFANTIL**

**Sandra Simó-Teufel, Alicia Arnau y Gloria Bernabé**

El objetivo del presente trabajo consiste en analizar el proceso de toma de decisiones de los técnicos de la protección a la infancia acerca de la medida de protección a aplicar en situaciones de malos tratos. Los resultados que se presentan en este trabajo han sido obtenidos en el programa "Detección, evaluación y actuación ante el maltrato infantil desde el ámbito de servicios sociales" realizado por APREMI durante el curso 2003 y 2004.

El estudio se realizó con una muestra de 50 profesionales del ámbito de la protección a la infancia de la Comunidad Valenciana (trabajadores sociales, psicólogos y educadores), que participaron en un curso de formación/información dirigido a obtener un conocimiento unificado, integral y comprensivo del fenómeno del maltrato infantil, así como de los procedimientos y los criterios que guían la valoración y la actuación en casos de maltrato infantil. Las valoraciones individuales de los profesionales acerca de la medida de protección se refieren a un mismo caso de maltrato infantil diseñado específicamente para el estudio, y se obtuvieron en una fase previa a la unificación de contenidos y procedimientos. La hipótesis es que ante un mismo caso y, sin utilizar un procedimiento estandarizado, existirá heterogeneidad respecto a la valoración del riesgo y, como consecuencia, respecto a la medida de protección.

Los resultados preliminares indican que existen diferencias en la toma de decisión acerca de la medida de protección a aplicar, y que estas diferencias están relacionadas con la apreciación que el técnico tiene del nivel de riesgo que sufre el menor.

Apellidos: <b>Simó Teufel</b>		Nombre: <b>Sandra</b>	
Dirección: <b>C/ Burriana 44, pta 11</b>			
Ciudad / País: <b>Valencia</b>		Email: <b>sismo@ono.com</b>	
C.P. <b>46005</b>	Teléfono:		Fax

## **P 4**

### **UNA PROPUESTA PARA HOMOGENEIZAR LA VALORACIÓN DEL RIESGO Y LA TOMA DE DECISIONES ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PROTECCIÓN INFANTIL**

**Sandra Simó-Teufel, Alicia Arnau y Gloria Bernabé**

El objetivo del presente trabajo consiste en demostrar que la utilización de un instrumento estandarizado para valorar el nivel de riesgo que corre un menor contribuye a homogeneizar las valoraciones de los profesionales y a facilitar el proceso de toma de decisiones con respecto a la protección del menor. Los resultados que se presentan en este trabajo han sido obtenidos en el programa “Detección, evaluación y actuación ante el maltrato infantil desde el ámbito de servicios sociales” realizado por APREMI (Asociación de la Comunidad valenciana para la Defensa de los Derechos del Niño y la Prevención del Maltrato Infantil) durante el curso 2003 y 2004.

El estudio se realizó con una muestra de 50 profesionales del ámbito de la protección a la infancia de la Comunidad Valenciana (trabajadores sociales, psicólogos y educadores), que participaron en un curso de formación/información dirigido a obtener un conocimiento unificado del fenómeno del maltrato infantil, así como de los procedimientos y los criterios que guían la valoración y la actuación en casos de maltrato infantil. Dichos profesionales evaluaron el nivel de riesgo a partir de un instrumento estandarizado, que se ofreció en el curso y que consta de 23 factores, que exploran a través de diferentes áreas de funcionamiento del menor y su familia, la probabilidad de recibir malos tratos y la gravedad de los mismos.

Los resultados preliminares indican que cuando se utiliza un instrumento formal o estandarizado existen menos diferencias en la valoración del riesgo y en las decisiones relacionadas con la medida de protección, que cuando se utiliza un “criterio clínico” o personal.

Apellidos: <b>Simó Teufel</b>	Nombre: <b>Sandra</b>	
Dirección: <b>C/ Burriana 44, pta 11</b>		
Ciudad / País: <b>Valencia</b>	Email: <b>sismo@ono.com</b>	
C.P. <b>46005</b>	Teléfono:	Fax

## P 5

### ESTUDIO DE LA PROBLEMÁTICA SOCIAL FAMILIAR DE LOS MENORES INGRESADOS EN UN CENTRO DE PROTECCIÓN

Clara Santabrigida Barrio, Cristina Pérez Castaño, Ángel Cortés Lozano.

R. Casa de los Niños. I.M.M.F. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. C.A.M.

El motivo de ingreso de los menores en los centros de protección, está directamente relacionado con la problemática social de sus padres, por este motivo nos planteamos estudiar esta problemática en los menores de nuestra residencia.

#### Material y métodos:

Se recogieron de forma retrospectiva, los datos sociales de los padres de los menores ingresados, desde Enero de 1998 hasta Junio de 2004, en la Residencia Casa de los Niños, que acoge menores de cero a seis años.

#### Resultados:

Un total de 156 menores ingresaron en la residencia durante el periodo de estudio. Se obtuvieron datos del 46,7% de los padres y del 87% de las madres. El grupo de edad mayoritario en los padres fue entre 30 y 40 años en el 49,3%, y en las madres fue entre 20 y 30 años en el 50,7%. En 8 casos la madre fue menor de edad.

Se encontraron antecedentes de toxicomanía en el 38,9% de las madres y en el 38,3 % de los padres; antecedentes de ingesta de alcohol reconocida se registró en el 15,4% de las madres.

La familia fue monoparental, compuesta por madre sola, en el 53,6%.

Se encontraron antecedentes de tutela de otros hermanos en el 44,9% de los menores ingresados. Se obtuvieron con certeza antecedentes de institucionalización en su infancia en alguno de sus padres en 11 casos.

El 34,6 % de las familias era de origen inmigrante, encontrándose el 75,9% de ellos en situación legal irregular. Los continentes de origen fueron: Africa en el 50%, Europa del Este en el 25,9% y Sudamérica en el 22,2%.

