



# Guía **infanciActiva** refugiada

**GUÍA DE RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS  
ORIENTADA A INFANCIA REFUGIADA ACOMPAÑADA**

*PARA PROFESIONALES DEL SISTEMA DE ACOGIDA DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL*

*Y PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS Y SOCIO EDUCATIVOS*

**CEA(R)**

Comisión Española  
de Ayuda al Refugiado

Autoría: Área de Inclusión de la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR).  
Línea estratégica de infancia y adolescencia.

Redacción y contenidos: Contraluz Investigación y Consultoría Social S.L.

Ilustración, diseño y maquetación: José Ramón Otero Sanz / Pablo Otero Ramos

Coordinación: Carmen Ruiz Espinosa y Maritxu Mayoral Cebrián

Depósito legal M-27832-2025

Oficinas Centrales de CEAR

Glorieta de Cuatro Caminos nº 6-7 Planta 7ª – 711 28020 Madrid

Tel.: 91 598 05 35

Fax: 91 597 23 61

[www.pear.es](http://www.pear.es)

Las ilustraciones de este cuento tienen todos los derechos reservados.



Reconocimiento–No Comercial- Sin Obra Derivada.

Permite descargar las obras y compartirlas con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se pueden cambiar de ninguna manera ni se pueden utilizar comercialmente.

Esta guía ha sido realizada en el marco del proyecto “Infanci(A)ctiva Refugiada: proyecto para el desarrollo de estrategias innovadoras para la promoción de la participación de la infancia en el sistema de acogida en el ámbito de Protección Internacional”, financiado al amparo de la Resolución del 14 de mayo de 2024 de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se convocan subvenciones para la realización de actividades de interés general, consideradas de interés social.

# CEA(R)

Comisión Española  
de **Ayuda al Refugiado**



POR SOLIDARIDAD  
**OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL**

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	7
<b>1. PRESENTACIÓN Y PROPÓSITOS DE NUESTRA GUÍA</b> .....	8
Por qué una guía de recomendaciones orientada a profesionales que trabajan con infancia solicitante de protección internacional.....	10
1.1 Marco normativo y de derechos de la guía.....	11
Perspectiva de la guía: una mirada antirracista y de género centrada en los derechos de la infancia.....	15
Un enfoque de derechos y reconocimiento.....	16
Mirada antirracista.....	16
Perspectiva de género e interseccionalidad.....	16
Ética del cuidado y de la escucha.....	16
Compromiso institucional.....	16
1.2 Actores relevantes de infancia y adolescencia.....	17
1.3 Desarrollo del Sistema de Acogida de Protección Internacional.....	18
1.4 Contenidos de la guía.....	19
<b>2. ACOGIDA: SEGURIDAD, CONFIANZA Y BIENESTAR</b> .....	22
2.1 Diagnóstico de la acogida: seguridad, confianza y bienestar.....	23
Condiciones materiales y temporales de llegada.....	23
Comunicación y comprensión del entorno.....	24
Estado emocional, trauma y acompañamiento psicológico.....	26
Confianza y vínculo con los adultos de referencia.....	26
Acceso a salud y educación en la fase de acogida o fase de valoración inicial y derivación (FVID).....	27
Visión adultocéntrica y ausencia de enfoque de infancia.....	27
2.2 Recomendaciones.....	29
2.3 Buenas prácticas.....	33
<b>3. SALUD INTEGRAL Y ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL</b> .....	36
3.1 Diagnóstico de la salud integral y acompañamiento emocional.....	37
Dimensión física y biológica: acceso, prevención y continuidad.....	38
Dimensión social: condiciones estructurales e institucionales.....	42
Dimensión relacional y familiar: apego y parentalidad en tránsito.....	44

Dimensión cultural: salud, sentido y pertenencia.....	45
Dimensión institucional: coordinación y revictimización.....	47
Dimensión comunitaria: redes, resiliencia y salud colectiva.....	48
Salud física y medicina preventiva.....	49
Prevención y detección temprana.....	50
Salud bucodental.....	50
Salud visual y auditiva.....	50
Alimentación y hábitos saludables.....	51
Salud sexual y reproductiva.....	51
Vacunación y prevención sanitaria general.....	51
Prevención de violencias y garantía de derechos.....	52
Prevención de adicciones y uso saludable de las tecnologías.....	52
3.2 Recomendaciones para una salud integral y acompañamiento emocional.....	52
3.3 Buenas prácticas.....	56
<b>4. EDUCACIÓN, OCIO Y DESARROLLO.....</b>	<b>58</b>
4.1 Diagnóstico de la educación, ocio y desarrollo.....	59
Acceso y continuidad educativa.....	59
Escuela como espacio de detección y acompañamiento.....	59
Barreras lingüísticas y doble aprendizaje.....	59
Relación familia–escuela.....	60
Ocio, juego y socialización.....	61
Brechas educativas y rendimiento.....	61
Racismo, acoso y diversidad cultural.....	61
Educación como garante de derechos y protección.....	62
Formación, orientación y futuro.....	62
4.2 Recomendaciones para la educación, ocio y desarrollo.....	63
4.3 Buenas practicas.....	66
<b>5. PARTICIPACIÓN INFANTIL Y JUVENIL.....</b>	<b>68</b>
5.1 Diagnóstico de la participación infantil.....	69
Lo que la infancia comunica.....	69
Claves y aprendizajes.....	70
Las personas adultas y la participación infantil.....	70

5.2 Recomendaciones para incentivar la participación infanto-adolescente.....	72
5.3 Buenas prácticas identificadas.....	74
<b>6. PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE VIOLENCIAS.....</b>	<b>76</b>
6.1 Diagnóstico de la protección y prevención de violencias.....	77
Detección y prevención temprana.....	77
Otras violencias específicas: género, racismo e institucional.....	78
Acompañamiento y reparación.....	79
6.2 Recomendaciones de la protección y prevención de violencias.....	79
6.3 Buenas prácticas.....	81
<b>7. DERECHOS Y COMUNICACIÓN INCLUSIVA.....</b>	<b>84</b>
7.1 Diagnóstico de los derechos y comunicación inclusiva.....	85
Comunicación con enfoque de derechos.....	85
Representación y narrativas.....	85
Comunicación institucional y comunitaria.....	85
7.2 Recomendaciones de los derechos y comunicación inclusiva.....	86
7.3 Buenas prácticas.....	87
<b>8. PARENTALIDAD POSITIVA Y CRIANZA INTERCULTURAL.....</b>	<b>88</b>
8.1 Diagnóstico de la parentalidad positiva y crianza intercultural.....	89
8.2 Recomendaciones de parentalidad positiva y crianza intercultural..	91
8.3 Buenas prácticas.....	92
<b>9. SERVICIOS SOCIALES UN ACTOR TRANSVERSAL</b>	
<b>CLAVE EN EL PROCESO.....</b>	<b>94</b>
9.1 Diagnóstico.....	95
9.2 Recomendaciones para una intervención social con enfoque de infancia e interculturalidad.....	96
<b>10.CIERRE: UNA ACOGIDA QUE APRENDE, CUIDA Y SE TRANSFORMA...98</b>	
Una guía que aprende.....	99
Una guía que se proyecta.....	100
Una guía que inspira.....	100
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>102</b>
<b>ACRÓNIMOS.....</b>	<b>104</b>



## AGRADECIMIENTOS

Esta guía es el resultado de un proceso coral, construido gracias a la generosidad y el compromiso de profesionales, familias y personal técnico de CEAR, así como de otras asociaciones, ONG y Administraciones Públicas de distintos ámbitos como la educación, servicios sociales, sanidad, universidades y entidades locales, que trabajan con niñas, niños y adolescentes dentro del Sistema de Acogida y Protección Internacional a lo largo de todo el territorio.

Nuestro agradecimiento más sincero a todas las personas que dedicaron su tiempo, su conocimiento y su afecto para que esta mirada de infancia se hiciera posible.

A todas las y los profesionales de CEAR, por su compromiso diario con la protección, el acompañamiento y apoyo para la inclusión de las familias en el Sistema de Protección Internacional. Especial mención a las y los profesionales del servicio de traducciones e interpretaciones de CEAR, que han jugado un papel fundamental en este proyecto a la hora de facilitar el trabajo comunicativo con niñas, niños, adolescentes, madres y padres y aportando su conocimiento y tiempo en la elaboración de los Pack de bienvenida en formato cuento, vídeo y podcast.

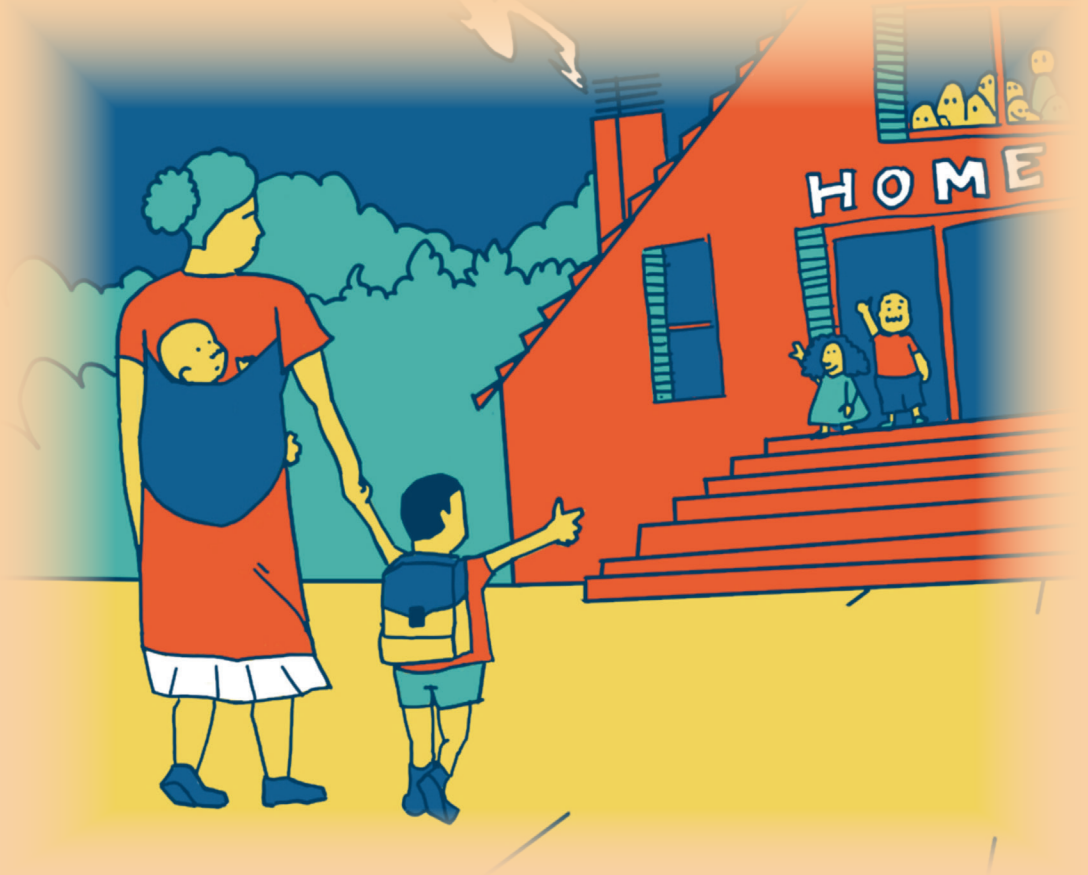
A las madres y padres entrevistados, por su valentía al compartir las historias de sus hijas e hijos y por recordarnos que cada proceso migratorio es también un proceso de cuidado, de aprendizaje y de esperanza.

A las profesionales de los servicios médicos, pediatras sociales, psiquiatras transculturales y personal de los centros de salud comunitarios; a las profesionales de la educación, orientadoras, educadoras y profesorado universitario; y a las profesionales de los servicios sociales autonómicos y locales, por aportar su mirada y experiencia en el acompañamiento cotidiano de la infancia refugiada.

A las entidades y organizaciones que contribuyeron con el conocimiento especializado de sus profesionales en las diferentes partes del trabajo y su compromiso tanto en la fase de estudio como en la de validación de productos finales: Plataforma de Infancia, ACNUR, UNICEF, Asociación SEI Ekaterina, Save The Children, Diaconía, Caixa Proinfancia y Andalucía Acoge, por impulsar un enfoque de derechos y de participación infantil y de adolescencia en el sistema de acogida, y por su trabajo constante de incidencia política en todas las administraciones públicas.

Y, sobre todo, a las niñas, niños y adolescentes que participaron en los talleres y grupos de expresión, por su creatividad, su lucidez y su capacidad para imaginar una acogida más justa, amable y feliz.

Sus voces atraviesan esta guía y dan sentido a todo el trabajo.



PRESENTACIÓN  
Y PROPÓSITOS  
DE NUESTRA GUÍA

01

Esta guía práctica tiene como propósito mejorar la calidad y de la atención que reciben las niñas, niños y adolescentes que llegan acompañados por familiares dentro del Sistema de Acogida y Protección

Esta guía práctica tiene como propósito mejorar la calidad y de la atención que reciben las niñas, niños y adolescentes que llegan acompañados por familiares dentro del Sistema de Acogida y Protección Internacional (SAPIT) y de las entidades colaboradoras.

Este documento parte del análisis detallado de una realidad emergente y hasta ahora muy invisibilizada, la presencia de niñas, niños y adolescentes en los dispositivos de acogida y todo el SAPIT. Esta guía surge como respuesta a una constatación compartida por profesionales, familias y organismos especializados: la infancia y adolescencia acompañada se encuentra habitualmente invisibilizada dentro del sistema de acogida, por una perspectiva adultocentrista quedando habitualmente subsumida bajo las intervenciones dirigidas a las personas adultas, sin un enfoque específico de derechos ni una mirada integral sobre su bienestar.

A partir de las entrevistas, grupos participativos con infancia y adolescencia y análisis

documental realizado en distintas delegaciones de CEAR, esta guía busca transformar esa mirada, ofreciendo a los equipos herramientas y orientaciones prácticas que les permitan:

- Poner el foco en la infancia y adolescencia como sujetos de derechos, con necesidades y tiempos propios, permitiendo que se ejercite correctamente su derecho a la información y el acceso a recursos especializados.
- Visibilizar la infancia y adolescencia acompañada dentro del SAPIT y desde una perspectiva de derechos. Dotarse de herramientas y estrategias de trabajo a las profesionales que permita mejorar la calidad de vida de la infancia y adolescencia dentro y fuera del sistema.
- Garantizar el bienestar emocional, educativo y social de niñas, niños y adolescentes, más allá de la cobertura básica de alojamiento y manutención.
- Favorecer la integración comunitaria desde una perspectiva intercultural, antirracista y de género.
- Promover la participación infantil y adolescente en la vida cotidiana de los dispositivos y en la mejora de los propios servicios y en su entorno.

- Fortalecer la coordinación profesional entre los distintos ámbitos (educativo, sanitario, social, psicológico y comunitario).
- Ofrecer pautas claras y operativas para el acompañamiento a las familias en los procesos de crianza y adaptación.
- Poner en valor las experiencias compartidas y las buenas prácticas de todo el Sistema de Acogida y Protección Internacional y Temporal y las profesionales que trabajan con infancia y adolescencia acompañada refugiada para que puedan ser replicadas en otros dispositivos y entidades que trabajan con estas niñas, niños y adolescentes.

La guía está diseñada como una herramienta viva y flexible, pensada para acompañar el trabajo cotidiano de educadoras/es, psicólogas/os, trabajadoras/es sociales, mediadoras/es culturales y equipos de coordinación en los dispositivos SAPIT y las profesionales sociosanitarias y socioeducativas del sistema.

No pretende sustituir protocolos existentes, sino complementarlos con una mirada práctica y transversal de infancia y adolescencia, que sirva para:

- Detectar y atender de forma temprana, desde su

llegada, las necesidades específicas de niñas, niños y adolescentes.

- Reducir los riesgos de exclusión, racismo y/o violencia en su trayectoria vital.
- Construir entornos protectores, participativos y saludables dentro y fuera de los dispositivos de acogida.
- Favorecer que se garantice el acceso a los derechos de las niñas, niños y adolescentes dentro del Sistema de Protección Internacional.

En definitiva, el propósito de esta guía es convertir el enfoque de derechos de la infancia en práctica cotidiana, traduciendo los marcos normativos ([Convención de Derechos del Niño](#), [Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia](#) y [Ley de Asilo](#)) en acciones concretas, coordinadas y sensibles a las realidades diversas de la infancia refugiada acompañada.

### **Por qué una guía de recomendaciones orientada a profesionales que trabajan con infancia solicitante de protección internacional.**

Hasta fechas recientes, la infancia acompañada en el Sistema de Acogida y Protección Internacional (SAPIT) ha permanecido prácticamente

invisible en la investigación, la planificación y la práctica profesional. Frente a las tensiones políticas a las que se ha sometido a los y las menores migrantes sin referentes familiares colocándoles de manera negativa en la agenda política siendo objeto de constantes ejercicios de control, las niñas, niños y adolescentes que llegan junto a sus familias han quedado subsumidos en la categoría genérica de “familias refugiadas”, sin un análisis propio de sus experiencias, necesidades y derechos como infancia.

En la actualidad, pocos documentos reflejan esta realidad, entre ellos el [Plan de Infancia y Adolescencia Acompañada](#) (Diaconía, 2024), el informe [La infancia más vulnerable](#) (Plataforma de Infancia, 2024) y el [Posicionamiento sobre el Sistema de Asilo](#) de la misma entidad (2024). Los tres coinciden en señalar una carencia estructural de datos, protocolos y enfoques de intervención centrados en la infancia.

Partiendo de este vacío, la presente guía busca visibilizar y comprender mejor la experiencia de las niñas, niños y adolescentes acompañados en el Sistema de Acogida, y ofrecer orientaciones prácticas que garanticen su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos. Todo ello a

través de su participación activa durante el proceso a través de los talleres participativos infantiles y adolescentes realizados en los territorios donde pudieron hablar en primera persona de su experiencia, sus miedos y sus avances.

## 1.1 Marco normativo y de derechos de la guía.

Las necesidades de la infancia y adolescencia refugiada acompañada deben abordarse desde un enfoque de derechos humanos y de protección específica e integral de las niñas, niños y adolescentes. Esta óptica permite comprender la interrelación y el impacto de los factores múltiples que atraviesan a la infancia y adolescencia refugiada acompañada.

En las últimas décadas, se ha establecido legalmente la necesidad observada de que las niñas, niños y adolescentes deben ser reconocidos, en sí mismos, como titulares de derechos. Gracias a la Convención sobre los Derechos del Niño, piedra angular de nuestro marco normativo y de toda la guía, se consolida esta idea frente a concepciones anteriores que relegaban a las niñas, niños y adolescentes a un papel subordinado respecto a los adultos. Esta toma en consideración también pone de manifiesto la importancia de la participación y escucha de las niñas, niños y adolescentes

en todos los asuntos que les afecten.