En relación al estado de salud de la madre, 14 de ellas eran VIH(+), otras 14 eran HC(+) y en 6 casos eran (+) para ambos virus; 2 eran HB crónicas. En 8 madres había un diagnóstico de enfermedad mental, 4 tenían reconocida un déficit intelectual y 4 combinaban ambas patologías. Otras 10 madres presentaban otras patologías a controlar.

Entre los antecedentes perinatales de los menores, el 22,4% de los embarazos fueron no controlados y hubo un 15,3% de prematuros y un 17,3% de bajos pesos asociados al no control del embarazo. El 22,4% de los menores presentaron síndrome de abstinencia.

#### Conclusiones:

- La problemática social de las familias de los menores ingresados en centros de protección, como las toxicomanías, las enfermedades de los padres, las madres solas, etc., se perpetúan en el tiempo, afectando incluso a sucesivos hermanos. También van surgiendo problemas nuevos como la inmigración irregular.

- Esta problemática familiar, además de producir problemas de salud en la infancia, motiva el ingreso de los menores en los centros de protección.

Apellidos: <b>Cortés Lozano</b>		Nombre: <b>Angel</b>	
Dirección: <b>Ctra. Colmenar Viejo Km. 12,800</b>			
Ciudad / País: <b>Madrid</b>		Email:	
C.P. <b>28049</b>	Teléfono:		Fax



## **P 6**

### **EL CARE-INDEX: UN INSTRUMENTO OBSERVACIONAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PATRONES INTERACCIONALES DE RIESGO PARA EL NIÑO/A EN LA PRIMERA INFANCIA.**

**Sandra Simó-Teufel**

El objetivo del presente trabajo es presentar un instrumento de observación de la interacción temprana madre/padre-hijo/hija CARE-Index (Child-Adult Relationship Index, Crittenden, 1981, 1988) válido (Simó, 2000) que ayuda a detectar y definir los patrones de interacción sensibles, abusivos y negligentes en la diada.

El Care-Index es un instrumento específico para valorar la calidad de la interacción adulto-niño en la primera infancia (0 a 3 años) basado en los principios de la teoría del apego. Se trata de un instrumento que mide el patrón de interacción materno e infantil a través de 4 categorías respectivamente, basándose en una situación de juego semiestructurada de 3 minutos. Las categorías para la valoración de la conducta del adulto parten del constructo de "sensibilidad materna" de Ainsworth (1969) y hacen referencia a la conducta sensible, controladora encubierta, controladora hostil y no responsiva. Las categoría para la valoración del niño hacen referencia a la conducta cooperativa, difícil, complaciente compulsiva y pasiva.

Los resultados de los análisis indican una alta correspondencia entre los resultados comportamentales de la madre y del niño obtenidos a partir del CARE-Index y las evaluaciones acerca del tipo de apego obtenidos a partir de la "Situación del extraño" (Ainsworth et al., 1978) a los 15 meses de edad. Los niños con un apego seguro, se muestran por lo general cooperativos y sus madres presentan niveles adecuados de conducta sensible. Por el contrario, los niños que presentan un apego inseguro, se muestran excesivamente complacientes, difíciles o pasivos. Las madres de niños inseguros son más controladoras e indiferentes.

Los resultados indican que el CARE-Index es un instrumento de observación de la interacción temprana adulto-niño válido para la identificación de diadas con dinámicas interaccionales de riesgo para el niño.

Apellidos: <b>Simó Teufel</b>		Nombre: <b>Sandra</b>	
Dirección: <b>C/ Burriana 44, pta 11</b>			
Ciudad / País: <b>Valencia</b>		Email: <b>sismo@ono.com</b>	
C.P. <b>46005</b>	Teléfono:	Fax	

## P 7

### EVALUACIÓN DE OBJETIVOS EDUCATIVOS EN CENTROS DE ACOGIDA. APLICACIÓN DE UN SISTEMA VALIDADO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS.

**M<sup>a</sup> Jesús Sierra Vázquez, Verónica Naves Álvarez, Amaia Bravo Arteaga y Jorge Fernández del Valle**

El presente estudio se basa en la aplicación de un Sistema de Evaluación y Registro en Acogimiento Residencial (SERAR, Fernández del Valle, 1998), cuya estructura ha sido recientemente revisada y sometida a un proceso de validación (Bravo, 2002).

Durante un año, la versión revisada del SERAR, así como sus adaptaciones a Menores Extranjeros No Acompañados y Primera Acogida, han sido utilizadas como instrumento de programación y evaluación por los educadores de seis residencias y hogares de protección a la infancia.

El objetivo de este estudio es analizar el proceso de implantación de esta nueva versión y sus adaptaciones, así como valorar los resultados alcanzados por los niños y jóvenes de dichos centros en los objetivos socioeducativos incluidos en el SERAR.

En la exposición se presentarán los resultados de una muestra de 73 niños y jóvenes de 7 a 18 años, compuesta por 37 chicos y 36 chicas, siendo homogénea su distribución por grupos de edad.

Se describirán las medias obtenidas en cada grupo de objetivos socioeducativos (relaciones entre el niño/a y la familia, cooperación y trabajo familiar, autonomía en cuidados personales, alimentación, tareas escolares, manejo de recursos e independencia, integración social en la residencia, disposición para el aprendizaje, relaciones con el contexto comunitario, adaptación al contexto escolar y objetivos prelaborales) tanto al inicio del período de evaluación (octubre de 2003) como al final (junio de 2004).

El análisis de los resultados nos ha permitido confirmar que las áreas familiar y comunitaria siguen ofreciendo importantes dificultades en el proceso de intervención educativa, como ya se había detectado en anteriores estudios (Bravo y Fernández del Valle, 2001), asimismo apenas se aprecia un evolución a lo largo del año en los objetivos referentes al contexto familiar y escolar, mientras que aquellos vinculados al contexto residencial presentan mejorías significativas.

#### Referencias Bibliográficas

Bravo, A. (2002) *Análisis y validación de un sistema de evaluación y programación para residencias de protección a la infancia*. Tesis Doctoral. Dpto. de Psicología, Universidad de Oviedo

Bravo, A. y Fernández del Valle, J. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13, 2. 197-204.

Fernández del Valle, J. (1998). *Manual de programación y evaluación para los centros de protección de menores*. Salamanca: Servicio de Publicaciones de la Junta de Castilla y León.

Apellidos: <b>Sierra Vázquez</b>	Nombre: <b>M<sup>a</sup> Jesús</b>	
Dirección: <b>c/ Padre Aller, nº5 7ºG</b>		
Ciudad / País: <b>Oviedo (Asturias)</b>	Email: <b>mj_sierra@hotmail.com</b>	
C.P. <b>33012</b>	Teléfono:	Fax

## P 8

### EVALUACIÓN DE PROBLEMAS CONDUCTUALES EN NIÑOS Y JÓVENES EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

**Alexia Llanos López, Mónica López López, Jorge Fernández del Valle y Amaia Bravo Arteaga**

Durante la última década los profesionales del ámbito de protección a la infancia vienen observando el creciente número de niños y jóvenes con serios problemas de conducta expresados mediante agresiones a compañeros y educadores, fugas, ataques de ansiedad y otras muchas manifestaciones que dificultan el proceso de intervención. Por este motivo se han ido desarrollando nuevos servicios adaptados a las necesidades de estos jóvenes, cuyo proceso educativo se centra en el desarrollo de habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, autocontrol, rehabilitación y donde se requiere una elevada ratio de educadores.

Dado que la incidencia de este problema ha suscitado una gran preocupación, en especial en los centros de acogida (donde es mayor la presencia de adolescentes), el objetivo de este trabajo es evaluar la presencia de problemas de conducta en una muestra de 320 niños y jóvenes de 27 centros de protección (residencias y hogares), pertenecientes a tres Comunidades Autónomas.

Para ello, sus educadores cumplimentaron el CBCL (Child Behavior Checklist; Achenbach, 1991a) de cada uno de los niños del centro, siempre que su edad estuviera comprendida entre los 4 y los 18 años.

El cuestionario está compuesto por 113 ítems que hacen referencia a la presencia de problemas conductuales. A su vez, el conjunto de ítems se divide en dos subescalas: la primera "externalización", incluye manifestaciones conductuales como la agresión, conducta antisocial, delincuencia e hiperactividad; la segunda subescala "internalización", incorpora conductas asociadas a la depresión, ansiedad, retraimiento y comportamiento psicossomático.

En la exposición del estudio se describirán los resultados obtenidos en el conjunto de la muestra, analizando las diferencias en función de algunos datos básicos del niño o joven y su situación social (sexo, edad, problemática familiar, implicación en actividades comunitarias, relaciones sociales y rendimiento académico).

**Palabras clave:** problemas conductuales, niños, jóvenes, acogimiento residencial y protección a la infancia.

Apellidos: <b>Llanos López</b>	Nombre: <b>Alexia</b>	
Dirección: <b>C/ Campona Nº 5 1ºA</b>		
Ciudad / País: <b>Gijón-España</b>	Email: <b><a href="mailto:alexialll@hotmail.com">alexialll@hotmail.com</a></b>	
C.P. <b>33211</b>	Teléfono:	Fax

## P 9

### FACTORES QUE AFECTAN NEGATIVAMENTE A LA PARENTALIDAD: UN ESTUDIO DE LAS VARIABLES IMPLICADAS EN SU MANTENIMIENTO ELEVADO Y EN SU MEJORA.

**Bernabé Valero, M<sup>a</sup> Gloria; Pons-Salvador, Gemma; Cerezo Jiménez, M<sup>a</sup> Ángeles**

El ejercicio de la parentalidad es un fenómeno afectado por múltiples factores intrínsecos a la propia relación de crianza (interacción sincrónica, conflictos, etc) y también extrínsecos. La tarea, en sí compleja, puede verse comprometida en sus óptimos resultados por factores que afectan negativamete la parentalidad como el malestar psicológico, la infelicidad, problemas con otros...,etc. Los dos niveles se combinan propiciando conflictos y actuaciones abusivas con los niños. El propósito de este estudio es avanzar en el conocimiento de las variables que están implicadas en la resistencia al cambio de algunos factores que afectan negativamente a la parentalidad (distrés o malestar psicológico, rigidez, infelicidad y problemas con la familia y los otros). Más concretamente el objetivo fue determinar en un grupo de madres, participantes en un programa orientado principalmente a los factores intrínsecos de la relación con sus bebés, que informaban de altos niveles en los factores extrínsecos, las variables predictoras de que éstos disminuyeran o, por el contrario, se mantuvieran elevados después de un periodo de un año.

La medición de dichos factores se ha realizado a través del instrumento CAP (Child Abuse Potential, Milner,(1980, 1986) y adaptado a la población española por De Paúl (1996). Las variables que han sido relacionadas con dichos factores se han evaluado a través de la entrevista del "Programa de Apoyo Psicológico materno-infantil" (Cerezo y Pons-Salvador , 1999) y a través del instrumento PSOC ("Parental Sense of Competence", desarrollado por Gibaud-Walston y Wandersman,1978).

En este estudio participaron 520 madres de bebés entre 0 y 18 meses, de las cuales se extrajo una muestra de 43 madres cuya puntuación al inicio del programa en los factores que afectan negativamente a la parentalidad era elevada. Esta muestra fue dividida en dos subgrupos: 25 madres cuyas puntuaciones al final del programa seguían siendo elevadas y 18 madres que mostraron una mejoría al finalizar el programa. Se realizó un análisis discriminante para determinar qué variables pueden estar dando cuenta tanto del mantenimiento elevado como de la disminución de las puntuaciones en dichos factores.