A su vez, el enfoque de protección integral de niñas, niños y adolescentes no se limita a garantizar cobertura básica (vivienda, salud o educación), sino que implica una protección holística de la infancia y adolescencia teniendo en cuenta cuestiones específicas como el juego, la participación, la identidad cultural o la vida familiar.

La adecuación de la guía a las realidades de la infancia y adolescencia refugiada acompañada dentro de un marco de Derechos Humanos y de protección integral de la infancia exige tener en cuenta un marco normativo específico, compuesto por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención de Ginebra, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Ley Orgánica 8/2021, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia y la Ley 12/2009, reguladora del Derecho de Asilo y de la Protección Subsidiaria. Como base de los Derechos Humanos, aunque sin ser de carácter vinculante, se encuentra la [Declaración Universal de los Derechos Humanos](#) de 1948 que ya planteaba tanto el derecho de toda persona a buscar asilo (art.14.1) como la necesidad de cuidado específicos a la infancia

(art.25.2). La **Convención de Ginebra** de 1951 asentará la figura y los derechos de la persona refugiada y se establecerá como un derecho histórico consolidado desde la Organización de las Naciones Unidas. En la Convención de Ginebra se recogen ciertas ideas de protección a la infancia estipulando su derecho a una educación de calidad (art.22) y el derecho a la asistencia pública que necesiten (art.23).

El cimiento es la [Convención sobre los Derechos del Niño \(CDN\)](#), aprobada por Naciones Unidas en 1989 y ratificada por España en 1990. Este instrumento internacional es la base jurídica y ética de los derechos de niñas, niños y adolescentes. La Convención sobre los Derechos del Niño establece principios fundamentales para respetar a la totalidad de la infancia y adolescencia articulándoles como sujetos de plenos derechos. Esta idea se asienta bajo los principios de **no discriminación** (art.2), garantizando que ninguna niña, niño o adolescente sea tratado de forma desigual, el **interés superior del niño** (art.3) como consideración primordial en todas las decisiones que les afecta, y de **participación** (art.12) que reconoce el derecho de las niñas, niños y adolescentes a expresar libremente su opinión y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta.

Asimismo, la Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 6 reconoce el **derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo**, entendidos de forma amplia, abarcando no solo la salud física, sino también el bienestar mental, emocional y social. A esto, se suman derechos específicos como el de **acceso a la salud** (art. 24), a una **educación** de calidad (art. 28) y el derecho a **juego y descanso** (art. 31), fundamentales para su desarrollo integral.

En relación directa con la figura de infancia y adolescencia refugiada, el artículo 22 establece que aquellas niñas y niños que buscan asilo o que ya tienen el estatuto de refugiados deben recibir la protección y ayuda específicas para garantizar el disfrute de sus derechos.

A nivel nacional, la **[Ley Orgánica 8/2021, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia \(LOPVI\)](#)** refuerza el compromiso con la protección efectiva de la infancia y de la adolescencia frente a cualquier forma de violencia, estipulándose el principio de aplicación **universal** a cualquier niña, niño o adolescente que se encuentre en el territorio nacional (art.2).

Bajo la idea clave introducida por la **[Convención sobre los Derechos del Niño](#)** se establece

el **derecho a ser escuchado** sin límite de edad (art. 11). A su vez, se contempla el derecho a una **atención integral** en caso de violencia y a un entorno agradable (art. 12), y la obligación de las Administraciones de garantizar una **educación** equitativa y accesible (art. 30). Asimismo, refuerza la necesidad de **formación especializada** para profesionales en contacto con infancia y adolescencia (art. 47). Por su parte, la **[Ley 12/2009, reguladora del Derecho de Asilo y de la Protección Subsidiaria](#)**, determina el procedimiento de solicitud de protección internacional y el funcionamiento del sistema de acogida en España. Aunque la incorporación de la realidad de la infancia y de la adolescencia en esta ley es limitada, se estipulan una serie de derechos que afectan a niñas, niños y adolescentes. Un ejemplo de ello es el artículo 36.f, que garantiza el acceso a la **educación, la sanidad, la vivienda, la asistencia social** y otros servicios en condiciones de igualdad con la ciudadanía española. El artículo 46 contempla **medidas específicas** para personas solicitantes con necesidades especiales, incluyendo a la infancia, a la adolescencia y a sus familias. Finalmente, el artículo 47 hace mención específica a niñas, niños y adolescentes solicitantes de asilo que han sido víctimas de violencia, subrayando la



Made with Napkin

Elaboración propia con datos de la Convención de Derechos del Niño 1989 a partir de Napkin AI

importancia de una **asistencia integral** de todo tipo de intervención que sea necesaria. Desde el año 2022 el sistema de protección y asilo funciona bajo la fórmula de acción concertada con las entidades que trabajan con el colectivo, lo que ha permitido una mayor estabilidad financiera y mejora de los servicios. El funcionamiento de sistema se regula a través del [Real Decreto 220/2022, de 29 de marzo, por el que se aprueba el](#)

[Reglamento por el que se regula el sistema de acogida en materia de protección internacional.](#)

En dicho reglamento se establecen algunas referencias específicas para garantizar la protección y el bienestar de las niñas, niños y adolescentes en el Sistema de Acogida, reconociendo su especial vulnerabilidad y el deber de atender a su interés superior en todas las fases del procedimiento.

Se destaca de esta manera el

principio del **interés superior del menor** que se consagra como eje transversal de actuación, asegurando que todas las decisiones que les afecten estén motivadas y basadas en una evaluación individualizada de sus necesidades (artículos 6.g y 11.4).

Asimismo, se recogen **los derechos específicos de la infancia y la adolescencia** durante la fase de acogida, prestando especial atención a su acceso a la educación, el esparcimiento, la vida familiar, el desarrollo integral, la protección y los servicios de salud mental y atención psicosocial (artículo 18.2).

En la **fase inicial de valoración y derivación**, el reglamento contempla la obligación de realizar una evaluación del interés superior del menor en aquellos casos en los que existan familias con niñas, niños o adolescentes a su cargo (artículo 15.1), garantizando así una atención adaptada a cada situación.

De igual modo, se refuerza el **acceso al sistema educativo**, estableciendo que las niñas, niños y adolescentes deberán incorporarse en un plazo máximo de tres meses desde la presentación de la solicitud de protección internacional o del estatuto de apátrida (artículo 19.f).

Finalmente, el reglamento

dispone un procedimiento específico para garantizar que las personas menores de edad reciban **información adaptada** a su nivel de madurez y comprensión, asegurando su derecho a ser escuchados en todos los procedimientos que les conciernan (artículo 12.1.a). Será primordial que este marco normativo no solo conduzca esta guía, sino que sea integrado por el equipo de profesionales que esté en contacto con la infancia y adolescencia. Comprendiendo las características específicas de las niñas, niños y adolescentes bajo un marco que respete sus derechos de forma integral.



### **Perspectiva de la guía: una mirada antirracista y de género centrada en los derechos de la infancia**

Esta guía parte de una convicción ética y metodológica: no hay intervención con infancia refugiada que sea neutra. Cada decisión, cada norma

y cada práctica cotidiana reproduce o desafía estructuras de desigualdad. Por ello, el documento se construye desde una mirada antirracista, feminista e interseccional, enmarcada en el enfoque de derechos de la infancia que promueven la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y la Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (LOPIVI).

### **Un enfoque de derechos y reconocimiento**

Entendemos que todas las niñas, niños y adolescentes que viven en el Sistema de Acogida y Protección Internacional son titulares de derechos y no solo receptores de asistencia. Su bienestar no depende únicamente de la cobertura de necesidades básicas, sino del reconocimiento pleno de su dignidad, su voz y su diversidad.

### **Mirada antirracista**

La perspectiva antirracista implica cuestionar los sesgos institucionales, culturales y lingüísticos que pueden invisibilizar o desvalorizar a la infancia refugiada. Supone reconocer el impacto del racismo estructural, explícito o implícito, en los procesos de acogida, y comprometerse con prácticas que promuevan la igualdad real, la representación diversa y la reparación simbólica.

### **Perspectiva de género e interseccionalidad**

La mirada de género atraviesa toda la guía porque las niñas y adolescentes refugiadas viven experiencias específicas de vulnerabilidad, sobrecarga y exclusión que no pueden analizarse al margen de su edad, origen, clase o religión. La interseccionalidad nos permite ver cómo se entrelazan el género, la raza y la migración en los procesos de socialización, participación y acceso a derechos.

### **Ética del cuidado y de la escucha**

El trabajo con infancia y adolescencia acompañadas requiere un posicionamiento ético que combine cuidado, escucha activa y corresponsabilidad institucional. Esta guía entiende la práctica profesional como un espacio de relación y reconocimiento mutuo donde se aprende tanto de las niñas, niños y adolescentes como de sus familias.

### **Compromiso institucional**

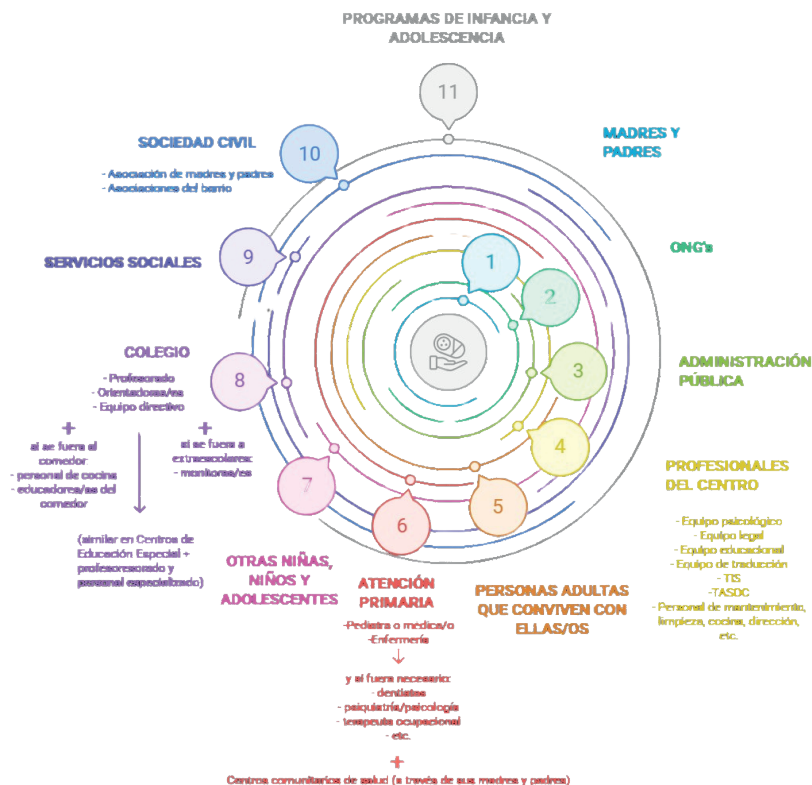
Por último, esta perspectiva no es solo una declaración de intenciones: orienta los contenidos, el lenguaje y las propuestas de toda la guía.

Cada recomendación, cada

buena práctica y cada ejemplo de los capítulos siguientes se ha construido desde este enfoque, buscando hacer visible lo que históricamente ha permanecido en los márgenes: la infancia racializada, las niñas y adolescentes refugiadas, y las múltiples formas de resistencia y cuidado que emergen en sus trayectorias.

## 1.2 Actores relevantes de infancia y adolescencia

A lo largo de todo el proceso en el SAPIT la niña, niño o adolescente entrará en contacto con una pluralidad de actores que marcarán su realidad y su futuro en España. Habrá tanto actores transversales, como lo son sus madres, padres y/o familiares, las diferentes ONG, los profesionales del centro que tratan tanto de manera directa con la infancia y adolescencia, tales como los equipos educativos, de psicología, de traducción, de ocio



Made with Napkin

Elaboración propia a partir de Napkin AI.

y Tiempo Libre, de Intervención Social, hasta todos aquellos cuya relación es más indirecta (equipo legal, de mantenimiento, de cocina, de limpieza, de dirección), las personas adultas que conviven con ellas y ellos, al igual que otros pares, los diferentes equipos profesionales de atención primaria y/o especializada en los casos que fueran necesarios dentro del ámbito sanitario y las/los profesionales de la enseñanza que entrarán en la vida de la infancia y adolescencia en el período lectivo y como mínimo hasta la enseñanza obligatoria, contando desde el profesorado, las orientadoras/es hasta el equipo directivo.

Especial relevancia tendrán para su salud el sistema sanitario español, su pediatra o doctor/a, o pediatra social, la enfermera de pediatría, las especialidades a las que se derive en el caso de que fuera necesario, etc.

Como actores que aparecen en momentos específicos como los funcionarios de la Administración Pública en sus diferentes ramas, entre ellas las de seguridad, que estarán al comienzo y al final del proceso, las y los profesionales de Servicios Sociales que principalmente actúan en el proceso para las ayudas, la Sociedad Civil que engloba tanto el contacto con el

vecindario y/o con las diferentes personas que participen en asociaciones vecinales, como otros tipos de entidades tales como Asociaciones de Madres y Padres. A su vez, también se podrían encontrar con personas de Programas específicos de infancia y adolescencia en el territorio, tanto de la Administración Pública como de las asociaciones.

Para la mayoría de estos actores sociales activos en el contacto con la infancia y la adolescencia refugiada va esta guía, con especial interés para aquellos que trabajan en los ámbitos centrales de los derechos de la infancia como son el sistema sociosanitario, la educación, el entorno comunitario y asociativo, los servicios sociales y, como no, las profesionales que trabajan dentro del Sistema de Acogida y Protección Internacional.

### 1.3 Desarrollo del Sistema de Acogida de Protección Internacional

El Sistema de Acogida de Protección Internacional en España establece una metodología de intervención estructurada en distintas fases, diseñada para acompañar de manera progresiva a las personas solicitantes de asilo.

En la **primera fase**<sup>1</sup> (de idealmente un mes) se realiza una valoración integral, siendo

1 Se desarrolla con mayor profundidad en el capítulo III, artículo 11 de la

la puerta de entrada al sistema de acogida. Incluye, además de una valoración inicial de la situación de la persona o unidades familiares solicitantes como base de la acogida por tiempo limitado previsiblemente breve (idealmente de un mes) y la derivación para la asignación de una plaza en acogida temporal. La **segunda fase** se centra en proporcionar un entorno seguro y estable en el que la persona pueda cubrir sus necesidades. Durante este periodo de acogida temporal se ofrece apoyo socioeducativo, acompañamiento y seguimiento continuado, con el fin de facilitar su proceso de adaptación al nuevo contexto. Esta etapa permite avanzar gradualmente hacia un mayor nivel de autonomía personal y social.

En la **última fase** se intensifica el trabajo orientado a la independencia y autonomía. La persona participa en itinerarios integrales que fortalecen su capacidad para desenvolverse de manera autónoma en la sociedad.

De forma complementaria a estas fases, el sistema incorpora una serie de **actuaciones transversales** que se desarrollan durante todo el proceso y que resultan esenciales para una atención integral. Entre ellas se encuentran:

- Servicios de traducción e interpretación.
- Servicio de orientación y acceso al empleo.
- Servicio de programas de aprendizaje del idioma.
- Servicio de atención psicológica especializada
- Servicio de asistencia jurídica en el marco de la protección internacional.



#### 1.4 Contenidos de la guía

La guía se organiza en capítulos temáticos que abordan los ámbitos centrales del bienestar de la infancia y adolescencia acompañada dentro y fuera del SAPIT y cada uno sigue la misma estructura: un diagnóstico, que sintetiza los hallazgos de las 45 entrevistas y los grupos de niñas, niños y adolescentes; un bloque de recomendaciones, orientadas a la mejora de la intervención; y una selección de buenas prácticas identificadas en distintos territorios.

## Desarrollo del Sistema de Acogida de Protección Internacional en España



### Servicios de intervención transversales

Asistencia jurídica, traducción e interpretación, apoyo psicológico, formación en idiomas, búsqueda de empleo y acceso a vivienda.

Made with Napkin

Elaboración propia con datos proporcionados por CEAR a partir de Napkin AI.

Los primeros capítulos analizan la acogida y su impacto en la seguridad y confianza infantil; la salud integral desde una mirada biopsicosocial, antirracista y de género; y el ámbito educativo, abordando las barreras lingüísticas, la continuidad escolar y el papel del ocio y la convivencia en la adaptación. Estos apartados permiten comprender los factores que condicionan el bienestar y proponen medidas concretas para fortalecer la coordinación sociosanitaria, educativa y comunitaria.

La segunda parte recoge los capítulos dedicados a la participación infantil, la protección y prevención de violencias, los derechos y la comunicación inclusiva, y la parentalidad positiva y crianza intercultural. En todos ellos se analiza cómo la infancia vive la acogida, qué tensiones emergen en los procesos familiares y qué barreras culturales o institucionales dificultan la

escucha, el acompañamiento y el ejercicio de derechos.

Finalmente, el capítulo sobre servicios sociales pone en valor su papel transversal en el acceso a derechos y la continuidad de los procesos. La guía cierra con una reflexión que invita a consolidar un sistema de acogida que aprende, se cuida y se transforma, integrando las voces de la infancia y las prácticas que ya están funcionando en el territorio.





ACOGIDA:  
SEGURIDAD,  
CONFIANZA  
Y BIENESTAR

02

## 2.1 Diagnóstico de la acogida: seguridad, confianza y bienestar

La acogida constituye un momento decisivo en la trayectoria de las niñas, niños y adolescentes que son solicitantes de protección internacional.

De la forma en que se produzca, el entorno físico, la información que reciben, la calidez del contacto y el reconocimiento de sus emociones dependerá en gran medida su sensación de seguridad, su confianza en las personas adultas y su capacidad para iniciar un proceso de adaptación positivo a su nueva vida.

El análisis de las entrevistas realizadas a profesionales, madres, padres y agentes de apoyo revela un conjunto de tensiones estructurales en el modo en que el SAPIT acoge a la infancia.

A continuación, se sintetizan los principales hallazgos agrupados en dimensiones.

### Condiciones materiales y temporales de llegada

La primera acogida o Fase de valoración y derivación (FVID) está pensada administrativamente como una fase breve, idealmente de un mes, centrada en la valoración inicial de la situación de las familias y en la cobertura urgente de necesidades básicas. Actualmente en el momento de

redacción de esta guía los plazos en la fase de valoración inicial y derivación o primera acogida se prolongan más allá del mes: muchas familias permanecen entre tres y ocho meses en esta fase debido a la saturación del sistema y a la falta de plazas en los dispositivos posteriores de acogida. Algunos informantes nos han relatado experiencias previas de sinhogarismo hasta entrar en el SAPIT, lo que ha supuesto una vivencia altamente traumática para las personas adultas y especialmente para las niñas, niños y adolescentes.