Los resultados mostraron que las variables psicológicas de la madre y de la percepción de su bebé explicaban el mantenimiento elevado de los factores que afectan a la parentalidad. Las implicaciones de estos resultados van en la línea de encontrar las claves implicadas en el cambio terapéutico dentro del contexto de las relaciones paterno-filiales.

Apellidos: <b>Bernabé Valero</b>	Nombre: <b>M<sup>a</sup> Gloria</b>	
Dirección: <b>Bonifaci Ferrer, 1 (Alfara del Patriarca)</b>		
Ciudad / País: <b>Valencia (España)</b>		Email: <b>gloriabv@eresmas.com</b>
C.P. <b>46115</b>	Teléfono:	Fax

# P 10

## MEMORIA DE RESULTADOS OBTENIDOS POR EL SERVICIO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN A FAMILIA E INFANCIA, (SEAFI) EN UN MUNICIPIO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

**Alhambra D., M. S., Martínez B., E. y Lorenzo, R. ; Equipo SEAFI Mancomunidad Albal, Massanassa y Beniparrell. Valencia**

El objetivo que se plantea el presente trabajo es el dar una aproximación estadística de los resultados obtenidos en la implementación del Servicio Especializado de Atención a Familia e Infancia, en un municipio de la Comunidad Valenciana de 40.000 habitantes.

Dichos resultados se han extraído de la población total de usuarios del servicio, (220 familias), durante el periodo comprendido entre 2003-2004.

El objeto de este Servicio es la intervención especializada de carácter integral, en núcleos familiares, existan o no menores en situación de riesgo o desamparo.

La tipología de familias a las que se ha dirigido la intervención del SEAFI, ha sido: a) Familias en conflicto, y b) Familias en situación de vulnerabilidad.

Las funciones del SEAFI se concretan en el desarrollo de programas específicos de:

1. Intervención con familias en cuyo seno se produzca violencia familiar, con o sin menores.
2. Intervención con familias en las que hayan menores, cuando éstos estén en situación de riesgo y/o en situación de guarda o tutela administrativa, tanto en acogimiento residencial como en acogimiento familiar simple o permanente.
3. Seguimiento y apoyo de familias adoptivas o con menores en acogimiento preadoptivo.
4. Orientación y mediación familiar.

El SEAFI, como servicio especializado de atención secundaria, interviene con familias con problemática social o familiar, a instancia del Equipo Municipal de Servicios Sociales Generales o de los Servicios Territoriales de la Conselleria de Bienestar Social.

En el desarrollo de cualquiera de las intervenciones del SEAFI, se ha priorizado la actuación con familias con menores en situación administrativa de guarda o tutela, que se encuentran acogidos en familias o centro residencial, con el fin de favorecer, si procede, el retorno a su núcleo familiar de origen.

El Equipo del SEAFI, definido como equipo interdisciplinar, está formado por técnicos superiores y técnicos medios del área psico-socio-educativa.

Los resultados del trabajo se articulan en los siguientes apartados: a) Cobertura del servicio: población atendida, por programas, perfil de la demanda, objetivos de intervención; b) Perfil del usuario; y c) Funcionamiento del servicio: metodología, derivaciones y expedientes.

Apellidos: <b>Alhambra Duro</b>	Nombre: <b>M<sup>a</sup> Soledad</b>	
Dirección: <b>C/ Pintor Salvador Tuset nº 16 bajo</b>		
Ciudad / País: <b>Valencia, España</b>	Email: <b><a href="mailto:salhamb@ono.com">salhamb@ono.com</a></b>	
C.P. <b>46025</b>	Teléfono:	Fax

# P 11

## PROGRAMA DE ACTUACIONES DEL SERVICIO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN A FAMILIA E INFANCIA, (SEAFI) DESARROLLADO EN LA MANCOMUNIDAD DE ALBAL, MASSANASSA Y BENIPARRELL (VALENCIA).

**Alhambra D., M. S., Martínez B., E. y Lorenzo, R. ; Equipo SEAFI Mancomunidad Albal, Massanassa y Beniparrell. Valenica**

La necesidad actual de dar una respuesta ágil y global a las demandas de las familias, atendiendo a sus diferentes problemáticas, y de la infancia en situación de desprotección social, aconseja cada vez más la creación de equipos interdisciplinarios específicos que actúen en la prevención, en la atención y en el tratamiento de las situaciones de crisis y de desestructuración familiar.

La **Ley 5/1997, de 25 de Junio, de la Generalitat Valenciana**, por la que se regula el sistema de servicios sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana, regula en el Capítulo II del Título II los Servicios Sociales Especializados, encomendando a estos servicios en su artículo 14, de modo general, la atención integral de la familia, infancia y juventud, atendiendo cuantos problemas puedan incidir en su bienestar, previniéndolos o subsanándolos. De forma más específica, en los artículos 15 y 16 de la referida ley, se establecen las actuaciones en el sector de la familia e infancia, señalando la potenciación por la Generalitat Valenciana, de las actuaciones tendentes a la protección y estabilización de la familia, así como del bienestar de los menores y las menores.

En virtud de estos preceptos y de acuerdo con el Plan Integral de la Familia e Infancia de la Comunidad Valenciana 2002-2005, que recoge como objeto dentro del Eje de "Familia y estructura de la vida familiar", proporcionar servicios integrados en la atención a las familias, especialmente a la más vulnerables, así como atención específica a las situaciones de desprotección y maltrato infantil, se fundamenta la configuración de los **Servicios Especializados de Atención a la Familia e Infancia, (SEAFI)**.

El objetivo del presente trabajo es exponer el proyecto de intervención del Servicio Especializado de Atención a la Familia e Infancia, puesto en práctica en la Mancomunidad de Albal, Massanassa y Beniparrell (Valencia).

La información del trabajo se estructura en los siguientes apartados:

- Acciones y programas
- Coordinación
- Metodología
- Usuarios
- Evaluación del proyecto

La metodología utilizada se articula mediante una red de programas anidados en 6 acciones de intervención SEAFI: Intervención con familias en situación de riesgo, Orientación y mediación familiar, Apoyo a familias monoparentales, Apoyo a familias en cuyo seno se produce violencia, Intervención con familias con menores en situación de riesgo y con menores en situación de guarda y/o tutela administrativa, y Apoyo y seguimiento de familias adoptivas o con menores en acogimiento preadoptivo.

La población susceptible del servicio son aquellas familias que se encuentren en situación de riesgo, conflicto o vulnerabilidad.

El objeto de este Servicio es la intervención especializada de carácter integral, en núcleos familiares, existan o no menores en situación de riesgo o desamparo.

Apellidos: <b>Alhambra Duro</b>	Nombre: <b>M<sup>a</sup> Soledad</b>
Dirección: <b>C/ Pintor Salvador Tuset nº 16 bajo</b>	
Ciudad / País: <b>Valencia, España</b>	Email: <b><a href="mailto:salhamb@ono.com">salhamb@ono.com</a></b>
C.P. <b>46025</b>	Teléfono: _____ Fax _____

## P 12

### EL TRAMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL DESDE UN SERVICIO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN A LA FAMILIA E INFANCIA EN SERVICIOS SOCIALES: METODOLOGÍA DE ACTUACIÓN Y RESULTADOS OBTENIDOS

Ana Belén Dieste, Emilio Más, Daniel Chicano, José Vicente Alemany, M<sup>a</sup> Teresa Caballero y M<sup>a</sup> Carmen Sierra .

SEAFI Ayuntamiento de Valencia.

El Servicio de Atención a la Familia e Infancia (SEAFI) es un servicio especializado de carácter multidisciplinar que se ubica en los Centros Municipales de Servicios sociales del Ayuntamiento de Valencia. Su función Principal es apoyar a los equipos de atención primaria en aquellas situaciones familiares en las que se valora existe una situación de desprotección infantil.

Está formado por psicólogos, educadores y trabajadores familiares.

Los principales objetivos del SEAFI es atender a los menores en situación de riesgo y a sus familias a través de la intervención terapéutica y socio-educativa, a fin de:

- Eliminar las situaciones de abuso o abandono en las que se encuentran los/as menores.
- Incrementar la competencia parental.
- Disminuir los factores de estrés que afectan a la familia y aumentar su ajuste psicosocial al entorno.
- Reducir en el/la menor las posibles consecuencias emocionales del maltrato recibido.

Los objetivos de esta comunicación son: exponer la metodología de derivación, evaluación e intervención con las familias, describir el perfil de las familias y los menores atendidos y presentar los resultados obtenidos con el tratamiento.

La metodología utilizada ha sido el análisis de la población atendida durante los años 2002 al 2004 sobre variables relevantes en el ámbito del maltrato infantil y de los resultados obtenidos en dichas variables: características de los menores y sus familias, factores de riesgo y protección, tipología del maltrato y problemática de los menores.

La muestra está compuesta de 64 familias, con un total de 118 menores atendidos con edades comprendidas entre 1 y 17 años, derivadas por los Centros Municipales de Servicios Sociales de la ciudad de Valencia.

Una gran parte de los casos todavía está en tratamiento, sin embargo se puede hacer una valoración de la eficacia de la intervención psicoterapéutica y socioeducativa en las variables anteriormente descritas.

Apellidos: <b>Dieste Burguete</b>	Nombre: <b>Ana Belén</b>	
Dirección: <b>c/Magdalena Nº 93, Pta15</b>		
Ciudad / País: <b>Rafelbunyol-Valencia-España</b>	Email: <b>belendieste@yahoo.es</b>	
C.P. <b>46138</b>	Teléfono:	Fax

# P 13

## EMPATÍA DISPOSICIONAL EN PADRES Y MADRES ALTO RIESGO PARA EL MALTRATO FÍSICO INFANTIL

Alicia Pérez-Albéniz, Joaquín de Paúl y Amaia Ormaechea

Se ha planteado que los perpetradores de maltrato físico infantil podrían presentar problemas para empatizar con sus víctimas (p. ej., Letourneau, 1981; Miller & Eisenberg, 1988). Diversos autores han llevado a cabo estudios con el objetivo de analizar esta hipótesis (p. ej., Milner, Halsey, & Fultz, 1995; Perez-Albeniz & De Paul, 2003, 2004; Rosenstein, 1995; Wiehe, 1985, 2003). En conjunto, los resultados de estos estudios muestran que los perpetradores y personas alto riesgo para el maltrato físico infantil presentan menos empatía disposicional que las personas no maltratadoras o bajo riesgo para el maltrato físico infantil.

Sin embargo, un estudio reciente (Perez-Albeniz y de Paul, 2004) mostró que los padres y madres alto riesgo para el maltrato físico infantil podrían presentar diferentes problemas para empatizar. Los resultados de este estudio mostraron que solo las madres alto riesgo para el maltrato físico infantil presentaban niveles más altos de malestar personal y que sólo los padres alto riesgo para el maltrato físico infantil presentaban niveles más bajos de toma de perspectiva que las madres y padres bajo riesgo respectivamente.

El objetivo del presente estudio consistía en replicar este hallazgo, a saber, si los déficits en empatía de las personas alto riesgo para el maltrato físico infantil difieren en función del género de los padres. Se seleccionó una muestra de 44 (22 padres y 22 madres) alto riesgo y 50 (25 padres y 25 madres) bajo riesgo para el maltrato físico infantil de una muestra total de 784 padres de la población general. Se utilizó el Interpersonal Reactivity Index (IRI, Davis, 1980) como instrumento de evaluación de la empatía.

Los resultados apoyaron hallazgos anteriores mostrando que los padres y madres alto riesgo para el maltrato físico infantil presentaban puntuaciones significativamente más altas en malestar personal y significativamente más bajas en toma de perspectiva. Sin embargo, los resultados no mostraron la interacción esperada entre el riesgo para el maltrato físico infantil y el género de los padres.