*“El momento inicial en aquel centro fue terrible, fue muy duro cuando llegamos a tocar las puertas del centro, se nos notificó que no había plaza, estuvimos aproximadamente una semana en la calle”*  
(Madre)

El sistema lleva a la infancia y adolescencia a convivir en dispositivos institucionalizados con personas adultas de diferentes países, en una habitación por familia, con baños compartidos, en ocasiones durante más tiempo del planificado inicialmente. A ello, es necesario añadir que la primera acogida por su carácter transitorio cuenta con menos recursos de profesionales, por ejemplo, en lo relacionado al ocio y el tiempo ya que está ausente la figura por ejemplo de la técnica

de integración social La urgencia de las primeras actividades de acogida dificulta las bienvenidas adecuadas a la infancia.

Estos dispositivos claramente institucionalizados pueden ser antiguos hostales, residencias u hoteles reacondicionados, donde la estructura y la dinámica diaria no están diseñadas con enfoque de infancia. Los testimonios coinciden en que estos entornos generan desorientación, falta de intimidad y estrés.

*“Son como hostales donde hay habitaciones en las que pueden estar con su madre o su padre, pero todo es muy institucionalizado.”*

(Profesional de la psicología)

Además, la etapa se caracteriza por una incertidumbre constante: las familias saben que la estancia puede ser temporal y que en cualquier momento pueden ser trasladadas a otra localidad o Comunidad Autónoma.

Cuando las niñas, niños y adolescentes son conscientes de esta posible mudanza, la espera se puede volver altamente estresante, dificultando su adaptación y sus vínculos con el entorno escolar o vecinal.

*“A lo mejor están empezando a hacer amiguitos en un centro, en una ciudad y se tienen que cambiar a otra y luego a otra”*  
(Profesional del trabajo social)

Los pisos familiares o unidades pequeñas, más adecuados para el bienestar infantil, no se suelen utilizar en esta primera fase, sino en las etapas posteriores de “acogida” y, principalmente, de “autonomía” a través de las ayudas económicas que se reciben y que les puede permitir muchas veces con dificultades acceder a una vivienda. La consecuencia es que las niñas, niños y adolescentes pasen sus primeros meses en entornos impersonales, en un momento en el que más necesitan estabilidad, afecto y rutinas.

## Comunicación y comprensión del entorno

Uno de los déficits más señalados es la necesidad de información adaptada a la edad y al idioma, la información se suele adaptar, incluyendo la traducción a asegurar que las personas adultas la comprendan, pero no ocurre igual en el caso de niñas, niños y adolescentes. Esto es debido a que principalmente el receptor de dicha información suele ser la persona o personas adultas, y no hay materiales

adaptados a las edades para que puedan comprender como será su nueva vida en el proceso que emprenden. No se asegura que las niñas, niños y adolescentes comprendan qué está ocurriendo ni cuál es su situación a través de información adaptada a su edad.

El sistema dota de intérpretes en las primeras semanas, tanto en el ámbito sanitario como educativo. Hay regiones que cuentan con sistemas adicionales de traducción e interpretación dentro del sistema sanitario, como Andalucía, Madrid que pueden cubrir las citas médicas con un servicio de traducción telefónica.

En los pocos casos donde se han utilizado pictogramas, materiales visuales o mediadores lingüísticos, este apoyo ha resultado muy positivo con las mejoras notables en la comprensión y en la tranquilidad de las niñas y niños de menos edad. La utilización de estos recursos se ha dado en espacios educativamente muy dotados como pueda ser un Centro de Educación Especial, no es un recurso habitual del sistema, pero parece demostrada su eficacia entre el grupo de niñas y niños menores de 6 años.

02

ACOGIDA: SEGURIDAD, CONFIANZA Y BIENESTAR



## Estado emocional, trauma y acompañamiento psicológico

El duelo migratorio, la fatiga del viaje y la incertidumbre marcan el estado emocional de la mayoría de las niñas y niños y adolescentes en su llegada.

*“... antes nosotros podíamos recibir una familia, digamos muy recién llegada, y ahí veíamos, pues un estado emocional distinto, duelo migratorio, mucho desconocimiento, nerviosismo”*  
(Profesional de la psicología)

Esa vivencia “por arrastre” y como “mochila” puede generar resistencia, rabia o retraimiento especialmente en los adolescentes, que sienten que han perdido su mundo de origen.

La ruptura del entorno habitual en un momento de construcción de la identidad y la autonomía puede llevar a irritabilidad, aislamiento, ausencia de apetito, etc. Todo ello como respuesta a un cambio radical que apenas tienen tiempo de asimilar. Aspectos de especial relevancia en la pubertad y la adolescencia.

En otros casos, se observan manifestaciones de estrés postraumático, sobre todo en niñas y niños procedentes de contextos bélicos (Ucrania, Siria, Palestina).

*“Escuchaba un petardo y se escondía debajo de la mesa; pensaba que iba a caer una bomba.”*

(Profesional de la orientación educativa)

## Confianza y vínculo con los adultos de referencia

La confianza no se construye con procedimientos, sino con presencia estable, coherencia y empatía. Las profesionales hablan de “vincular” con las niñas, niños y adolescentes como elemento necesario para cualquier intervención. En los grupos infantiles se ha observado que las niñas, niños y adolescentes identifican rápidamente a los adultos accesibles y protectores. De manera informal niñas, niños y adolescentes buscan su referente o referentes de infancia.

Esta necesidad de vincular también hace referencia a otros profesionales que estarán cerca de ellas y ellos, como puedan ser sus maestras o sus pediatras y doctoras. También a las profesionales que trabajan en los centros en labores de conserjería, limpieza, restauración, gobernanza, etc. En situaciones de cambios profesionales frecuentes o trato distante puede aumentar la ansiedad y el retraimiento.

## Acceso a salud y educación en la fase de acogida o fase de valoración inicial y derivación (FVID)

En la mayoría de los territorios, la escolarización se tramita con rapidez, dentro del marco de tres meses que exige el reglamento, pero la adaptación escolar sigue siendo un punto crítico en el que la presente guía ahondará con mayor profundidad. El desconocimiento del idioma, las diferencias curriculares y las deficiencias en el acompañamiento especializado dificultan los primeros meses.

*“Un menor que viene refugiado aquí y lo metes en un colegio sin hablar castellano 8 horas sentado en una silla. Pues yo no sé si eso es correcto” “Fíjate que llegan a un grupo nuevo, un país nuevo con un sistema nuevo, con un idioma que no conoce. Niños que en ocasiones no han estado nunca escolarizados y van pues a cuarto de primaria”*

(Profesional del trabajo social)

También se da una respuesta adecuada desde el punto de vista de pediatría para las niñas y niños, especialmente en lo referente a la primeras revisiones y cartilla vacunal, pero existe un vacío informativo sobre cómo se actúa con la adolescencia dentro del área

de medicina general. La figura de la intérprete es fundamental para estas primeras tomas de contacto con los servicios médicos.

## Visión adultocéntrica y ausencia de enfoque de infancia

Se trata de un aspecto transversal a todo el sistema, el enfoque adultocéntrico. El diagnóstico muestra que el sistema de acogida continúa funcionando bajo un enfoque adultocéntrico, focalizado en resolver las necesidades y trámites de las personas adultas, mientras la infancia y adolescencia queda invisibilizada o tratada como acompañante pasiva.

De esta óptica adultocéntrica se deriva la inexistencia de entrevistas e informes de cada niña, niño o adolescente, la disminución de recursos humanos en los horarios de tarde donde las niñas, niños y adolescentes están en los centros, la inexistencia de talleres obligatorios para la infancia como sí existen para las personas adultas, etc. Esta falta de enfoque de infancia también afecta al marco político administrativo de referencia, el reglamento que establece un nivel mínimo de exigencias y dota, en consecuencia, de un mínimo de recursos que no pueden cubrir las obligaciones de

adaptaciones de la Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia y la Convención de Derechos del Niño a estos espacios.

A todo ello, es necesario añadir que las actividades que se realicen con infancia tienen la obligación expresa de tener la autorización de madre, padre o tutor, lo que genera trámites burocráticos asociados y obstáculos adicionales para el trabajo con la infancia que actúan como barrera para las profesionales a la hora de poder intervenir más directamente con infancia y adolescencia.

*“En los centros se suele entrevistar siempre a las familias para conocer sus circunstancias, sus preocupaciones. Esto nunca se hace con los niños, en ningún caso se coge al niño, se sientan con él y le preguntan, bueno, y ¿tú qué tal estás? ¿Cómo te sientes? ¿Cuáles son tus preocupaciones? ¿Qué te preocupa más?”*  
(Profesional de ACNUR)

Esta lógica se traduce en que las decisiones del tipo de alojamiento, rutinas, desplazamientos, entrevistas, se toman sin tener en cuenta su punto de vista ni su experiencia subjetiva.

El resultado es que la acogida de las niñas, niños y adolescentes se ha estado dando por supuesta, en lugar de planificarse de manera específica.

*“Está todo preparado como para los adultos, pero no hay un enfoque basado en la infancia. Entonces hemos tenido que crear un poco el contenido y trabajarlo un poco a cuenta del equipo”*  
(Profesional de CEAR)

Romper con esta perspectiva adultocéntrica implica reconocer que las niñas, niños y adolescentes pueden haber sentido una experiencia migratoria propia, con duelos, aprendizajes y miedos distintos a los de sus madres y padres, y que necesitan espacios para ser escuchados. Ello exige una planificación del SAPIT que garantice recursos económicos suficientes, profesionales especializados y formación adecuada para generar espacios reales de escucha y participación.

Las experiencias participativas que se han mencionado, así como los talleres y actividades grupales que se han realizado con las niñas, niños y adolescentes para el diseño de los packs de bienvenida, demuestran que cuando se les otorga voz y responsabilidad, su bienestar mejora.

## 2.2 Recomendaciones

La primera acogida marca el inicio del proceso de integración y debe concebirse como una experiencia de cuidado y ejercicio de derechos para la infancia que desgraciadamente no siempre puede desarrollarse adecuadamente. Una acogida protectora repara, orienta y devuelve seguridad a niñas, niños y adolescentes que han vivido trayectorias de pérdida, violencia o desarraigo.

Las siguientes claves recogen recomendaciones para una acogida protectora:

- Talleres de Bienvenida como los que se realizan con las personas adultas. Pueden servir como herramientas los packs de bienvenida o poner cartelería que adapten la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) o la Ley Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI) a lenguaje infantil son grandes pasos.
- Desde el ámbito jurídico se plantea introducir en la documentación de obligado cumplimiento de las personas adultas, el respeto a los derechos de la infancia tal y como se hace con la erradicación de las violencias machistas en el SAPIT introduciendo un principio rector adicional en el artículo 26 del [Real Decreto 220/2022, de 29 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regula el sistema de acogida en materia de protección internacional](#). Este documento de compromiso serviría para informar y sensibilizar tanto a los adultos responsables como a las niñas, niños y adolescentes sobre sus derechos, y podría facilitar la intervención en casos de riesgo. Este compromiso desde el principio podría ayudar a visibilizar y priorizar la protección de la infancia y adolescencia en los procedimientos legales y administrativos.
- Planificar la ejecución de protocolos de entrevista y escucha activa, adaptados por edad, con presencia de mediadoras culturales si es necesario, y evitar que, en las entrevistas a personas adultas responsables, especialmente en problemáticas de violencias machistas u otras situaciones de violencia, las niñas y niños estén presentes.
- Cuidar la dimensión emocional y el apego, validando los sentimientos de miedo, cansancio o enfado: escuchar sin juzgar. En esta línea, permitir a las niñas y niños que tengan objetos personales (peluches, libros,

- dibujos) que refuercen su sentido de continuidad, especialmente relevante en las niñas y niños más pequeños.
- Dotar de herramientas a las y los profesionales que se encuentran fuera de la atención directa como gobernanza, consejería, limpieza, restauración, mantenimiento para establecer pautas de buen trato y protocolos de usos de espacios que doten de límites claros a la infancia en este apartado.
  - Implantación de la figura referente de infancia y adolescencia, de la misma forma que existen referentes en otras áreas, este profesional centralizaría el trabajo a realizar con las niñas, niños y adolescentes de cada dispositivo y claramente en el proceso de acogida.
  - Solicitar a la Administración competente un marco que permita la priorización de modelos residenciales familiares o de pequeña escala, que favorezcan intimidad, rutinas y vida cotidiana en correlación con el marco europeo de desinstitucionalización de las infancias.
  - Acondicionar espacios específicos para la infancia: rincones de juego, lectura o dibujo, zonas seguras para socializar. Cuidar la estética del entorno: colores, iluminación, cartelería amigable y materiales inclusivos.
  - Crear herramientas de trabajo para estudiar y analizar espacios que generan inseguridad a la infancia en seguimiento de la [Ley Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia \(LOPVI\)](#). Como, por ejemplo: lugares sin visibilidad, que producen aislamiento, alejados del control parental, etc. Se han realizado estas dinámicas con participación infantil durante el estudio con muy buenos resultados.
  - Priorizar dispositivos de menor tamaño y viviendas. Un ejemplo en CEAR son chalets con espacios de juego, zonas verdes, cocinas propias y otras ventajas asociadas.
  - Realizar talleres de bienvenida que presenten la llegada como un encuentro humano, no como un trámite administrativo. Se pueden apoyar con los materiales elaborados por CEAR a tal efecto.
  - Buscar herramientas de vinculación con las niñas, niños y adolescentes con gestos tan simples como contar con una mesa redonda permite una comunicación más igualitaria y cercana.

- Realizar una entrevista de bienvenida con la familia y las niñas/os por separado, explicando quiénes son los profesionales, qué normas hay y qué va a suceder en los próximos días.
- Utilizar lenguaje sencillo, pictogramas, mapas o elementos visuales que faciliten la comprensión del entorno en las niñas y niños de edades menores. Evitar tecnicismos y mensajes ambiguos que generen confusión o miedo.
- Uso de comunicadores en tableta con lenguaje natural asistido y pictogramas multilingües para mejorar la comprensión del entorno cuando las posibilidades de comunicación sean más limitadas.
- Entrega de cuadernos de bienvenida personalizados con fotos del personal, planos del centro y espacios que podrán usar. Esta propuesta puede generalizarse a otros entornos como el educativo o el sociosanitario.
- Garantizar la presencia de intérpretes o mediadoras/es lingüísticos desde el primer contacto con salud, educación y trabajo social.
- Realizar la derivación sanitaria y escolar en los primeros días, informando a las familias de los pasos y acompañándolas en las gestiones.
- Establecer un canal directo entre CEAR, centros de salud y colegios para evitar esperas o duplicidades.
- Promover la escolarización temprana como fuente de estabilidad y socialización.
- Identificar y conocer el acceso a los recursos comunitarios del barrio dirigidos o adaptados a la infancia (bibliotecas, centros juveniles, actividades deportivas, etc) para facilitar su vinculación.
- Realizar una primera acogida en los dispositivos SAPIT, pero también en otros recursos educativos y sociosanitarios con enfoque antirracista y de género que tenga presente el siguiente marco de trabajo.
- Nombrar la discriminación cuando se produce, sin minimizarla, incluso en los primeros momentos.
- Cuidar la representación visual y simbólica en la señalética, los materiales y los espacios, de modo que las niñas y niños racializados se vean reflejados.
- Escuchar las experiencias de racismo o exclusión que puedan narrar las familias o las propias niñas y niños, y recogerlas como parte del diagnóstico del bienestar inicial.
- Evitar lecturas culturalistas o patologizantes de las diferencias culturales:

- reconocer prácticas diversas sin justificar con ellas vulneraciones de derechos.
- Detectar la parentalización temprana, especialmente en adolescentes que actúan como cuidadoras o niñas y niños como traductores.
  - Proteger la intimidad y seguridad de las niñas y adolescentes en espacios comunes (baños, dormitorios, zonas de ocio).
  - Garantizar intérpretes mujeres cuando sea necesario abordar temas de salud o violencia con las adolescentes.
  - Reconocer la diversidad familiar y cultural sin reforzar estereotipos sobre las madres racializadas.
  - Incorporar en las fichas de primera entrevista, campos de observación sobre experiencias de discriminación, idioma, género y carga de cuidados.
  - Utilizar en las actividades de bienvenida materiales donde aparezcan referentes diversos en color de piel, nombres y culturas.
  - Trabajar con los factores que sabemos generan bienestar y seguridad para la infancia; amabilidad y trato cercano de todo el personal del dispositivo, espacios propios para juego, estudio y descanso, información adaptada a su edad sobre su nueva vida, existencia de

alguna persona de referencia y apoyo y conocimiento de los profesionales que se encuentran en el centro.

- Incluir la realización de paseos o derivas con la participación infantil por los espacios del centro, adaptados a la edad de las niñas y niños participantes para que señalen aquellos espacios que les generen inseguridad, miedo o malestar para poder intervenir en su mejora siguiendo Ley Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI) Esta práctica puede realizarse también en los entornos cercanos al centro, el barrio para detectar esas lagunas de inseguridad o malestar.



## 2.3 Buenas prácticas

- Desde algunos centros educativos de educación especial se están utilizando Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) basados en el uso de pictogramas que facilitan la comunicación con niñas y niños que tienen dificultades en este ámbito por distintos factores (diversidad funcional, desconocimiento del idioma, entre otros) Uno de esos sistemas es [ARASAAC](#) que ha sido utilizado para trabajar con niñas y niños refugiados ucranianos con TEA. Por sus características se considera que este sistema u otros similares podría ser muy útil para trabajar con niñas y niños pequeños no castellanoparlantes y/o con TEA, por ejemplo.
- Elaboración de los packs de bienvenida de CEAR para los profesionales en diferentes formatos y adaptados a los lenguajes infantiles y adolescentes, sirviendo de herramienta para validación de emociones, descubrimiento de los nuevos espacios y rutinas de su vida, de sus derechos como infancia y profundizar en el conocimiento de su nuevo entorno.
- CEAR cuenta con un equipo propio de traductoras e intérpretes lo que permite un mejor alcance en el apartado de comunicación con todas las personas usuarias del SAPIT incluida la infancia y adolescencia.
- En algunas regiones existe la posibilidad de traducción simultánea como Andalucía a través del programa Salud Responde.
- Algunos dispositivos de CEAR cuentan con espacios amplios e iluminados para la infancia donde existen lugares específicos para el estudio, para el juego libre y el juego guiado, una pequeña biblioteca, incluso ordenadores para que puedan realizarse trabajos escolares o darle algún uso recreativo. Espacios que permiten actividades de encuentro en las primeras fases del proceso.
- Las Comisiones de Infancia que se están dando en los territorios como Navarra y Alicante están mostrando una elevada utilidad para transversalizar el enfoque de infancia y sus derechos en todo el sistema.
- Priorización de espacios de tamaño pequeño-medio como Carabanchel, Madrid o Pamplona en viviendas, para evitar la institucionalización en la infancia.