Apellidos:		Nombre:	
Dirección:			
Ciudad / País:		Email:	
C.P.	Teléfono:		Fax



## NEGLIGENCIA INFANTIL Y EMPATÍA

**María Guibert Espel, Becaria de Formación e Investigación de la Universidad del País Vasco.**

**Joaquín De Paúl Ochotorena, Profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco.**

**Nagore Asla Alzibar, Becaria de Formación e Investigación de la Universidad del País Vasco.**

**RESUMEN:** La negligencia infantil es la tipología de maltrato infantil con mayor prevalencia y cuyas consecuencias son severas (Erikson, Egeland y Pianta, 1989). El estudio de la negligencia infantil se caracteriza por presentar una escasez de modelos etiológicos (Wolock y Horowitz, 1984). En este póster se presenta un modelo teórico de negligencia infantil que intenta aplicar al estudio de la negligencia infantil el conocimiento de la investigación de la conducta de ayuda integrando dos perspectivas diferentes: la de la empatía (Batson, 2002) y la del procesamiento de la información social (Milner, 2000). Gracias a este conocimiento teórico se llevó a cabo un estudio con madres negligentes y un grupo control. Este estudio tenía como objetivos el conocer si las madres negligentes presentaban déficit en las siguientes variables: (1) evaluación de la gravedad de la necesidad, (2) atribución de la controlabilidad, y (3) emoción empática. En este estudio participaron cuarenta madres negligentes y un grupo control de cuarenta madres no negligentes,, emparejadas en variables sociodemográficas. Ambos grupos de madres ( $N = 80$ ) completaron los cuestionarios tras haber leído cuatro viñetas de necesidad infantil. De las cuatro viñetas utilizadas en el estudio dos describían una necesidad física y otras dos una necesidad emocional. La edad del bebe en las viñetas también fue diferente, dos viñetas describían un bebe de tres meses y las otras dos hacían referencia a un bebe de quince meses.

**PALABRAS CLAVE:** negligencia infantil, empatía, conducta de ayuda y necesidad infantil.

Apellidos: <b>Guibert</b>	Nombre: <b>María</b>	
Dirección: <b>Departamento de Psicología Social y Metodologías de las CC. Del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Apartado 726</b>		
Ciudad / País: <b>San Sebastián Gipuzkoa</b>	Email: <b><u><a href="mailto:mariaguibert@hotmail.com">mariaguibert@hotmail.com</a></u></b>	
C.P. <b>20080,</b>	Teléfono:	Fax

# P 15

## PROBLEMÁTICAS ESPECÍFICAS EN FAMILIAS CON MENORES ENTRE 3 Y 5 AÑOS: ORIENTACIÓN FAMILIAR.

**R. Trenado Santarén, G. Bernabé Valero y D. Banacloche Gozalbo.**  
**Servicio Especializado de Atención a la Familia e Infancia.**  
**Ayuntamiento de Aldaia – Valencia.**

La Orientación Familiar es un recurso específico que tiene como objetivo ayudar a la familia cuando existe una situación de conflicto en el nivel de relación familiar. En este sentido, las acciones pueden entenderse como la ayuda en la resolución de problemas existentes o a la prevención de dinámicas relacionales disfuncionales.

El Servicio Especializado de Atención a la Familia e Infancia (S.E.A.F.I.) incluye como una de sus actuaciones la Orientación Familiar. En el presente póster se expone el trabajo realizado desde el S.E.A.F.I de Aldaia, municipio de la Comunidad Valenciana de 24.600 habitantes.

La población beneficiaria del Servicio de Orientación Familiar han sido familias en situación de conflicto o vulnerabilidad que precisan de una intervención orientadora para activar sus potencialidades de forma que les sea posible abordar y resolver de una manera adecuada la problemática que les está afectando.

La metodología empleada se ha centrado en el asesoramiento y potenciación de las capacidades de cada familia mediante la intervención en grupo. El trabajo que aquí se expone se limita a dos áreas específicas: habilidades parentales con menores entre 3 y 5 años y problemáticas en la adquisición de hábitos en la primera infancia.

El análisis de los diferentes talleres permitirá una exposición de datos descriptivos y de los resultados obtenidos, facilitando la reflexión y el intercambio de experiencias en el trabajo con familias con menores en edad pre-escolar.

Palabras clave: Orientación familiar, problemáticas específicas, infancia, competencia parental.

Apellidos: <b>Trenado Santarén</b>		Nombre: <b>Rosa</b>
Dirección:		
Ciudad / País:		Email: <b><u>rosatrenado@vodafone.es</u></b>
C.P.	Teléfono:	Fax

# P 16

## LA INADECUADA IDENTIFICACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS Y SUS GRAVES CONSECUENCIAS

**Carlos Javier Herreros Rodríguez**  
Presidente de IDENTIFICACIÓN Y CUSTODIA NEONATAL, S.A.

**Objetivo:** Denunciar la incorrecta identificación de los recién nacidos en la actualidad, lo que constituye una violación grave de los Derechos del Niño.

**Material:** Poster de 90 por 140 centímetros con reproducción gráfica de lo que queremos denunciar: la inadecuada identificación que se realiza actualmente y los graves errores que se producen, así como el perjuicio que esto supone para los niños y las familias.

**Método:** Presentación del poster y explicación a quien esté interesado.

**Resultados:** Esperamos transmitir nuestra preocupación sobre este problema y hacer reflexionar sobre lo que podemos hacer todos: padres, facultativos, autoridades, para evitar que siga ocurriendo, especialmente ahora que existen sistemas modernos y nuevas tecnologías que pueden solventarlo.

### Conclusiones:

1. El Primer Derecho de un niño, después de la vida, es su Identidad, derecho que se viola día a día sin que nadie haga nada al respecto.
2. La Sociedad debe hacer algo para intentar que se cumpla la Ley que protege el Derecho del recién nacido a ser identificado en el mismo momento de su nacimiento.
3. Las consecuencias que derivan de una incorrecta identificación pueden ser graves: cambios de bebés, tráfico ilegal, entre otras.

Apellidos: <b>Herreros Rodríguez</b>	Nombre: <b>Carlos Javier</b>	
Dirección: <b>Avda. Andalucía, 2, Of. 207 y 208</b>		
Ciudad / País: <b>Madrid - España</b>	Email: <b>ch@icnid.com</b>	
C.P. <b>28700</b>	Teléfono:	Fax

# P 17

## EL MÉTODO UMBRELLA PARA EL APRENDIZAJE DE HABILIDADES PARA LA VIDA INDEPENDIENTE EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

Jorge Fernández del Valle y Jose L. García Quintanal  
Universidad de Oviedo

Una de las necesidades más importantes del trabajo en acogimiento residencial es el trabajo con adolescentes que van a salir de las medidas de protección para iniciar su vida independiente. Frente a lo que ocurre con la juventud española en general que tarda muchos años en independizarse del hogar de los padres, estos jóvenes no tienen más opción que llevarlo a cabo apenas pasan a la mayoría de edad.

Para abordar esta necesidad un grupo de investigadores y profesionales de cinco países europeos desarrollaron durante tres años un método de trabajo para aplicarlo al entorno residencial de cara a conseguir entrenar habilidades para la vida diaria e independiente. El método se denominó *Programa Umbrella*". Durante los dos últimos el grupo de investigación de la Universidad de Oviedo trabajó en su traducción y adaptación, presentando la versión española en octubre de 2004.

El póster mostrará la estructura y metodología básica en que descansa. Básicamente se trata de trabajar en un sistema de fichas un conjunto de 170 tareas agrupadas en cinco áreas:

- **Social:** Familia, amigos, red de apoyo social: incluye relaciones de padres, tiempo libre, y conocer personas.
- **Colegio-trabajo:** incluye búsqueda de trabajo, curriculum vitae, solicitudes de trabajo y entrevistas.
- **Finanzas:** incluyendo presupuesto, cuentas bancarias, salario, pagar recibos, seguridad social e impuestos.
- **Sobre sí-mismo:** trabajo sobre preferencias e intereses, salud, atención médica, alcohol y drogas.
- **El hogar:** incluye donde vive actualmente, establecerse en una casa, seguridad y cocinar.

El método es totalmente flexible y no requiere un orden preestablecido, solamente depende de las necesidades de cada caso. Se puede aplicar desde los doce años y necesariamente se debe aplicar a partir de los quince.

Apellidos: <b>Fernández del Valle</b>		Nombre: <b>Jorge</b>	
Dirección: <b>Plaza Feijoo s/n</b>			
Ciudad / País: <b>Oviedo</b>		Email: <b>jvalle@uniovi.es</b>	
C.P. <b>33003</b>	Teléfono:		Fax

## P 18

### ¿PODEMOS Y DEBEMOS HABLAR DE MALTRATO HOSPITALARIO INFANTIL?

**S. Bello (Pediatra de cabecera y de urgencias); X. Herrero (Pediatra endocrinólogo); A.Roca (Pediatra gastroenterólogo); A. Ballester (Pediatra neuróloga. Jefe de servicio). Corporació de Salut Maresme-Selva. Blanes-Calella (Girona- Barcelona)**

**Objetivo:** Analizar las situaciones difíciles a las que se enfrentan los niños enfermos crónicos graves y sus familias, provocadas por la actitud y la aptitud de los profesionales de la sanidad, sus desencadenantes y motivos, también sus repercusiones y algunas posibles soluciones.

**Material y método:** La base de este trabajo son las vivencias de una pediatra madre de un niño con una enfermedad crónica rara que ha requerido ingresos hospitalarios en varios hospitales y ha sido atendido por múltiples pediatras de urgencias y especialistas pediátricos. Los comentarios aportados por otros padres, algunos de ellos profesionales de la sanidad, con vivencias similares y las reflexiones al respecto realizadas por compañeros pediatras, especialistas o no.

**Resultados:** La rareza de muchas de las enfermedades crónicas graves, conlleva una desinformación del pediatra no especializado en el tema, también las peculiaridades propias de cada paciente y la falta de transmisión de información útil desde los especialistas pediátricos. La deficiente formación en calidad humana y ética de algunos profesionales, el desconocimiento de la ansiedad que generan estas patologías provoca incompreensión y falta de empatía con el paciente y su familia; actitudes de prepotencia, los comentarios desacertados, la poca pericia y sensibilidad en dar malas noticias.... suman una carga adicional a estos niños. Situaciones que, en extremo, puede llevarnos a hablar de maltrato hospitalario involuntario del niño enfermo y su familia: pruebas innecesarias, diagnósticos erróneos, medidas terapéuticas incorrectas o insuficientes, situaciones dialécticas conflictivas con la familia y el niño... y sus consiguientes repercusiones.

**Conclusiones:** Es necesario potenciar la formación en los aspectos humanitarios, emocionales y éticos de los profesionales de la pediatría. Es imprescindible la transmisión de información entre los profesionales pediátricos de distintos niveles asistenciales. Proponemos la implantación de la Tarjeta del especialista (T.A.U.X), cuyo emisor es el o los especialistas que controlan al niño enfermo; los padres son los portadores y el receptor es el pediatra de cabecera o cualquier médico que tenga en un momento y en un lugar dado que tratar al niño. La información que contiene: datos de filiación, especialista/s y hospital de referencia, comentarios que considere el especialista, tratamiento habitual y, ante una situación de urgencia, tratamiento y controles que precisa y posibles contraindicaciones. La organización del trabajo de los profesionales de la pediatría ha de permitir la atención integral de estos pacientes y sus familias (tiempo de visita, intimidad, potenciar la formación y la investigación, disminuir la sobrecarga de trabajo, favorecer la comunicación (intra y extrahospitalaria).

Con seguridad todo ello contribuirá a que no tengamos que hablar del maltrato hospitalario del paciente pediátrico y su familia.