- Algunas asociaciones como [SEI Elkaterra](#) están trabajando con la bienvenida de jóvenes y adolescentes y niñas y niños en procesos de reagrupación para facilitar la reconstrucción de las relaciones familiares y dar una adecuada bienvenida a niñas, niños y adolescentes.



- Escuela de madres y padres en Navarra y Alicante que permiten realizar un diálogo intercultural sobre las prácticas más habituales de crianza haciendo hincapié en relaciones de buen trato.
- En Sevilla, las profesionales de psicología utilizan juegos de mesa como herramienta en sus intervenciones para facilitar la creación de vínculos y generar un clima de confianza con niñas, niños y adolescentes. Las relaciones de coordinación que han realizado en

diferentes territorios entre los profesionales de CEAR y pediatría social permiten desde un enfoque biopsicosocial un seguimiento más holístico de la niña o niño y su familia, una atención más centrada en su bienestar integral y su inclusión.

- Las comisiones de infancia que se están instaurando en algunos territorios de España como Navarra y Alicante, formadas por profesionales formados y sensibles en la materia, está permitiendo los primeros avances en un ejercicio más efectivo de derechos Convención de Derechos del Niño y Ley Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI) y mejoras en el bienestar de la infancia, incluyendo la primera fase de acogida.





SALUD INTEGRAL  
Y ACOMPAÑAMIENTO  
EMOCIONAL

03

### 3.1 Diagnóstico de la salud integral y acompañamiento emocional

El bienestar de las niñas, niños y adolescentes en el SAPIT debe entenderse desde una perspectiva biopsicosocial, que reconoce la interacción constante entre el cuerpo, la mente y el entorno social. Esta visión supera el modelo biomédico tradicional, situando la salud infantil y adolescente como un proceso dinámico, influido tanto por las condiciones materiales y culturales como por la vivencia emocional del desplazamiento y de la acogida.

La investigación muestra que el bienestar físico y emocional de esta infancia se puede ver condicionado por factores sociales como la estructura del Sistema de Acogida, la coordinación (o falta de ella) entre recursos, las barreras simbólicas y lingüísticas o los marcos culturales con los que se interpreta la enfermedad o el malestar.

En este sentido, la salud integral de la infancia refugiada no puede comprenderse plenamente sin atender a los **efectos combinados del racismo estructural, el género y la desigualdad de clase**. Las entrevistas muestran que las experiencias de enfermedad, malestar o cuidado se ven atravesadas por estos ejes de

discriminación, que condicionan tanto el acceso a los recursos como la relación con las y los profesionales y las instituciones. Estas apreciaciones se encuentran muy presentes en las opiniones de profesionales de la pediatría social y de la psiquiatría transcultural y algunas profesionales de la psicología en los dispositivos.

Desde una lectura antirracista, el trabajo de investigación y las entrevistas llevadas a cabo identifican **barreras simbólicas y raciales** en el acceso a la salud y situaciones de prejuicios culturales en la atención médica. Además de las dificultades idiomáticas no siempre son cubiertas por intérpretes, y una posible desconfianza hacia los relatos de las familias racializadas. Estas barreras pueden llegar a generar desprotección, discontinuidad asistencial y sentimientos de desvalorización.

Las madres solicitantes de protección internacional pueden sufrir sobrecarga del cuidado, lo que puede repercutir directamente en la salud emocional de sus hijas e hijos. La vulnerabilidad de la infancia refugiada se superpone así con la vulnerabilidad de sus madres, creando una cadena de malestar transgeneracional.



Desde la perspectiva de género, el bienestar infantil aparece íntimamente vinculado a la **feminización y precarización de los cuidados**. Las mujeres migradas y refugiadas especialmente en los recursos orientados a madres solas con hijas e hijos soportan la mayor parte del trabajo emocional y doméstico, en contextos donde la red familiar y comunitaria está fragmentada. También existen relatos de mujeres que, realizando el viaje en familia, se han terminado ocupando exclusivamente de la crianza. En este sentido, los padres varones que han realizado las entrevistas sí han mostrado un claro interés y actitud proactiva en la salud de sus hijas e hijos entendida desde un punto de vista integral, salud física y mental.

A lo largo del trabajo de investigación se han detectado experiencias y buenas prácticas que tratan de remover estas barreras culturales incorporando una mirada feminista e intercultural que transforma el

modo de cuidar: principalmente los grupos de madres que reconocen a las mujeres como **sujetos activos de saber y de salud**, favoreciendo la confianza y la recuperación de la agencia personal y colectiva. También desde el punto de vista de acercamiento intercultural en el tratamiento del bienestar y la salud de la infancia, la pediatría social y la psiquiatría transcultural están cumpliendo una función reseñable.

### **Dimensión física y biológica: acceso, prevención y continuidad**

Los relatos de profesionales de CEAR y de pediatría, especialmente pediatría social confirma que la atención médica básica está garantizada, aunque el acceso efectivo puede ser desigual por demoras administrativas, traslados de provincia o cambios de fase. Si bien estas primeras atenciones deberían realizarse en un plazo inferior a un mes, se han identificado casos en los que, debido a la entrada en el sistema de asilo durante los meses de verano o a situaciones puntuales de sinhogarismo, dichas atenciones se retrasan. Las niñas y niños y adolescentes pueden llegar sin historial médico ni calendario vacunal, y los traslados entre territorios que se producirán durante el periodo de estancia en el

SAPIT y con posterioridad interrumpen el seguimiento por el mismo profesional. Una de las manifestaciones de malestar de las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud infantil desde una perspectiva más integral es que no pueden dar continuidad en ocasiones a los casos. Se describen como principales causas los cambios de fase en el proceso de acogida, mudanzas tras finalizar fases, cambios de teléfono o imposibilidad, desinterés o rechazo a continuar. Y, por último y no menos relevante, casos en que las madres se encuentran en situaciones extremas de vulnerabilidad social con las que se pierde la comunicación y se vuelve imposible el seguimiento posterior. Las profesionales de los centros utilizan herramientas de recuerdo de las citas, solicitud de traducción que son herramientas que facilitan la mayor asistencia posible.

*“Hay absentismo en las consultas, o sea, que tenían cita en la consulta y fallaba. Solían fallar bastante, sobre todo a partir de la tercera consulta. A partir de la tercera consulta solían fallar casi todos, nosotros lo achacábamos primero a que estaban ya en una fase diferente. En sea, otro sería que ya habían salido al dispositivo y otras que no querían venir”*  
(Profesional de la pediatría social).

**También durante el estudio se han analizado casos de niñas y niños con enfermedades crónicas graves, con consecuencias limitantes como parálisis cerebral, TEA profundo, etc. Para estas familias, España permite una atención y cuidado sanitario valorados positivamente en enfermedades de mayor gravedad. En la comparativa con los países de origen, algunos en situaciones bélicas o con sistemas de salud más precarios, la atención a la infancia con discapacidad se valora positivamente. Dimensión psicológica: duelo migratorio, trauma y estrés postraumático.**

El impacto emocional del desplazamiento emerge como un determinante central del bienestar infantil. Las entrevistas recogen síntomas de ansiedad, mutismo, insomnio, falta de apetito o sobresaltos ante ruidos, especialmente en niñas y niños procedentes de zonas de guerra o violencia. Esta sintomatología puede presentarse cuando se han vivido situaciones que han generado estrés postraumático asociadas a estado de miedo incluso terror intenso. A todo ello se suma el duelo migratorio, prolongado e incierto, que incluye la pérdida de amigos y familiares, de lengua, de referentes y de identidad. “Los niños vienen detrás de sus padres” se afirma, sin haber elegido migrar, lo

que genera sentimientos de desarraigo o de culpa.

Algunos profesionales de la pediatría social especializada en contextos familiares donde se ha dado violencia machista y/o violencia hacia la infancia abordan la relevancia del trauma infantil no tratado. Este no solo tiene consecuencias emocionales, también efectos metabólicos, inmunológicos y cognitivos a medio y largo plazo. El trauma infantil no tratado, la pobreza o la inestabilidad emocional generan “huellas biológicas” en el cuerpo, modificando los circuitos del estrés, el desarrollo inmunitario y la capacidad de aprendizaje futuro. En su planteamiento, la salud está muy relacionada con los vínculos que se establecen y genera seguridad y bienestar en la primera infancia.

El estrés crónico inhibe el crecimiento, altera el sueño, reduce la atención y condiciona el rendimiento escolar y la salud futura. De hecho, los profesionales van señalando como en el periodo de estancia dentro del SAPIT se han ido realizando pruebas médicas a niñas y niños que han servido para detectar problemas de salud para su tratamiento.

En contraparte, otras profesionales que trabajan con la infancia advierten sobre el riesgo de **patologizar el sufrimiento**

**infantil en contextos de desplazamiento.** Recuerdan que muchas reacciones emocionales (tristeza, retraimiento, dificultades de sueño o apego intenso) son respuestas adaptativas normales al trauma y al cambio, y no necesariamente indicadores clínicos.

“No todo lo que duele es una enfermedad. Hay niños que simplemente están tristes porque han perdido su casa, su escuela, su grupo de amigos. A veces lo que necesitan es tiempo, juego y confianza, no un diagnóstico”.  
(Profesional de UNICEF)

Este enfoque plantea un cambio de paradigma: desplaza un modelo centrado en el diagnóstico a un modelo centrado en el bienestar y la resiliencia, donde el cuidado cotidiano, la estabilidad y la confianza sean las primeras herramientas terapéuticas.

Desde esta perspectiva, no medicalizar lo esperable y acompañar sin etiquetar se convierten en principios fundamentales del enfoque biopsicosocial.

Un elemento recurrente en las entrevistas es la sensación de temor a poder generar algún daño o no saber acompañar suficientemente a las niñas, niños y adolescentes refugiados.

El abordaje psicoterapéutico con la infancia y adolescencia emerge como una necesidad inminente de infancias y adolescencia, especialmente desde la COVID. Son constantes las referencias al impacto sobre este grupo etario en su bienestar y salud mental. En este contexto, las profesionales amplían el que era su marco de trabajo (habitualmente con población adulta), lo que puede generar temores asociados a la inseguridad técnica y emocional que genera trabajar con niñas, niños y adolescentes que han podido estar expuestos a trauma, duelo migratorio o violencias. El apoyo de profesionales especializados en la atención a niñas, niños y adolescentes

resulta cada vez más necesario y urgente.

*“Nos pasaba que tenemos el miedo a que, si abres un melón con los niños por su dolor migratorio, porque se encuentra el mal, luego cómo cierras eso”*  
(Profesional de la psicología).

Ello requiere reforzar las capacidades de los equipos para distinguir entre sufrimiento adaptativo y patología clínica, así como potenciar los recursos preventivos y psicoeducativos (escuela, comunidad y familia) como entornos protectores y terapéuticos.

03

SALUD INTEGRAL Y ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL



Una de las condiciones estructurales que las profesionales señalan es la ausencia de profesionales de la psicología infantil en el sistema nacional de salud pública. Este déficit estructural del sistema que afecta a todas las infancias dificulta el acceso a estos servicios a todas las niñas, niños y adolescentes. Como respuesta, algunos profesionales buscan apoyo en entidades externas especializadas a través de la firma de convenios de colaboración, pero el estrés y la tensión de las profesionales crece al no poder realizar una derivación para concretar posibles diagnósticos y tratamientos.

Existe pues profesionales de la psicología que trabajan o han trabajado constantemente en una clara tensión entre la derivación para la detección clínica y la no patologización excesiva. El reto es identificar de forma temprana posibles señales de malestar en las niñas, niños y adolescentes, sin caer en una excesiva patologización, moviéndose en los límites de lo que es natural y adaptativo y lo que puede llegar a ser malestares crónicos que requieren de atención.

La ausencia de recursos externos especializados en salud mental infantil (ni a nivel público ni a través de entidades especializadas), sumado a la

ausencia de supervisión clínica especializada a los equipos internos de CEAR, sumado al dilema que genera el riesgo de “psicologizar o patologizar en exceso”, es identificada en algunos casos como barreras en la intervención.

No obstante, las entrevistas realizadas en territorios como Sevilla, Navarra y Alicante muestran un giro positivo: en los equipos de CEAR que han recibido formación específica en trauma y apego, la intervención con infancia se aborda con mayor seguridad y valentía profesional y, claramente, con un propósito de bienestar y salud integral de la infancia y adolescencia.

Desde una mirada biopsicosocial, este fenómeno refleja la creciente necesidad de formación **en salud mental infanto-juvenil y acompañamiento emocional a las profesionales.**

### **Dimensión social: condiciones estructurales e institucionales**

Entre los factores estructurales que inciden en la salud integral y emocional de la infancia refugiada acompañada destacan las habitaciones compartidas por el núcleo familiar y la alimentación institucionalizada. Estos factores se suelen dar, principalmente, en la fase de primera acogida y acogida.

*“No hay una intimidad y las personas necesitamos nuestro espacio privado para hacer uso de nuestro tiempo en lo que nosotros necesitamos. Eso no está. Es una transferencia continua de tus emociones, de tus preocupaciones, que se traslada a esos menores y son temas de adultos que están siempre ahí”*  
(Profesional de psicología)

Las habitaciones compartidas entre todos los miembros de la familia generan situaciones de hacinamiento y falta de intimidad, que afectan tanto al descanso como a la convivencia. Desde una perspectiva psicológica, este contexto propicia transferencias entre adultos, niñas, niños y adolescentes, especialmente en momentos de tensión o duelo.

En etapas como la adolescencia, la ausencia de un espacio propio tanto físico como simbólico, se convierte en un factor estresante, asociado a la pérdida de autonomía y a la imposibilidad de desarrollar la identidad individual en un entorno de cambio.

A ello se suma el contexto social de inseguridad de su situación jurídica prolongada, característico de la fase de primera acogida, que actúa como un estresor permanente, amplificando la vulnerabilidad emocional preexistente.

En cuanto a la alimentación, el hecho de realizarse en entornos institucionalizados donde la comida viene preparada y en general, sin una orientación multicultural produce malestar, quienes más no lo señalan son las madres de adolescentes. La imposibilidad de cocinar y realizar las propias preparaciones se percibe como una pérdida de independencia y de conexión cultural, ya que la gastronomía es un elemento central en la reconstrucción del hogar y de la identidad.

*“Tener un lugar donde cocinar, entiendo que la comida es el vínculo primigenio con el lugar de origen, con la madre, con la tierra, con todo”*  
(Profesional de CEAR)

Entre las niñas, niños y adolescentes la dificultad para adaptarse a nuevos sabores y texturas puede derivar en limitación de la ingesta o rechazo alimentario, no solo por razones culturales, sino como manifestación simbólica del duelo migratorio o del malestar emocional. No se ha explicitado la presencia de trastornos de conducta alimentaria en las entrevistas, pero no dejan por ello de ser un elemento presente para valorar en estas situaciones de restricción alimentaria continuada que las madres verbalizan en algunas ocasiones.

Algunas voces relacionadas principalmente con la gestión de los dispositivos añaden otra dimensión relevante: la **convivencia entre familias y personas solas de diferentes nacionalidades**. Aunque responde a la necesidad de optimizar recursos, este tipo de convivencia **generar conflictos culturales, de hábitos y de normas de crianza**, afectando el sentido de seguridad de las niñas y los niños.

Finalmente, aunque la estabilidad de horarios y rutinas en los centros ofrece cierta estructura protectora, la **excesiva institucionalización de los espacios** dificulta el ejercicio de derechos fundamentales como **el juego, la creatividad y la exploración**. Esta ausencia de espacios libres y de juego espontáneo limita la capacidad de las niñas y niños para **canalizar emociones, desarrollar habilidades sociales y elaborar los procesos de adaptación**.



## Dimensión relacional y familiar: apego y parentalidad en tránsito

El bienestar infantil está íntimamente ligado a la estabilidad emocional de sus madres y padres. En ocasiones, se nos describe la existencia de madres exhaustas y con duelos no elaborados, lo que repercute en la seguridad emocional de sus hijas e hijos. A ello se suma la parentalización: niños que traducen, acompañan y median ante personas adultas, asumiendo responsabilidades que no les corresponden. La parentalización también parece reproducir un sesgo de género, así se han detectado casos de adolescentes que actúan como madres ante la ausencia y deterioro de las mismas. Las niñas y niños actúan con responsabilidades superiores a sus edades principalmente en el área idiomática al tener un acceso más rápido a las habilidades lingüísticas por su proceso de escolarización y su menor edad.

El enfoque biopsicosocial exige incluir el acompañamiento familiar como parte del cuidado sanitario: trabajar la parentalidad positiva, la gestión del estrés y la reconstrucción del apego seguro. En esta guía se ahondará más delante de manera específica en este apartado vital para la infancia.

## Dimensión cultural: salud, sentido y pertenencia

Los equipos profesionales señalan que las **diferencias culturales en la comprensión del malestar emocional** condicionan tanto la detección de los problemas como la aceptación del acompañamiento psicológico.

En las entrevistas se identifican tres niveles de interpretación que coexisten y, a veces, entran en conflicto:

1. **Las familias**, que en función de su procedencia y su contexto cultural atribuyen los síntomas emocionales a causas muy diversas.

- En algunos contextos, el malestar se explica en términos **religiosos o espirituales** como un castigo, una prueba o la acción de fuerzas externas.
- En otros, especialmente entre adultos de origen latinoamericano, el sufrimiento infantil se puede vincular más a **factores familiares o educativos**, considerándose resultado de una “mala conducta” o “falta de disciplina”.

2. **Los profesionales sanitarios y sociales**, que tienden a traducir esos mismos síntomas desde **categorías diagnósticas occidentales**,

como ansiedad, TDAH o depresión. También empieza a abrirse campo la detección de neurodivergencias como el TEA. Esta diferencia de lenguajes provoca, en ocasiones, **malentendidos o desconfianza**, dificultando la adherencia terapéutica. Como ha sucedido hasta hace poco en España, nos encontramos con testimonios que reflejan **distintos grados de estigmatización o normalización de la salud mental** según la cultura de origen:

- En la población **latinoamericana**, se observa una tendencia creciente a **normalizar y desestigmatizar** la atención psicológica, en consonancia con la evolución reciente de la sociedad española.
- En cambio, en **culturas árabes o del Magreb**, acudir al psicólogo o psiquiatra sigue percibiéndose como un signo de **debilidad, locura o deshonra familiar**, lo que limita la posibilidad de pedir ayuda o hablar abiertamente del malestar.
- Situaciones similares se observan entre personas **procedentes de Europa del Este**, donde persiste un imaginario más médico y estigmatizador de la salud mental.

*“Yo creo que también influye mucho la conceptualización de la salud mental. Que te digan que tu hijo, tu hija, tienen que ir al psicólogo, pues se les coge un pellizquito en la barriga.”*  
*“Se dan casos cuando el profesional que trabaja con el chico o con la chica quiere buscar acompañamiento de la red de salud mental. Y a lo mejor la madre o el padre no está de acuerdo porque piensan que están tratando a su niño, a su niña de locos”*  
 (Profesional de la psicología).