Apellidos: <b>Bello Miró</b>		Nombre: <b>Susana</b>	
Dirección: <b>Riera 86 Edificio B 1º 1ª Caldes d'Estrac</b>			
Ciudad / País: <b>Barcelona / España</b>		Email: <b>susana.bello@eresmas.net</b>	
C.P. <b>08393</b>	Teléfono:		Fax

# ÍNDICE



<b>INDICE</b>	<b>Pag</b>
Comité de Honor	5
Comité organizador	6
Presentación	9
Organización del Congreso	10
Ponentes	11
<b>Plenarios</b>	<b>13</b>
15 años de asociaciones para la prevención del maltrato infantil – 15 años de convención de los derechos del niño de naciones unidas	<i>Jesús García Pérez</i> 15
Atención a la infancia y adolescencia desde la comunidad autónoma	<i>Juan José García Ferrer</i> 17
Políticas municipales de infancia	<i>Esperanza García García</i> 27
Situación y papel del acogimiento residencial en la actualidad	<i>Jorge Fernández del Valle</i> 31
Intervención temprana en maltrato infantil:	
Prevencción del impacto a largo plazo	<i>M<sup>a</sup> Ángeles Cerezo</i> 39
<b>Simposios</b>	<b>43</b>
• Papel de los servicios sociales en la atención a la infancia y la adolescencia	<i>M<sup>a</sup> del Carmen Martínez Segovia</i> 45
• Atención al maltrato infantil desde los servicios sociales municipales del ayuntamiento de Coslada	<i>Celsa Vega Sombria</i> <i>Carmen Sánchez Carracedo</i> 47
• Papel de los servicios sociales Ante el maltrato infantil	<i>Francisco Gotzens Busquets</i> 51
• Experiencia de Mallorca del sistema de protección	<i>Serafin Carballo García.</i> 59
• Acogimientos no preadoptivos de menores con características o situaciones especiales: mitos, retos y fronteras	<i>F. Javier Romeu Soriano.</i> 69
• Acogimiento residencial	<i>Juan Pedro Crespo Toral</i> 75
• Bienestar personal y social: un programa de promoción para adolescentes	<i>Félix López Sánchez.</i> 77
• Evaluación de la integración social en jóvenes que fueron acogidos en centros de protección	<i>Amaia Bravo Arteaga</i> 81
• La declaración de idoneidad, garantía de los derechos de los niños adoptables	<i>Antonio Ferrandis Torres</i> 87
• Familia y ruptura en adopción internacional: Un estudio de archivos en la comunidad de Madrid	<i>Ana Berástegui Pedro-Viejo</i> 91
• Terapias (abuso sexual)	<i>M<sup>a</sup> Rosario Sanz Cuesta</i> 99
• Programa rutadolescentes: intervención en abusadores sexuales adolescentes	<i>Kieran Mcgrath</i> 101
• Intervención en abuso sexual con menores: intersectorialidad, experiencia en la comunidad autónoma andaluza.	<i>Raquel Raposo Ojeda</i> 103
• Programas y actuaciones dirigidas al ámbito educativo desde una asociación de defensa de la infancia	<i>Pilar Lapetra Coderque.</i> 109
• <i>Prevención del maltrato infantil desde el ámbito educativo</i>	<i>M.<sup>a</sup> Inés Monjas Casares</i> 117
• Falsas alegaciones de abuso sexual infantil. Abordaje pericial.	<i>María Paz Ruiz Tejedor</i> 123
• Efectos del abuso sexual en la infancia: prevenir su morbilidad	<i>M<sup>a</sup> José Partera González</i> 127
• Infancia maltratada y situación familiar: riesgo familiar y desamparo infantil	<i>Fernando Vidal Fernández</i> 131



• Salud	<i>Joaquín Esteban Gómez</i>	<b>135</b>
• El nuevo hospital infantil, un lugar con buen trato	<i>J. Casado Flores</i>	<b>137</b>
• El buen trato la infancia desde la parentalidad:	<i>Gemma Pons Salvador</i>	<b>141</b>
• Maltrato infantil en el Observatorio de la Infancia.	<i>José A. Díaz Huertas</i>	<b>147</b>
• Explotación sexual comercial de la infancia: La situación actual en España y en el mundo	<i>Ana María Sebastián Enríquez</i> <i>Josep Antón Arrebola Gómez</i>	<b>153</b>
• Participación infantil	<i>Margarita Cano</i>	<b>163</b>
• Ciudades amigas de la infancia	<i>Javier Ramírez Gallardo</i>	<b>165</b>
• Derecho a hablar.	<i>Ana García Gonzalo</i>	<b>167</b>
• Estrategia nacional de Atención a la Infancia	<i>Miguel A. Ruiz Díaz</i>	<b>171</b>
<b>Comunicaciones</b>		<b>177</b>
<b>Póster</b>		<b>211</b>











# VII Congreso Estatal Infancia Maltratada

Prevenir, un esfuerzo común



Madrid 24 - 26  
Noviembre 2004

ORGANIZAN:



Asociación Madrileña  
para la Prevención  
de los Malos Tratos  
en la Infancia

Federación de Asociaciones  
para la Prevención del  
Maltrato Infantil (FAPMI)

Instituto Madrileño del Menor y la Familia  
CONSEJERÍA DE FAMILIA  
Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid



MINISTERIO  
DE TRABAJO Y  
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SERVICIOS SOCIALES,  
FAMILIA Y DISCAPACIDAD  
DIRECCIÓN GENERAL  
DE LAS FAMILIAS  
Y LA INFANCIA



CONCEJALÍA DE GOB.  
DE EMPLEO Y SERVICIOS  
AL CIUDADANO

madrid

COLABORAN:



Hospital Infantil  
Universitario Niño Jesús



MINISTERIO  
SANIDAD  
Y CONSUMO



El Defensor del Menor  
en la Comunidad de Madrid