Estas diferencias culturales en torno al malestar emocional no solo expresan **modelos de salud distintos**, sino también **niveles desiguales de acceso simbólico a los cuidados**. Desde el enfoque biopsicosocial, reconocer y trabajar sobre estos significados es clave para construir **alianzas terapéuticas interculturales**, basadas en la confianza, la traducción simbólica y la mediación cultural.

Desde la psiquiatría transcultural del Hospital Vall d’Hebron, se subraya que el sufrimiento no puede entenderse fuera de su contexto cultural. Desde esta perspectiva, lo que se interpreta como normal y patológico no es universal, sino que depende del marco cultural del profesional, lo que puede derivar en diagnósticos sesgados. Desde este enfoque, la cultura no es un elemento accesorio, sino una dimensión

clínica esencial. El encuentro entre paciente y profesional implica un diálogo intercultural mediado por relaciones de poder y por diferencias simbólicas de legitimidad. La mediación intercultural se convierte en una herramienta de trabajo imprescindible.

*“Somos culturas distintas también en lo que sentimos y cómo lo expresamos. Lo que aquí se llama ansiedad puede ser, en otro contexto, tristeza, duelo o pérdida de sentido.”*

*“Nuestra identidad cultural nos da un marco de sentido: cómo entendemos la enfermedad, la muerte o la crianza. Si el profesional no lo reconoce, impone su propio modelo como universal.”*

*“La línea que separa lo normal de lo patológico depende de las gafas culturales del profesional. Lo que para mí es delirio, quizá para otro es una creencia compartida.”*

*“La mediación cultural no es una ayuda, es una herramienta clínica. El encuentro entre culturas necesita traducción simbólica.”*

*“El encuentro terapéutico entre paciente y psiquiatra se realiza desde posiciones de poder muy diferenciadas. La mediación cultural no es un añadido, es una herramienta terapéutica”.*  
 (Profesional de la psiquiatría transcultural)

El encuentro entre estos marcos culturales sin mediación produce desconfianza, abandono terapéutico o diagnósticos inadecuados. A ello hay que añadir el cansancio de las profesionales de la salud mental. El ejemplo se encuentra precisamente en el proyecto de mediación en salud mental transcultural de Vall d'Hebron de Barcelona, donde uno de los objetivos es aliviar la ansiedad y frustración del trabajo terapéutico de los profesionales mejorando sus resultados a través de la figura de los mediadores culturales.

Es por ello por lo que el modelo biopsicosocial plantea poder incorporar mediación cultural, formación transcultural y narrativas comunitarias como herramientas clínicas y sociales. También el encuentro entre paciente y psiquiatra se realiza desde posiciones de poder muy diferenciadas que afectan al diálogo, el reconocimiento y la intervención que se tratan de remover facilitando el trabajo terapéutico.

### **Dimensión institucional: coordinación y revictimización**

Los cambios residenciales de las niñas, niños y adolescentes tanto dentro como fuera del Sistema de Acogida, a su salida, genera fragmentación y discontinuidad. Cada traslado obliga a reiniciar

procesos y repetir entrevistas, lo que reabre heridas.

*“Tienes que contarlo cuarenta mil veces y te sientes conejillo de indias porque tampoco ves el resultado”.*

(Profesional de la psicología)

Desde el enfoque biopsicosocial, esta discontinuidad actúa como un factor iatrogénico: el propio sistema se convierte en fuente de estrés y sufrimiento. Un sistema saludable debería de garantizar continuidad de cuidado, historia compartida y transferencia emocional acompañada.

Existen experiencias que trabajan bajo este enfoque en pediatría social en el Hospital de Getafe (Madrid). Se describe en las reuniones mensuales entre equipos de orientación educativa, servicios sociales y salud mental y pediatría social para tratar caso a caso las necesidades de las niñas y niños. Este trabajo conjunto permite compartir información relevante, detectar problemas de forma temprana y dar una respuesta más integral y personalizada a cada situación y se podrá valorar como una buena práctica y recomendación.

En la línea de coordinación y no revictimización se insiste en la necesidad de protocolizar estas prácticas de coordinación e información compartida para que no dependan solo de la iniciativa personal, sino que se mantengan

en el tiempo y en diferentes centros.

### **Dimensión comunitaria: redes, resiliencia y salud colectiva**

Los espacios comunitarios (escuelas inclusivas, asociaciones, salud comunitaria) son determinantes de salud. Donde hay red, hay recuperación: las niñas y niños encuentran estabilidad, pertenencia y modelos de relación protectores. Dentro de las experiencias de salud comunitaria más significativas identificadas en las entrevistas realizadas, destaca el trabajo del Centro Municipal de Salud de Carabanchel (Madrid), que constituye un referente de inmersión comunitaria y enfoque biopsicosocial aplicado y generalizado en todos los Centros Municipales de Salud que forman parte de la red Madrid Salud.

Este centro desarrolla programas generales y específicos para población migrante y refugiada, con especial atención a las madres solicitantes de protección internacional alojadas en recursos de acogida del entorno estableciendo una fluida relación de colaboración.

Desde la dirección del centro se describe una línea de trabajo articulada entre **promoción de la salud, prevención y acompañamiento psicosocial,**

que busca “salir del modelo sanitario vertical” y trabajar desde **la comunidad y con la comunidad.** Todo ello con especial relevancia a la exclusión sanitaria de colectivos altamente vulnerables, entre ellos como no, las familias refugiadas.

La colaboración con CEAR, u otras entidades, en este caso se puede dar en diversas iniciativas comunitarias como los talleres de salud materno-infantil y autocuidado emocional, los programas de salud afectivo-sexual para adolescentes, las actividades deportivas dirigidas a jóvenes migrantes o refugiados, y los grupos de apoyo para mujeres en duelo migratorio que combinan arteterapia, respiración y gestión emocional. También puede desarrollarse a través de acciones de mediación comunitaria en coordinación con asociaciones vecinales, como el [programa Mapeando Carabanchel](#), y mediante actividades de salud comunitaria en el espacio público, como paseos saludables, encuentros intergeneracionales o jornadas de alimentación saludable desde la diversidad.



*“Nosotros somos un centro municipal de salud comunitaria, Nos vamos a dedicar siempre a la prevención y la promoción de la salud, no nos metemos en patología ¿Vale?. “Trabajamos con la exclusión sanitaria”*

*“Lo que nosotros hacemos entraría dentro de lo grupal, lo que llamamos comunitario, siempre con otras entidades.*

*(Profesional centro salud comunitario)*

Los equipos que trabajan en salud comunitaria señalan la importancia de **visibilizar y compartir su modelo de trabajo**, que se basa en la **coordinación real entre sanidad, educación, asociaciones y entidades del sistema de acogida**. Desde una lectura sociológica, el caso de Carabanchel dentro de la red de dispositivos territoriales de Madrid Salud<sup>2</sup> muestra cómo la salud puede convertirse en un **espacio de integración y pertenencia**, donde la población refugiada no es atendida como “caso asistencial”, sino como **parte activa del tejido comunitario**.

## Salud física y medicina preventiva

La salud integral de la infancia refugiada tiene una dimensión física que, en la práctica cotidiana de los equipos SAPIT, es la más trabajada y la que presenta mejores indicadores globales. En términos generales, las niñas, niños y adolescentes acompañados llegan con un buen estado de salud, y las intervenciones se concentran en la promoción, la prevención y el mantenimiento del bienestar físico.

Sin embargo, se observan también casos específicos de mayor complejidad médica, especialmente aquellos vinculados a enfermedades crónicas, lesiones derivadas de conflictos bélicos, discapacidades o carencias previas en los países de origen.

Estos casos exigen coordinación con la atención especializada, pero no representan la norma. La gran mayoría de los esfuerzos de los equipos sociosanitarios se sitúan en el marco de la medicina preventiva y la educación para la salud.

03

SALUD INTEGRAL Y ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL

<sup>2</sup> Los Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid son dispositivos especializadas en salud preventiva, promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención a la exclusión sanitaria y salud comunitaria. Se enfocan en estilos de vida saludables para la ciudadanía. En otros territorios pueden tener otra denominación, pero siguen siendo dispositivos con plantillas multidisciplinares que trabajan en la salud preventiva, comunitaria y la exclusión sanitaria. En el municipio de Madrid hay dieciséis Centros Municipales de Salud.

## Prevención y detección temprana

Las actuaciones preventivas más frecuentes en los dispositivos del SAPIT se organizan en torno a tres grandes ejes:

el acceso equitativo al sistema sanitario, la detección precoz de problemas de salud, y la educación sanitaria adaptada a las distintas edades y culturas.

Los profesionales coinciden en que la prevención es también una forma de inclusión y confianza: cuando las familias aprenden a usar los recursos sanitarios, reconocen en ellos un espacio de cuidado y no de control.

### Salud bucodental

La salud dental infantil es una de las áreas más deficitarias y, a la vez, más significativas en términos preventivos.

El coste de los tratamientos fuera del Sistema Nacional de Salud y del Plan de Salud Bucodental recientemente instaurado obliga a los equipos a buscar soluciones alternativas, mediante convenios con entidades no lucrativas o clínicas solidarias.

Desde CEAR se han impulsado talleres de higiene bucodental en colaboración con centros de salud y odontólogos voluntarios en clínicas especializadas incluso universidades integrando la prevención en la vida cotidiana de niñas, niños y adolescentes.

*“Les enseñamos cómo cepillarse, por qué hacerlo después de cada comida, y eso se convierte en un espacio de aprendizaje y de confianza.”*

(Profesional de la psicología)

### Salud visual y auditiva

Los problemas visuales y auditivos se detectan con frecuencia en los reconocimientos iniciales. Aunque su prevalencia es baja, los equipos profesionales de CEAR encontraban dificultades de acceso a revisiones especializadas debido a las listas de espera o a la falta de recursos económicos para gafas o audífonos. Actualmente con el comienzo de [Plan Veo](#) las niñas, niños y adolescentes de menos de 16 años pueden optar a un cheque de 100 euros al año para gafas o lentes. También algunas comunidades autónomas cuentan con ayudas de cuantía inferior<sup>3</sup>.

3 Quiroga, D., & Escorial, A. (Coords.). (2025). Carencias en la atención pediátrica: Los espacios vacíos en la salud infantil [Informe]. Plataforma de Infancia. [https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2025/10/Carencias-atencion-pediatrica\\_POI.pdf](https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2025/10/Carencias-atencion-pediatrica_POI.pdf)

## Alimentación y hábitos saludables

La alimentación es un campo prioritario de trabajo preventivo, tanto por razones de salud como de integración cultural. Las diferencias en los patrones alimentarios, el desconocimiento de los productos locales o las dificultades económicas pueden generar desequilibrios nutricionales, los problemas con la alimentación de los centros, etc.

CEAR promueve talleres de alimentación saludable en coordinación con pediatría y servicios comunitarios, incorporando también la educación sobre higiene y cocina básica.

*“A veces las familias no saben qué productos usar aquí o cómo cocinar algo parecido a lo de su país. Les enseñamos con lo que hay en el mercado del barrio.”*

(Profesional de la educación social).

## Salud sexual y reproductiva

En la adolescencia, la salud sexual y reproductiva se convierte en un ámbito de intervención esencial. La falta de información, los tabúes culturales o el miedo al estigma dificultan el acceso de las y los adolescentes refugiados a recursos de información y orientación en temas vinculados

a la sexualidad y la planificación familia. Algunas delegaciones de CEAR, como Madrid y Navarra, han desarrollado talleres específicos en colaboración con Centros Municipales de Salud Comunitaria, donde se abordan el cuerpo, el consentimiento, la menstruación, la diversidad y la prevención de infecciones.

*“Cuando se habla de sexualidad con naturalidad, los chicos y chicas se sienten aliviados. Necesitan espacios donde preguntar sin miedo.”*  
(Profesional de la psicología).

## Vacunación y prevención sanitaria general

El calendario vacunal es un componente básico de la medicina preventiva infantil. Los equipos del SAPIT se coordinan con pediatría y enfermería para actualizar cartillas y facilitar la vacunación gratuita.

Las familias recién llegadas desconocen a menudo los protocolos españoles o dudan ante las vacunas no incluidas en sus países de origen, por lo que la información clara y la confianza son claves para garantizar la cobertura completa.

## Prevención de violencias y garantía de derechos

En la atención a la infancia refugiada, la prevención incluye también la detección de prácticas que atentan contra los derechos humanos, como la mutilación genital femenina o los matrimonios forzados.

Los equipos de CEAR, en coordinación con servicios de protección, incluso fuerzas de seguridad del estado y jueces aplican protocolos de vigilancia y sensibilización. Desde pediatría infantil y pediatría social también se trabaja esta área para poder detectar señales de alarma.

Estas actuaciones, además de proteger, contribuyen a empoderar a las mujeres y niñas a través de la información y el acceso a recursos.



## Prevención de adicciones y uso saludable de las tecnologías

Las profesionales advierten sobre el aumento del tiempo de

pantalla y la exposición digital en adolescentes refugiados, especialmente cuando carecen de redes sociales presenciales o apoyo familiar. Se han desarrollado talleres sobre buen uso de las TRIC (Tecnologías de las Relaciones, la Información y la Comunicación), centrados en la prevención de adicciones digitales, juego online o aislamiento social. También que puedan ser víctimas de delitos, por ejemplo el *grooming* o el acoso en redes. Estos aspectos preocupan a profesionales y familias, el ejercicio de los derechos digitales no se puede convertir en un riesgo para la infancia y adolescencia.

*“Los adolescentes no siempre saben moverse en redes con seguridad. Si sus padres no dominan el idioma ni la tecnología, se quedan solos en ese mundo.”*  
(Profesional de CEAR)

## 3.2 Recomendaciones para una salud integral y acompañamiento emocional

La salud integral de la infancia refugiada en el SAPIT debe entenderse como un proceso relacional, no como una suma de consultas. La salud, para esta infancia y adolescencia, implica bienestar, seguridad y reconocimiento. Las

profesionales que trabajan con ellas insisten en que la atención no puede reducirse a tratar síntomas, sino que debe acompañar biografías. El **bienestar emocional se sostiene en cuatro pilares: la escucha, la coordinación, la mediación cultural y el cuidado de quienes cuidan.**

- Las políticas públicas deben trabajar en el aumento de profesionales especializados, mejora de competencias/formaciones de las profesionales, generar espacios de supervisión profesional conjunta, etc. La carencia de recursos en salud mental infantil afecta a todas las infancias, refugiadas o no. Este déficit estructural dificulta un trabajo coordinado, en red y diagnóstica y terapéuticamente valioso.
- Garantizar en todos los dispositivos sociosanitarios la existencia de espacios regulares de escucha infantil y adolescente. Puede valer simplemente con una mesa redonda para conversar o una escucha activa a la infancia. Estos espacios deben ser tranquilos, predecibles y sostenidos por profesionales que sepan contener el malestar sin precipitar diagnósticos, a ser posible que los espacios que se recomiendan se creen orientados a la infancia.
- Avanzar hacia un modelo de acompañamiento compartido en el que los distintos ámbitos profesionales funcionen como una red de apoyo, poner la mirada en los activos de salud de cada territorio que puedan actuar como factores de prevención en materia de salud.
- Trabajar en la línea de que cada niña o niño debería contar con un plan de acompañamiento integral, que recoja su situación sanitaria, educativa, social y emocional. Podría denominarse “informe único de infancia” que acompañe a cada niña o niño, integrando la información médica (incluyendo la psicológica), educativa y social.
- Se propone, además, incorporar la figura de punto focal de infancia en cada territorio o centro, responsable de garantizar la coherencia de la intervención y la continuidad del acompañamiento que puede tener una labor relevante en la salud infantil de niñas, niños y adolescentes.
- Formar a las profesionales del SAPIT y los profesionales sanitarios (pediatría, enfermería, etc.) en trauma y apego, y dotarlas de herramientas que les permitan intervenir sin miedo ante el sufrimiento infantil.

- Formarse para poder abordar la intervención temprana debe combinar detección y acompañamiento, entendiendo que el trauma no siempre se expresa con síntomas clínicos, sino con silencios, hiperactividad o retraimiento. También entender y valorar los límites entre malestares psicológicos, patologías y procesos de adaptación lógicos.
- Se recomienda trabajar en la creación de protocolos sencillos para identificar señales de alarma y vías de derivación ágiles, siempre teniendo en consideración los límites entre malestares de adaptación sin caer en la patologización.
- También incorporar actividades expresivas, juego, arte, movimiento o materiales naturales, como formas de expresión emocional seguras. En algunos centros se utilizan materiales como la caja de arena en esta línea.
- Introducir la mediación cultural como práctica habitual en la atención psicológica y psiquiátrica infantil.
- Crear bolsas de mediadores/as con formación en salud mental y establecer convenios con entidades locales para su incorporación siguiendo el proyecto piloto de Vall d'Hebron.
- Formar a los equipos del SAPIT y profesionales sociosanitarios en competencia intercultural y lectura contextual del malestar utilizando los recursos de asociaciones o recursos públicos con amplia experiencia en la materia en cada territorio como, por ejemplo, la [Asociación SEI Elkartea](#), proyecto psiquiatría transcultural, centros comunitarios de salud, etc.
- Incorporar la parentalidad positiva como pilar del acompañamiento a través del diálogo intercultural en espacios como escuelas de madres y padres.
- Apoyar a las familias en el manejo del estrés, el duelo y la crianza en contextos de vulnerabilidad, el grupo de madres puede ser una herramienta de trabajo.
- Crear espacios grupales de confianza donde las familias puedan compartir estrategias y reconstruir redes de apoyo mutuo.
- Reforzar los recursos humanos y emocionales de los equipos del SAPIT, incluyendo el voluntariado activo.

- Incluir la salud mental infanto-juvenil en los convenios del Sistema de Acogida y reconocer institucionalmente los espacios de supervisión clínica y autocuidado profesional.
  - Protocolizar la transferencia de información entre fases, garantizar la continuidad asistencial y entre entidades gestoras de diferentes fases.
  - Las derivaciones deben incluir un acompañamiento emocional, no solo administrativo.
  - Reforzar la colaboración entre los equipos del SAPIT
- y los servicios públicos de salud y educación para el desarrollo de programas comunitarios de bienestar y prevención adaptados a la infancia refugiada.
- Promover acciones educativas sobre salud, higiene, alimentación, salud bucodental, alfabetización digital y uso seguro de la tecnología, integrándolas en los procesos de acompañamiento familiar y de autonomía. Estas actividades crean lazos de confianza, reducen el aislamiento y favorecen la integración comunitaria.



### 3.3 Buenas prácticas

#### 1. Coordinación sociosanitaria y educativa estable:

Experiencias de trabajo conjunto entre CEAR, pediatría social, salud mental, servicios sociales y orientación educativa que permiten un seguimiento integral de la infancia y evitan la fragmentación asistencial.

Ejemplos: grupo de trabajo mensual en Getafe; reuniones de coordinación en Navarra; coordinaciones entre CEAR y pediatría social en Madrid y Navarra; coordinación estable entre CEAR y el Centro Municipal de Salud de Carabanchel.

#### 2. Intervenciones basadas en la escucha activa y el vínculo:

Prácticas centradas en la escucha y el vínculo como base del acompañamiento emocional, especialmente en contextos de trauma y duelo migratorio. Ejemplos: integración de la escucha activa en pediatría social (Madrid y Navarra); uso de dinámicas lúdicas y juegos cooperativos por psicólogas de CEAR en Sevilla para reducir el retraimiento infantil.

#### 3. Formación especializada en trauma y apego:

Capacitación específica de los equipos para intervenir con mayor

seguridad profesional ante el sufrimiento infantil, incorporando estrategias preventivas y de contención emocional. Ejemplos: equipos CEAR con formación en trauma y apego en Navarra, Sevilla y Alicante, con impacto positivo en la calidad de la intervención.

#### 4. Intervenciones expresivas y simbólicas con la infancia:

Uso de metodologías no verbales que facilitan la expresión emocional y el abordaje del trauma de forma segura. Ejemplo: uso experimental de la terapia de juego con arena (Sandplay Therapy) en Navarra, aplicada también en el trabajo con madres y padres.

#### 5. Mediación intercultural en salud mental:

Incorporación de la mediación cultural como herramienta clínica para mejorar la comprensión mutua, la adherencia terapéutica y la calidad de la atención. Ejemplos: modelo del Hospital Vall d'Hebron con tríada terapéutica profesional-mediador-familia; redes de mediación intercultural en centros comunitarios de Madrid y Alicante; coordinaciones locales con asociaciones pro-mediación intercultural.

## 6. Apoyo a la parentalidad y fortalecimiento de vínculos familiares:

Prácticas orientadas a reforzar la parentalidad positiva, el cuidado emocional y la reconstrucción de vínculos en contextos de vulnerabilidad.

Ejemplos: escuelas de madres y padres en Navarra y Alicante; talleres de autocuidado emocional para mujeres inmigrantes y refugiadas; trabajo de la Asociación SEI en procesos de reagrupación familiar con adolescentes.

## 7. Salud comunitaria y redes de apoyo territorial:

Iniciativas que integran la salud en el tejido comunitario y promueven la pertenencia y la resiliencia colectiva. Ejemplos: modelo de intervención biopsicosocial de Carabanchel (Madrid Salud); colaboración con asociaciones vecinales, bibliotecas y recursos municipales en actividades interculturales.

## 8. Prevención y educación para la salud en la infancia y adolescencia:

Acciones preventivas y educativas adaptadas por edades que combinan información, participación y cuidado. Ejemplos: talleres de salud bucodental, higiene y autocuidado

infantil en Sevilla; programas de prevención de adicciones digitales y uso responsable de redes sociales en Alicante; programas de alimentación saludable, práctica deportiva y salud bucodental desde Madrid Salud.

## 9. Supervisión profesional y cuidado de los equipos:

Espacios de supervisión y apoyo emocional que previenen el desgaste profesional y mejoran la calidad de la intervención. Ejemplos: supervisiones grupales en Navarra y Andalucía Acoge; convenios con asociaciones de salud mental infantil o entidades especializadas.





EDUCACIÓN,  
OCIO  
Y DESARROLLO

04

## 4.1 Diagnóstico de la educación, ocio y desarrollo

### Acceso y continuidad educativa

El acceso a la educación aparece en el conjunto de entrevistas como un eje central del bienestar infantil y, a la vez, como uno de los ámbitos donde se producen mayores desigualdades. Aunque la escolarización está garantizada formalmente, los retrasos en la matrícula, la discontinuidad por traslados entre dispositivos y la pérdida de información entre comunidades autónomas provocan rupturas en los itinerarios escolares y sensación de inseguridad en las familias.

*“Cuando los niños cambian de provincia, todo se pierde: el colegio, los informes, las rutinas. Empiezan de cero una y otra vez.”*  
(Profesional de la educación social).

Existe un debate sobre donde se escolariza a las niñas, niños y adolescentes. A priori para la inclusión en el barrio, la construcción de redes sociales cercanas, fomentar la conciliación con las madres y padres, los colegios más cercanos deberían ser los colegios más adecuados.

### Escuela como espacio de detección y acompañamiento

Los centros educativos son espacios clave para detectar malestares emocionales o situaciones de riesgo, pero carecen de herramientas adecuadas (mediación cultural, formación en trauma migratorio, intérpretes).

Las dificultades de conducta o aprendizaje se interpretan con frecuencia como “de adaptación”, sin atender el duelo o el estrés asociados al desplazamiento. En este sentido, resulta especialmente relevante reforzar el trabajo coordinado entre los centros educativos, los servicios sociales y los dispositivos de salud infantil para la detección temprana y el acompañamiento adecuado de estas situaciones.

### Barreras lingüísticas y doble aprendizaje

A través de las realizadas a familiares y profesionales se detecta que el idioma constituye uno de los principales obstáculos para la integración escolar y social. En territorios bilingües, la doble exigencia idiomática agrava las brechas, siendo necesarios recursos de apoyo escolar específico para poder romper esta nueva brecha idiomática como la experiencia en Valencia. Tanto instituciones

internacionales como la normativa española en materia de integración social y escolar, como la [Ley Orgánica 4/2000](#), hacen referencia directa al ejercicio de este derecho<sup>4</sup>.

Por otro lado, la rápida adquisición del idioma por parte de las hijas e hijos frente a los adultos genera procesos de parentalización, donde niñas y niños actúan como traductores o mediadores.

*“Los menores aprenden mucho antes el idioma, y acaban siendo los que traducen en el médico o en el colegio. Eso los pone en un lugar que no les toca.”*

(Profesional de integración social, Navarra)

## Relación familia-escuela

La comunicación entre las familias y el sistema educativo es limitada, especialmente en el caso de las madres, que suelen asumir solas esta tarea. La falta de conocimiento del sistema escolar, el idioma o el miedo a ser juzgadas reducen su participación. Para reducir estas limitaciones o barreras y poder mejorar esta relación familia escuela desde los equipos se pueden poner en marcha acciones como talleres básicos para madres y padres sobre boletines, calendarios o plataformas escolares, con buenos resultados, aunque dependen de la disponibilidad local y de la iniciativa profesional. Las diferencias de idiomas también son muy relevantes, se trata de aportar profesionales de

<sup>4</sup> Comisión Europea: La adquisición de la lengua es una herramienta “imprescindible” para la integración social. Las políticas actuales buscan mejorar la inclusión de los sistemas de formación, priorizando el apoyo lingüístico para evitar el aislamiento.

OCDE: Considera que la integración en el mercado laboral y el rendimiento educativo están directamente ligados a la fluidez en el idioma local. Sus informes (como PISA) destacan que el tiempo de estancia en el país de acogida mejora las habilidades de lectura y reduce las brechas de aprendizaje.

Eurydice: Los informes europeos subrayan que la enseñanza de la lengua de acogida es un “eje prioritario” en los sistemas educativos para garantizar el éxito escolar del alumnado inmigrante.

La Ley Orgánica 4/2000: Esta ley sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social establece la promoción de la integración como un objetivo público. En su desarrollo normativo, se impulsa el aprendizaje del castellano (y lenguas cooficiales) como vía necesaria para el acceso efectivo a derechos como la educación y el empleo.

la traducción para los primeros contactos de profesorado y familia, pero los obstáculos van más allá del idioma, incluyen las relaciones de poder, los estereotipos culturales, el desconocimiento de nuestro sistema educativo, etc.

## Ocio, juego y socialización

El ocio se menciona de forma reiterada como un espacio de inclusión, reparación emocional y desarrollo. Sin embargo, las actividades lúdicas y extraescolares rara vez se planifican desde esa perspectiva. También es un lugar de detección de malestares y problemas como lo es el sistema educativo. En algunos dispositivos, la ausencia de espacios y materiales adecuados, unida a horarios rígidos y a la sobrecarga administrativa, hace que el juego se perciba como un lujo y no como un derecho.

*“Los niños no tienen espacios para jugar. A veces se organizan cosas, pero sin preguntarles a ellos qué quieren hacer.”*  
(Profesional de la psicología)

En la esfera de la oferta pública o comunitaria de actividades de ocio, el coste de las actividades, la falta de transporte o la necesidad de acompañamiento adulto excluyen a muchas familias. Los profesionales se esfuerzan en conseguir becas

o plazas gratuitas para evitar que campamentos o piscinas se conviertan en espacios vetados por razones económicas. Se nos manifiesta a lo largo de la investigación la existencia de una brecha de género: las adolescentes pueden tener barreras por falta de oferta o por barreras culturales y de percepción de riesgo.

## Brechas educativas y rendimiento

Las interrupciones escolares, el desajuste curricular, la falta de espacios para el estudio y la insuficiencia en ocasiones del apoyo lingüístico escolar incrementan el riesgo de repetición y absentismo escolar. Las familias perciben una escuela más rígida y menos participativa que en sus países de origen. Las exigencias curriculares suelen entenderse como más complejas en España. Las repeticiones o bajadas de curso suelen derivar de la barrera idiomática y pueden producir malestar en las niñas, niños y adolescentes generando una sensación de insuficiencia que afecta a su autoestima y autoimagen.

## Racismo, acoso y diversidad cultural

El racismo y las burlas por acento, color de piel o vestimenta son experiencias frecuentes que dañan la autoestima infantil y

juvenil y que pueden darse en las escuelas e institutos. Así nos lo señalan profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales a lo largo del estudio.

Los centros educativos pueden tender a abordar estos hechos como conflictos individuales, sin reconocer su dimensión estructural. La introducción de estas variables dentro de los protocolos de acoso y la especificidad de las conductas xenófobas o racista debe estar en los marcos de prevención, detección de acoso escolar.

A veces estamos hablando de elementos sutiles como menos expectativas, menos atención o menos confianza en el desarrollo curricular de la niña, niño o adolescente.

*El racismo a veces es más sutil: expectativas más bajas, menos atención, menos confianza. No te lo dicen, pero se nota.*  
(Profesional de la educación)



El modelo educativo y lúdico dominante continúa imaginando una infancia y adolescencia homogénea y “nacional”. Las adolescentes y las familias con menos recursos enfrentan mayores barreras; la oferta cultural rara vez integra referencias a sus países, lenguas o experiencias migratorias.

## Educación como garante de derechos y protección

Los equipos profesionales subrayan el papel de la escuela como **detectora de desigualdades y violencias**, no solo acoso escolar, sino también negligencia o maltrato en el entorno familiar. Por ello, es clave reforzar la coordinación con servicios sociales, salud y protección.

*“Gran parte de los avisos al sistema de protección aparecen desde el ámbito educativo, porque es el espacio donde los niños están más tiempo.”*  
(Profesional del ámbito jurídico)

## Formación, orientación y futuro

A partir de los 16 años, el SAPIT permite intervenciones en materia de intermediación laboral o formación ocupacional para el empleo. En algunas regiones

se han desarrollado servicios en esta materia muy activos con la población adolescente. Se trabaja no apoyando el absentismo educativo temprano y aportando herramientas que puedan favorecer algunas experiencias laborales. Se nos transmite que, en ocasiones, las y los adolescentes se plantean trabajar para apoyar a sus familias, incluso las familias contemplan esta posibilidad y se acompaña en estos procesos de manera paulatina, no forzada.

## 4.2 Recomendaciones para la educación, ocio y desarrollo

Desde la incidencia política sería recomendable poner luz a las dificultades de acceso que tiene la infancia refugiada acompañada en su introducción en el sistema educativo. La falta de recursos dentro del Sistema Educativo público en un momento de llegada de alumnado con mayor diversidad está provocando tensión en el sistema educativo, sus profesionales y las familias. Es necesario entender que la infancia acompañada refugiada se encuentra en una situación de vulnerabilidad educativa que va desde la falta de espacios en los dispositivos para el estudio, la falta de apoyos escolares en idiomas y otras competencias en el Sistema Educativo y fuera de él, la falta de oferta de actividades de ocio y tiempo libre inclusivas,

los diferentes estereotipos culturales que les afectan en la convivencia, una parentalidad ansiosa por el proceso y el duelo migratorio, la falta de recursos de apoyo, etc. Es necesario, pues, establecer mecanismos de corrección desde la intervención política pero también desde la cotidianidad de la escuela.

- Garantizar la **escolarización inmediata** de todas las niñas, niños y adolescentes desde su llegada al Sistema de Acogida, mediante protocolos de derivación temprana con las Consejerías de Educación y los Ayuntamientos.
- Crear una **figura de punto focal educativa** en cada delegación o dispositivo del SAPIT encargada de coordinar con centros escolares, tutorías y servicios de orientación.
- Elaborar un **“dossier educativo de acompañamiento”** que viaje con el menor en caso de traslado, con información básica sobre su escolarización, idioma, nivel y observaciones psicopedagógicas.
- Facilitar la **continuidad de los apoyos escolares** cuando las familias cambien de comunidad o vivienda.
- Desarrollar **talleres de alfabetización escolar para madres y padres**, donde se explique el funcionamiento del Sistema Educativo, el

- sentido de las tutorías y cómo apoyar las tareas escolares, las plataformas educativas, etc.
- Promover espacios de **encuentro entre familias refugiadas y profesorado**, con mediación lingüística y cultural, que fortalezcan la confianza mutua.
  - Incorporar al **intérprete o mediador/a intercultural** en las reuniones de tutoría y comunicación con las escuelas con el apoyo de los equipos de traducción y si fuera posible de mediación intercultural.
  - Desde las escuelas e institutos tener la mirada en **implicar a las familias en la vida del centro** educativo (AMPAs, actividades culturales, festivas), para reforzar el sentimiento de pertenencia.
  - Implementar **programas de refuerzo lingüístico** para niñas, niños y adolescentes recién llegados, con metodologías lúdicas (juegos, música, cuentos), programas de pictogramas, etc.
  - Establecer convenios con universidades y entidades locales para **voluntariado educativo** de refuerzo escolar y acompañamiento lingüístico.
  - Coordinar con los servicios de educación autonómicos la **adaptación curricular temporal** durante el proceso de adquisición del idioma.
  - Priorizar la **evaluación individualizada de competencias y niveles reales**, evitando la asignación automática por edad.
  - Promover la **flexibilidad curricular y las medidas de apoyo personalizadas**, en coordinación con los equipos de orientación.
  - Establecer **mecanismos de comunicación fluida** entre el SAPIT, las familias y los departamentos de educación para compartir información sobre casos en riesgo de repetición o absentismo.
  - Desarrollar intervenciones psicoeducativas para **reforzar la autoestima y la motivación** del alumnado refugiado tratando de evitar barreras y estereotipos racistas que automaticen percepciones de menor capacidad.
  - Incorporar el **ocio como parte del itinerario de inclusión**, no como complemento. Para ello sería conveniente que desde las propias tutorías se informara de espacios y actividades que podrían apoyar el desarrollo educativo de la niña, niño o adolescente.
  - Garantizar el **acceso gratuito o subvencionado a actividades culturales, deportivas y campamentos municipales**, mediante convenios con ayuntamientos,

- asociaciones, etc.
- Incorporar la **igualdad de género** en la programación de ocio, fomentando la participación de las adolescentes y chicas jóvenes en todos los ámbitos, incluyendo aquellos en los cuales se encuentran subrepresentadas como los tecnológicos y deportivos.
  - Asegurar la existencia de **espacios adaptados para la infancia** dentro de los dispositivos y las escuelas donde se puedan realizar desde trabajo lúdico a trabajo de apoyo escolar (juegos, rincones creativos, murales, lecturas).
  - Impulsar **talleres de alfabetización digital** para madres, padres, niñas, niños y adolescentes, orientados al uso seguro de redes y tecnologías desde la escuela y desde las AFAs, o AMPAs, así como la utilización de las plataformas educativas que se usan en el territorio español.
  - Formar a los equipos docentes y de convivencia en **prevención de acoso desde una perspectiva intercultural y antirracista** a través de colaboraciones con asociaciones y entidades expertas en la materia.
  - Crear canales de comunicación directa entre los centros escolares y los equipos SAPIT para

el abordaje conjunto de casos. Establecer **protocolos comunes entre el SAPIT, servicios sociales y educación** para el seguimiento escolar de la infancia refugiada.

- Elaborar materiales y protocolos adaptados sobre **diversidad cultural, identidad y convivencia dentro de las escuelas e institutos**.
- Incorporar la voz de los propios niños y niñas refugiados acompañados en las **estrategias de prevención del acoso** (“alumnos mediadores”, grupos de apoyo entre iguales).
- Fomentar la presencia de los profesionales SAPIT en las **comisiones municipales de absentismo y convivencia escolar**.
- Impulsar **redes territoriales de infancia** que incluyan escuelas, ayuntamientos, ONGs y asociaciones culturales.



## 4.3 Buenas prácticas

**En materia de coordinación educativa** destacan:

- En Navarra, los equipos de infancia de CEAR y asociaciones como SEI Alkaterra mantienen una **comunicación continua con los centros escolares y con los orientadores**, lo que permite dar seguimiento a la trayectoria educativa de las niñas, niños y adolescentes incluso cuando hay cambios de recurso o de localidad. Esta coordinación, basada en la confianza y en el intercambio directo de información entre profesionales, **evita la pérdida de referencias y favorece la continuidad pedagógica y emocional**. Se destaca que es una práctica que no depende de herramientas formales, sino de una **red de colaboración consolidada** entre educación, servicios sociales y CEAR.
- En Andalucía, las reuniones conjuntas entre equipos de educación y acogida han mejorado la derivación y el seguimiento de alumnado en riesgo de absentismo escolar.

**En orientación educativa y a las familias** encontramos:

- En regiones como Navarra, se desarrollan experiencias de **orientación formativo-**

**laboral** para adolescentes mayores de 16 años, con acciones de inserción y acompañamiento que buscan facilitar su autonomía, sin mermar su proyección futura. El acceso a información y asesoramiento vocacional temprano se considera una herramienta de prevención del absentismo y la exclusión educativa con lo que puede ampliarse en margen de trabajo más allá de la rápida inserción laboral, generando rutas formativas.

- En Valencia, un taller conjunto de madres y adolescentes sobre redes sociales que permitió abrir el diálogo sobre los riesgos digitales y establecer acuerdos familiares de uso responsable.

En **apoyo educativo** tenemos experiencias como

- El **Espai Infantil**, un proyecto de un centro de acogida con financiación externa que supone la combinación de clases de apoyo en valenciano como segunda lengua, e inglés con talleres que han favorecido la expresión emocional y la integración de adolescentes recién llegados hasta el punto de formar un grupo cohesionado de casi dos decenas de niñas, niños y adolescentes. Han servido también de apoyo

para que familias a través de las profesionales y sus hijas e hijos se sientan más tranquilos desde la perspectiva académica.

- Algunos dispositivos de CEAR Madrid disponen de voluntariado educativo para la infancia y adolescencia, incluso en primera acogida, permitiendo una adaptación más paulatina a los nuevos requisitos escolares.

En **innovación educativa** se pueden señalar propuestas como.

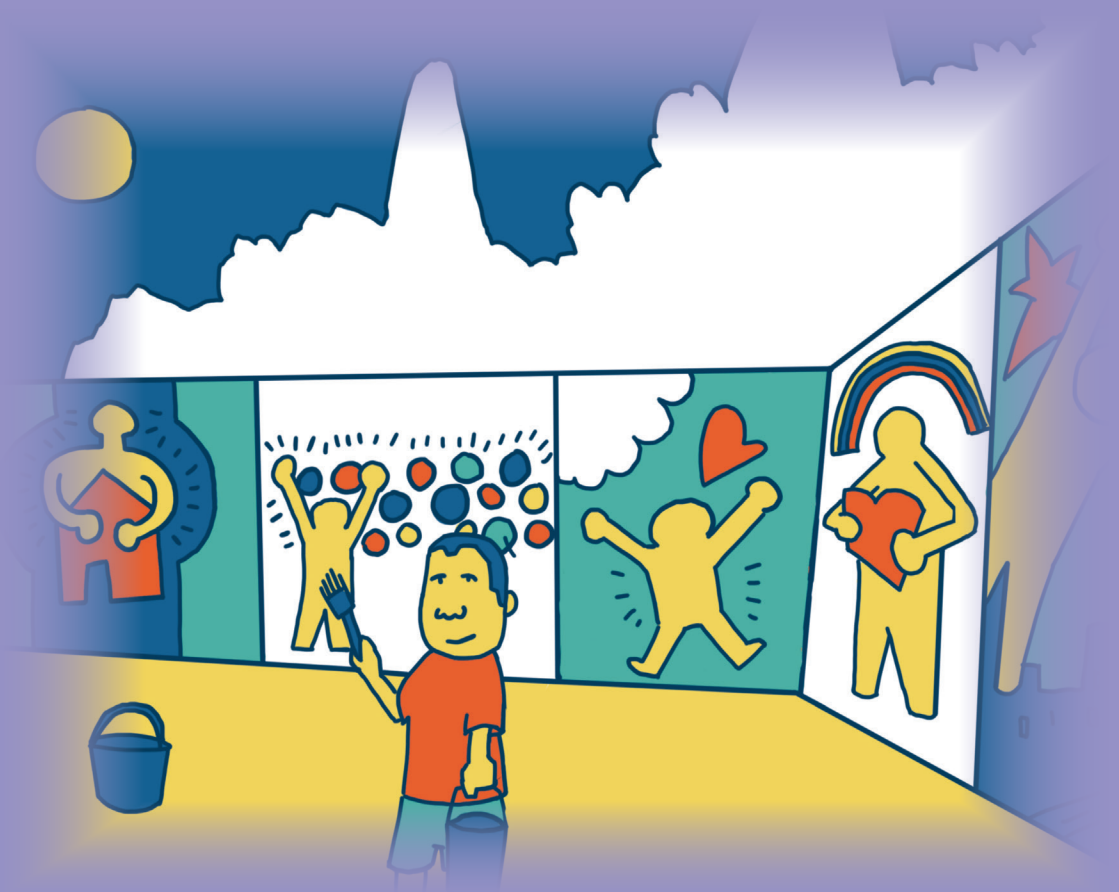
- En Navarra, en algunas asociaciones como SEI Alkaterra se elaboraron

materiales sobre convivencia intercultural en colaboración entre orientadoras/es, familias refugiadas y asociaciones locales, que hoy se usan en tutorías escolares.

- En algunas regiones como Valencia y dentro del ámbito de la Educación Especial se trabaja con ayudas tecnológicas como el programa de pictogramas ARRASAC que podría usarse para introducción a los idiomas en las escuelas para alumnado de menor edad en el aprendizaje de nuevos idiomas.



© Abraham Blázquez / CEAR



PARTICIPACIÓN

INFANTIL

Y JUVENIL

05

## 5.1 Diagnóstico de la participación infantil

La participación infantil es uno de los derechos reconocidos en el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño. En el SAPIT, la voz de niñas, niños y adolescentes suele aparecer mediada por los adultos (profesionales, madres y padres o intérpretes) y difícilmente, dicha participación, se estructura de forma sistemática o sostenida. En el momento actual la participación infantil, cuando se produce, todavía depende de la sensibilidad y creatividad de las profesionales, más que de un enfoque institucionalizado.



Los grupos focales desarrollados con niñas, niños y adolescentes permitieron conocer de forma directa cómo **viven la acogida y cómo desean comunicarla**. En todos los casos, el diseño participativo permitió que cada grupo aportara contenidos al Pack de Bienvenida, conectando la escucha con una producción creativa de utilidad para otras niñas, niños y adolescentes.

## Lo que la infancia comunica

Las producciones y los relatos recogidos en los grupos ofrecen una mirada profunda y diversa sobre la acogida. Las emociones más presentes fueron el **miedo y la incertidumbre del inicio**, junto con el **consuelo, la gratitud y la esperanza** que surgen cuando sienten que alguien les cuida.

En los murales y frases escritas aparecen expresiones como *"todo irá bien"*, *"te van a cuidar"*, *"aquí harás amigos"*, o *"yo también llegué"*. Son mensajes que reflejan una solidaridad horizontal, un deseo de acompañar a quienes inician el mismo camino y han sido un elemento clave a la hora de realizar los packs de bienvenida.

La participación también fue entendida como un **espacio de bienestar emocional**. Niñas, niños y adolescentes valoraron positivamente poder compartir experiencias, ser escuchados y sentirse parte de un grupo porque en ocasiones a pesar de estar en los mismos espacios, no compartían demasiado tiempo junto. El derecho a participar se tradujo, por tanto, en una práctica de **escucha, afecto y confianza mutua**.

## Claves y aprendizajes

Del desarrollo de los grupos infantiles etáneos realizados emergen aprendizajes comunes:

- La **participación no depende del nivel de madurez**, sino de la metodología: cuando el entorno es seguro y adaptado, todas y todos participan.
- Las **formas simbólicas y artísticas** (dibujar, construir, grabar, representar) son el medio más potente para expresar emociones y hablar de derechos.
- La **presencia de adultos empáticos y disponibles** es un factor clave: cuando las profesionales escuchan sin juzgar, se genera confianza y expresión auténtica.
- La **accesibilidad lingüística y cultural**, a través de pictogramas, interpretación o lenguaje sencillo, favorece la inclusión y la equidad. También fue de gran utilidad la presencia de los servicios de intérpretes presenciales en las dinámicas, a ser posible como facilitadoras, pero desde un segundo plano.
- La **continuidad** resulta esencial: las niñas, niños y adolescentes reclaman que estos espacios no sean actividades puntuales, sino parte estable del Sistema de Acogida. En algunos

territorios está continuidad se está dando, siendo muy positivo.

## Las personas adultas y la participación infantil

La percepción adulta sobre la participación infantil de niñas, niños y adolescentes acompañados es un **campo todavía incipiente**, con experiencias dispersas, dependientes de la voluntad individual de profesionales y todavía poco estructuradas dentro de los dispositivos, en ocasiones con algunas reticencias por parte de madres y padres responsables a dar la autorización para que la infancia tome la palabra.

En la mayoría de las entrevistas, las y los profesionales coinciden en que históricamente el SAPIT no ha abordado de forma específica y sistemática la situación de la infancia acompañada al asumirse que su bienestar derivaba del acompañamiento familiar. Esta suposición ha invisibilizado sus necesidades y limitado la creación de espacios propios de expresión.

El ejercicio de la participación depende casi siempre de la **sensibilidad individual** de quienes intervienen. Técnicas de integración social, psicólogas, y otras profesionales introducen espacios de escucha o juego “cuando pueden”, pero no existe

una pauta formal que garantice su continuidad. Esto también sucede cuando abordamos ámbitos como el educativo y colegios e institutos, los espacios para la participación son mínimos.

La alta carga burocrática del propio sistema puede generar falta de tiempo y el aún limitado conocimiento de metodologías adaptadas limitan las oportunidades de escucha activa. Donde sí se identifican buenas prácticas es en **iniciativas impulsadas desde los propios equipos**. En los territorios donde se están creando comisiones de infancia, o se realizan proyectos específicos con ellos como Espai infantil, el salto en avances en participación es muy significativo, la infancia empieza a sentirse con más derechos a tomar la palabra con personas adultas.

Los equipos, si comienzan a tener iniciativas incipientes y ponen sobre las mesas proyectos innovadores, plantea la posibilidad de trabajar.

En el Sistema Educativo, encontramos la misma situación, hay espacios más sensibles donde se hacen bienvenidas al nuevo alumnado dando la palabra para que cuente su experiencia, pero de nuevo la vorágine de prioridades y la falta de recursos del Sistema dificulta bienvenidas

más cercanas y empáticas, y no es una práctica habitual.

Las familias valoran que sus hijos e hijas sean escuchados, aunque muchas desconocen los canales o espacios disponibles. Existen sensibilidades por países diferentes más abiertas a la participación o menos, y las profesionales tienen que trabajar con estas diferencias culturales. Algunas madres y padres reconocen que las dificultades idiomáticas, la inseguridad o el miedo a equivocarse hacen que sus hijas e hijos no hablen en contextos formales. La carencia mayoritaria de espacios lúdicos infantiles dentro de los dispositivos dificulta profundamente tanto el derecho al juego como a la participación.



## 5.2 Recomendaciones para incentivar la participación infanto-adolescente

- Talleres de bienvenida utilizando los materiales del Pack de Bienvenida para dar voz a niñas, niños y adolescentes.
- Establecer asambleas periódicas de niñas, niños y adolescentes en los centros para escuchar sus opiniones sobre el funcionamiento, la comida, las actividades, etc., y recoger sus propuestas para ponerlas en práctica. Incluir a las niñas, niños y adolescentes en la planificación y dinamización de actividades, dándoles protagonismo y voz activa.
- Crear foros de discusión y canales de comunicación fluidos (buzones de sugerencias/quejas) donde puedan expresar sus inquietudes y sugerencias. Especialmente relevante es el buzón de la niña, niño o adolescente.
- Informar e incentivar la presencia de niñas, niños y adolescentes en el sistema de refugio en los órganos de participación de los niñas, niños y adolescentes o consejos locales que se encuentran dentro de los municipios a través de los colegios públicos incluso los propios centros del SAPIT.
- Integrar a niños y adolescentes refugiados en consejos locales de permitiendo que los propios niños y adolescentes decidan o propongan actividades de ocio, talleres y dinámicas grupales, tanto dentro del centro como en la comunidad educativa.
- Formarse en metodologías como “aprendizaje servicio” y “mediación entre iguales” en los espacios educativos, y otros dispositivos permitiendo la participación y el empoderamiento progresivo de las niñas, niños y adolescentes.
- Dar a conocer de una manera muy activa en dispositivos y en el Sistema Educativo las posibilidades de recursos que da el entorno para la práctica del derecho al juego y el derecho a la participación, actividades extraescolares de las AFAs, grupos infanto-juveniles, centros juveniles, para generar un marco de desarrollo comunitario amigable para que niñas, niños y adolescentes participen activamente en sus entornos.
- Explorar las posibilidades que tiene utilizar formatos digitales y redes sociales (WhatsApp, vídeos, podcasts, etc.) para recoger la voz de las niñas, niños y adolescentes y facilitar su participación en función de

su edad y preferencias.

- Realizar talleres lúdicos y dinámicas participativas para que las niñas y niños conozcan sus derechos, aprendan sobre convivencia y puedan expresar sus necesidades y expectativas.
- Proponer entrevistas y seguimientos periódicos con adolescentes para recoger su opinión sobre el centro, su bienestar y sus propuestas de mejora.

previando las posibles adaptaciones a plantear por cada dificultad, fomentar la participación de chica, buscar traductores, adaptaciones con pictogramas, programas, etc.



- Adoptar una mirada feminista, antirracista e intersectorial en la participación. Desde todos los espacios prestar especial atención a las niñas, niños y adolescentes que se encuentran en posiciones más vulnerables para ejercer su derecho a la participación por edad, género, discapacidad o nacionalidad,

### 5.3 Buenas prácticas identificadas

- El proceso de creación de los Pack de bienvenida donde se involucraron niñas, niños y adolescentes por grupos de edad para que volcaran sus demandas, necesidades y apoyos para realizar con posterioridad podcast, cuento y vídeos)
- Desarrollo de un podcast como producto del proyecto **InfanciActiva**, con la participación activa de un grupo de niñas y niños, en el que se recogieron los aprendizajes del trabajo grupal previo junto con sus propias aportaciones.
- Espai Infantil (Comunidad Valenciana) donde no solo se aborda el apoyo escolar sino también actividades grupales, debates, talleres y actividades de ocio del grupo conjuntamente.
- Realización de asambleas infantiles en algunos territorios, promovidos como espacios de participación directa de niñas, niños y adolescentes.
- En algunos territorios se han realizado talleres para adolescentes en materias como salud reproductiva y sexual, redes y videojuegos; y para niñas, niños y adolescentes en materia como salud bucodental, alimentación, siempre desde una perspectiva lúdica.
- En algunas delegaciones se han habilitado espacios infantiles de dimensiones adecuadas con materiales de juego y recursos polivalentes – mesas adaptables, ordenadores, tablets, etc. – que permiten tanto el estudio individual como el trabajo colectivo y las asambleas.





PROTECCIÓN Y  
PREVENCIÓN  
DE VIOLENCIAS

06

## 6.1 Diagnóstico de la protección y prevención de violencias

El derecho a la protección frente a toda forma de violencia constituye uno de los pilares del bienestar infantil y debería ser un eje transversal de todo el Sistema, así lo señala la [Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia](#).

Las entrevistas con profesionales, principalmente los que se encuentran dentro del ámbito jurídico y los servicios sociales de atención primaria y de menores, muestran un mayor foco en el posible ejercicio desigual de este derecho. En infancia, la detección de las violencias siempre es compleja y en el caso de las niñas, niños y adolescentes refugiados acompañados también, pudiendo estar expuestos a múltiples formas de violencia, entre ellas maltrato físico, sexual, psicológico, negligencia y acoso escolar racista.

La gestión administrativa del Sistema en ocasiones deja poco espacio para la detección temprana de situaciones de riesgo o maltrato que, como en

cualquier otra infancia, pueden darse. En los dispositivos del SAPIT, la atención a la infancia suele quedar integrada dentro de la unidad familiar y, en ocasiones, es en este ámbito familiar donde puede producirse el abandono, la negligencia o la violencia. Mientras en violencias graves como la ablación de clítoris o la trata de personas hay experiencias y sistemas de alerta, en otras violencias existe una mayor invisibilidad y más dificultad profesional para abordarlas.

### DetECCIÓN Y PREVENCIÓN TEMPRANA

La detección de situaciones de violencia depende en gran medida de conseguir tener una mirada más sensible hacia la infancia, la formación y la experiencia de las profesionales. En las delegaciones con Comisión de Infancia se comienzan a utilizar herramientas de valoración del riesgo como el [Balora](#)<sup>5</sup> entre Servicios Sociales de Atención Primaria y de menores y los equipos de CEAR en el SAPIT, se ha podido incidir en dinámicas familiares dañinas y peligrosas para la infancia, obteniendo buenos resultados.

5 “Balora” es un instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y adolescencia en la Comunidad Autónoma del País Vasco (BALORA) <https://www.euskadi.eus/valoracion-situaciones-riesgo/web01-a2gizar/es/>

El principal problema señalado es la saturación de los Servicios Sociales, que suelen reconocer no tener ubicadas a las niñas, niños y adolescentes dentro del Sistema, lo que en opinión de estos profesionales puede dificultar la actuación rápida ante cualquier alerta educativa, sanitaria o policial. la actuación rápida ante cualquier alerta educativa, sanitaria o policial.

### **Otras violencias específicas: género, racismo e institucional**

La violencia de género y el racismo constituyen dos dimensiones críticas en algunas de las experiencias vitales de la infancia refugiada. En el caso de la violencia de género, las niñas y los niños pueden ser testigos o sufrir sus efectos; enfrentando discriminaciones que erosionan su autoestima y su sentido de pertenencia, ellas y sus familias. También se mencionan violencias institucionales como demoras en trámites, falta de recursos necesarios o trato infantilizador. Por ejemplo, desde el ámbito jurídico, se señala que las niñas, niños y adolescentes no tienen su propio documento de asilo, sino que está bajo el paraguas familiar.

Otras violencias menos frecuentes, pero especialmente dañinas, incluyen el abuso sexual, la explotación laboral adolescente, la violencia

digital o la tutela inadecuada. En la crianza hay momentos de especial riesgo, como la adolescencia, cuando los deseos de autonomía pueden chocar con pautas educativas más rígidas, lo que hace necesaria una mediación temprana. En este contexto, algunas chicas procedentes de entornos familiares con **pautas de crianza más rígidas y roles de género más tradicionales** pueden estar expuestas a mayores niveles de control y a menores márgenes de autonomía, así como a una mayor carga de responsabilidades de cuidado lo que puede generar conflictos complejos en relación con las pautas de autonomía de su grupo de iguales.



## Acompañamiento y reparación

El acompañamiento tras la detección de violencia requiere equipos con competencias psicológicas, jurídicas, médicas y sociales coordinadas. La reparación implica devolver la capacidad de agencia, crear espacios de expresión y reconstruir la narrativa de seguridad y futuro. Los ejemplos de detección de casos graves muestran cierta dificultad para completar este proceso de acompañamiento y reparación por los cambios residenciales de las niñas, niños y adolescentes.

### 6.2 Recomendaciones de la protección y prevención de violencias

- Trabajar en protocolos claros de prevención y detección con indicadores adaptados al contexto migratorio y el SAPIT.
- Tener siempre presente la Evaluación del Interés Superior del Niño (EISN) en todas las decisiones.
- Documentar todas las derivaciones de sospecha o confirmación para poder hacer un seguimiento futuro.
- Sistematizar la existencia de entrevistas a niños y niñas a solas en lenguaje adaptado; utilizar el juego como herramienta de detección.
- Ampliar la coordinación con escuelas, pediatría, servicios sociales y salud mental infantil.
- Incluir en la mediación cultural e intérpretes formación en la materia como en ocasiones se han dado dentro de algunos centros de Servicios Sociales.
- Generar materiales y acciones formativas en materias de violencia infantil, trauma migratorio y parentalidad positiva para todos los componentes del Sistema, incluidos el personal que no trabaja directamente con infancia (conserjes, limpieza, mantenimiento, cocinas, gerencia, etc.).
- Fomentar formación conjunta del SAPIT-servicios públicos.
- Introducir funciones de protección infantil para el referente de infancia y las comisiones de Infancia en cada dispositivo.
- Incluir la detección de violencia de género en los protocolos familiares.
- Desarrollar talleres de igualdad y convivencia intercultural.
- Introducir la perspectiva antirracista en la formación profesional.
- Garantizar mecanismos de queja frente a la discriminación institucional.

- Ampliar la formación en prevención de violencias y mirada infantil, formulando y realizando formaciones breves destinadas no solo al personal técnico, sino también a personal que trabaja con niñas, niños y adolescentes (conserjes, personal de limpieza, cocina y mantenimiento) para que todas las personas trabajadoras de los dispositivos del SAPIT, pero también de escuelas, institutos, etc. El objetivo es saber identificar signos de maltrato, abuso o negligencia y poder tener claro un protocolo de aviso a personas responsables de este seguimiento.
- Puesta en marcha del buzón del niño o niña en los diferentes espacios; como colegios, institutos, dispositivos del SAPIT, Centros Juveniles, etc. Deberá ser un **canal “accesible”** en forma de **buzones físicos o digitales** donde la infancia pueda también comunicar **situaciones de maltrato, acoso, discriminación o miedo**, de forma anónima o confidencial.



- Establecer canales de coordinación del SAPIT-Servicios Sociales-salud-educación.

## 6.3 Buenas prácticas

Las experiencias recogidas en las entrevistas realizadas muestran diversas prácticas consolidadas o emergentes que favorecen la protección de la infancia refugiada acompañada frente a las violencias. A continuación, se destacan las siguientes:

### Observación activa y entrevistas individualizadas

Algunos equipos, especialmente en la fase de autonomía, realizan las visitas domiciliarias procurando incluir siempre un espacio para hablar a solas con niñas, niños y adolescentes. Esta práctica permite identificar posibles situaciones de negligencia, violencia o malestar emocional y crear una relación de confianza.

### Comisiones de Infancia en centros y/o dispositivos donde haya infancia atendida/acogida

La creación de Comisiones de Infancia dentro de los dispositivos —como la experiencia piloto de Alicante— constituye una buena práctica de institucionalización de la mirada infantil. Estas comisiones permiten compartir dudas sobre casos, revisar protocolos, coordinar acciones formativas y generar materiales adaptados (carteles con

derechos, espacios de juego, etc.). También abordan acciones en materia de protección y bienestar de la infancia y detección de violencias contra las infancias.



### Coordinación interprofesional e interinstitucional

En Getafe las reuniones conjuntas entre educación, Servicios Sociales, pediatría, caso a caso, desde una perspectiva biopsicosocial para tratar las situaciones de niñas y niños. En Valencia se han detectado casos de riesgo y se ha trabajado juntamente con Servicios Sociales de Atención Primaria y Menores, práctica probablemente generalizada en otros territorios.

## Uso de herramientas de valoración del riesgo

El uso de instrumentos como Balora, adaptado de las experiencias de Euskadi y Navarra, y SIMIA<sup>6</sup> en Andalucía permiten homogeneizar criterios y detectar factores de vulnerabilidad en fases tempranas. Además, promueven un enfoque preventivo y no exclusivamente sancionador.



## Educación emocional y parentalidad positiva

El trabajo con familias sobre parentalidad positiva y gestión del duelo migratorio se muestra esencial para prevenir situaciones de violencia. Se promueven espacios de reflexión sobre la crianza desde una mirada intercultural, especialmente en la adolescencia, donde aparecen mayores conflictos en torno a la autonomía y las normas.

### Protocolos y documentación de alertas

En algunos centros se nos expone que se ha trabajado con protocolos claros y registro de alertas pudiendo haber tenido una muy buena capacidad de reacción.

6 El procedimiento SIMIA, regulado en el [Decreto 210/2018, de 20 de noviembre](#), consiste en un procedimiento unificado para la detección, notificación, valoración y registro de casos en los que se tenga constancia o se sospeche la existencia de situaciones de riesgo o desamparo vinculadas al ejercicio de los deberes de protección de los menores por parte de sus padres, madres, personas tutoras o guardadoras.





DERECHOS  
Y COMUNICACIÓN  
INCLUSIVA

07

## 7.1 Diagnóstico de los derechos y comunicación inclusiva

El derecho a la información y a la comunicación constituye un pilar fundamental de la protección y participación infantil. En el Sistema de Acogida, la infancia refugiada sigue siendo receptora pasiva de mensajes, más que interlocutora reconocida, alguna información puede dirigirse exclusivamente a las personas adultas, redactada en lenguaje técnico y con escaso o limitada adaptación a las edades. Estas prácticas pueden llegar a generar incertidumbre, ansiedad y desconfianza, especialmente en adolescentes. La comunicación institucional y mediática mantiene narrativas de vulnerabilidad que invisibilizan la diversidad y agencia infantil.

### Comunicación con enfoque de derechos

Desde la infancia participante en las sesiones grupales como desde las profesionales de los centros y el Sistema Educativo, se nos indica que comunicar desde los derechos implica reconocer la capacidad de niñas, niños y adolescentes para comprender, decidir y expresarse. Debe basarse en accesibilidad, participación y respeto a la privacidad. Esto requiere materiales visuales, multilingües y adecuados

a cada edad: carteles, pictogramas, vídeos o guías familiares. La comunicación es una herramienta de cuidado emocional y empoderamiento que está empezando a ser considerada.

### Representación y narrativas

La representación de la infancia refugiada tiene impacto directo en su inclusión. Las imágenes de vulnerabilidad perpetúan estereotipos de dependencia; mostrar diversidad y esperanza promueve igualdad simbólica. Es bajo este enfoque que se han realizado los materiales del proyecto InfanciaRefugiada tratando de generar una comunicación inclusiva que puede sanar, vincular y devolver sentido de pertenencia.

### Comunicación institucional y comunitaria

La comunicación institucional y comunitaria influye en la acogida social. Los discursos basados en el miedo o la compasión refuerzan prejuicios; los centrados en reconocimiento y convivencia generan vínculos. Se recomienda una política activa de comunicación responsable y antirracista, con colaboración entre entidades de acogida, administraciones locales y medios comunitarios. Especialmente relevante es

el trabajo con infancia en esta materia.

## 7.2 Recomendaciones de los derechos y comunicación inclusiva

- **Talleres de bienvenida** que puedan ser claros comprensibles y multilingüe, explicando la nueva realidad, personas de referencia, derechos y servicios disponibles. Los materiales de los packs de bienvenida sirven como apoyo para los talleres de bienvenida a la infancia.
- Utilizar **pictogramas, vídeos y materiales visuales** que acompañen la información verbal para hablar de sus intereses y preocupaciones.
- Crear **espacios de diálogo** donde las niñas, niños y adolescentes puedan expresar dudas o miedos.
- Intentar que estén presentes **mediadores/as culturales e intérpretes** especializados en los procesos comunicativos en que sean necesarios.
- Continuar fomentando la **co-creación de materiales informativos y de sensibilización** junto con la infancia.
- Fomentar la participación en espacios donde se puedan dar **metodologías creativas** (teatro, cómic, radio, podcast) para facilitar la expresión y el aprendizaje de derechos.
- Incorporar **talleres específicos sobre comunicación y derechos de la infancia** en la programación educativa y de ocio.
- Adoptar una **política ética de comunicación infantil**, revisando todos los materiales institucionales que incluya:
  - **Diversidad cultural, lingüística y de género.**
  - **Utilizar lenguaje inclusivo, no adultista ni paternalista.**
- Crear un **banco de imágenes diverso y positivo**, evitando representaciones victimizadoras.
- Incorporar **talleres de expresión emocional y artística** en las actividades de infancia.
- Formar a los equipos en **comunicación intercultural y lenguaje claro.**
- Evaluar las comunicaciones dentro de los programas incorporando **indicadores de comunicación inclusiva y accesible.**
- **Colaborar con universidades, escuelas de periodismo y centros de formación** para promover prácticas comunicativas éticas.

## 7.3 Buenas prácticas

- Las dinámicas participativas infantoadolescentes realizadas para llegar a los productos finales Packs de bienvenida en formatos innovadores.
- En algunos territorios desde las Comisiones de Infancia se está comenzando a trabajar en materiales de expresión de derechos adaptados a las infancias.

07

DERECHOS Y COMUNICACIÓN INCLUSIVA





PARENTALIDAD

POSITIVA

Y CRIANZA

INTERCULTURAL

08

## 8.1 Diagnóstico de la parentalidad positiva y crianza intercultural

La parentalidad es uno de los ámbitos más sensibles en los procesos de acogida. Las familias refugiadas traen consigo formas diversas de cuidar, educar y acompañar a sus hijas e hijos, configuradas por su historia cultural, la experiencia migratoria y las condiciones materiales y emocionales de su vida actual.

En el contexto del SAPIT estas diferencias pueden generar **malentendidos o tensiones** con los equipos profesionales, especialmente en torno a la disciplina, los roles familiares y la expresión de las emociones, también en el Sistema Educativo, Servicios Sociales o Salud Infantil donde habitualmente se trabaja con familias. Desde los testimonios recogidos, se aprecia que **las pautas de crianza se sitúan en un continuo entre modelos más abiertos y dialógicos y modelos más jerárquicos o normativos**, ambos modulados por el contexto cultural y las trayectorias de migración.

Las profesionales identifican que algunas familias reproducen estilos de autoridad firmes o una organización familiar basada en la obediencia y el respeto a los mayores. Estas pautas,

habituales en sus países de origen, pueden interpretarse en España como excesivamente rígidas o autoritarias. A la inversa, algunas familias perciben las prácticas parentales locales como excesivamente permisivas o carentes de estructura, lo que puede reforzar la sensación de pérdida de referencias educativas. Los procesos de control de los modelos más jerárquicos pueden generar problemas en la adolescencia en contraste con las pautas de España, las y los adolescentes se perciben en espacios seguros y pueden querer avanzar a otro ritmo en autonomía y ello puede ser fuente de conflictos y necesitar la intermediación de profesionales de la Educación, Servicios Sociales y los dispositivos.

Los prejuicios y los estereotipos culturales influyen también en la relación entre las familias y los equipos del SAPIT, educativos, sanitarios, servicios sociales incluso en el ocio y tiempo libre.

Una de las cuestiones más reiteradas en los testimonios es la **parentalización infantil y adolescente**, es decir, la asunción de responsabilidades adultas por parte de las niñas, niños y adolescentes que actúan a menudo como **intérpretes** en entrevistas médicas o sociales, **cuidadores de hermanos pequeños o intermediarios**

en gestiones familiares, lo que altera la jerarquía generacional y añade cargas emocionales inadecuadas a su etapa evolutiva. Estos procesos de parentalización pueden ser más acuciantes en niñas y adolescentes relacionadas con las tareas de cuidado.

Este fenómeno, que tiene raíces en la lógica de supervivencia familiar durante el proceso migratorio, marca pautas de crianza diferentes y se ve acentuado por **barreras idiomáticas, la falta de tiempo y el estrés parental y la ausencia de apoyos externos**. Los equipos del SAPIT insisten en la necesidad de **reforzar el rol adulto** en las gestiones institucionales y **evitar que las niñas, niños y adolescentes actúen como traductores o representantes**, salvo en situaciones excepcionales y con acompañamiento profesional.

Las diferencias culturales en torno al cuidado también generan dilemas. En algunos países es habitual que un niño de siete años cuide temporalmente a un hermano menor o permanezca solo en casa durante cortos periodos, prácticas que en otros contextos europeos y etapas anteriores fueron socialmente aceptadas. En España, esta práctica puede considerarse una **negligencia** y supone activar los protocolos de riesgo. Algunas

madres perciben que España es un entorno probablemente más seguro pero las experiencias de riesgos previos perduran en la memoria.

Estos choques normativos evidencian la importancia de **trabajar la parentalidad intercultural desde la comprensión, no desde la sanción**, explicando los marcos legales y de protección infantil sin culpabilizar a las familias.

La **parentalidad positiva intercultural** parte del reconocimiento mutuo, de entender que cada familia posee saberes, valores y estrategias que pueden ser un recurso para la crianza, no un obstáculo. Promoverla implica **reconocer las fortalezas familiares**, acompañar los procesos de adaptación y evitar lecturas culturalistas que equiparen diferencia con inadecuación. Todo ello, siempre desde el principio rector del **interés superior del menor**.



## 8.2 Recomendaciones de parentalidad positiva y crianza intercultural

- Promover la parentalidad positiva intercultural, basada en el respeto mutuo, el reconocimiento de los saberes familiares y el principio del interés superior del menor, en todos los entornos que afectan a la infancia (SAPIT, escuelas, institutos y servicios comunitarios).
- Evitar juicios culturalistas y comprender el sentido de las prácticas familiares antes de intervenir, diferenciando entre diversidad cultural y situaciones de riesgo real.
- Prevenir la parentalización infantil, garantizando que niñas, niños y adolescentes no asuman responsabilidades adultas como la traducción en gestiones institucionales o el cuidado principal de otros menores.
- Explicar los derechos y límites legales en materia de protección infantil desde un enfoque educativo y preventivo, evitando abordajes sancionadores o culpabilizadores.
- Reforzar la mediación intercultural en la relación entre familias y profesionales de los ámbitos social, educativo, sanitario y del propio SAPIT.
- Incluir formación en competencia cultural, comunicación sensible y parentalidad positiva para los equipos del SAPIT, así como para profesionales de educación, salud y servicios sociales.
- Integrar la parentalidad positiva intercultural en el trabajo de las Comisiones de Infancia y en las funciones de las personas referentes de infancia.
- Mapear y aprovechar los recursos comunitarios existentes en materia de crianza (Centros de Salud Comunitaria, Centros de Atención a la Infancia, asociaciones de migrantes e interculturales, AFAs/AMPAs y centros educativos) para apoyar a las familias desde un enfoque comunitario.

### 8.3 Buenas prácticas

- Desde algunas universidades se está trabajando el área de crianza positiva con infancia refugiada para poder realizar materiales que den pautas de trabajo y herramientas de apoyo a los dispositivos y profesionales en contacto con las infancias.
- Asociaciones en el territorio que trabajan con población migrante y refugiada en procesos de agrupación familiar de niñas, niños y adolescentes y están desarrollando metodologías de trabajo para negociar las diferencias culturales y de expectativas que se encuentran hijas, hijos adolescentes y madres y padres en estos procesos (Asociación SEI Alkaterra).
- Grupos de crianza y grupos de madres que se están desarrollando dentro de dispositivos del SAPIT, en Centros de Salud Comunitaria, Centros de atención a las familias, incluso atención primaria de salud y atención primaria de servicios sociales incluso AFAs y AMPAs con sus escuelas de familias.







SERVICIOS SOCIALES:  
UN ACTOR TRANSVERSAL  
CLAVE EN EL PROCESO

09

## 9.1 Diagnóstico

El análisis de las entrevistas muestra que el trabajo social es un pilar imprescindible en el acompañamiento a la infancia refugiada acompañada, tanto dentro del SAPIT como en los Servicios Sociales municipales. Las profesionales sostienen la continuidad de los procesos familiares —salud, educación, acceso a derechos, derivaciones y coordinación interinstitucional— y son, con frecuencia, las primeras en detectar tensiones, malestares o necesidades emergentes. Sin embargo, ellas mismas señalan que las visitas suelen ser puntuales y muy condicionadas por la carga de casos, lo que limita la posibilidad de desplegar una mirada más amplia sobre la experiencia infantil. Además, se encuentran con reticencias por parte de algunas familias que, debido a experiencias previas de control, miedo a “ser malinterpretadas” o desconocimiento del sistema, viven la intervención de servicios sociales con desconfianza. Estas barreras interculturales pueden generar silencios, respuestas defensivas o narrativas parciales que dificultan comprender la realidad de las niñas, niños y adolescentes más allá de la información que aporta la persona adulta responsable. Las y los profesionales describen que la infancia

continúa “ligada al adulto”, no solo por la estructura del sistema, sino también porque en determinados contextos culturales acercarse directamente a la niña o al niño puede ser percibido como intrusivo o amenazante. Esto exige habilidades específicas de mediación cultural y una aproximación progresiva, respetuosa y no punitiva que tenga en cuenta el miedo de muchas familias —especialmente mujeres— a que una mala interpretación pueda activar protocolos de protección. El resultado es que, en un contexto de sobrecarga y recursos limitados, la intervención tiende a centrarse en las condiciones materiales, la gestión de ayudas y la seguridad administrativa, quedando menos espacio para la observación, la escucha activa y la evaluación del bienestar infantil desde una perspectiva de derechos.



Lejos de ser una crítica a las profesionales, este diagnóstico evidencia la necesidad de fortalecer la coordinación, el tiempo de intervención y los puentes interculturales que permitan a los equipos acercarse a la infancia sin generar temor, así como integrar prácticas sencillas —preguntar directamente a la niña o el niño, registrar su estado emocional, observar dinámicas familiares, generar confianza en el domicilio— que reconozcan su voz en los procesos de acompañamiento social. Una mirada más centrada en la infancia puede avanzar desde pequeños gestos, siempre respetando los ritmos culturales de cada familia y el trabajo cotidiano de unas profesionales que están sosteniendo procesos extremadamente complejos en condiciones exigentes.

## 9.2 Recomendaciones para una intervención social con enfoque de infancia e interculturalidad

- Incorporar de forma sistemática la mirada de infancia en todas las fases de la intervención social, incluyendo pautas adaptadas a la edad en las entrevistas familiares, el registro del bienestar infantil (estado emocional, sueño, juego, relaciones, miedos) y, cuando sea oportuno, una escucha directa a la niña, niño o adolescente, respetando los ritmos culturales y prestando especial atención a la adolescencia (parentalización, aislamiento, conflictividad).
- Mejorar la continuidad del acompañamiento mediante visitas más estructuradas y previsible, estableciendo calendarios de contacto periódico —aunque sean breves— en momentos clave como la llegada, la escolarización, los cambios de fase o situaciones de estrés familiar. Utilizar las visitas domiciliarias como espacios de observación, escucha y construcción de confianza, más allá de la gestión administrativa.
- Abordar las reticencias familiares desde un enfoque de confianza y mediación intercultural, explicando de forma clara el rol del trabajo social y diferenciando acompañamiento de control. Validar los miedos de las familias y recurrir a mediadoras o intérpretes culturales cuando existan barreras idiomáticas, culturales o experiencias previas negativas con los servicios sociales.

- Impulsar la incorporación de la mediación intercultural en los Servicios Sociales de Atención Primaria y de Menores, favoreciendo un lenguaje comprensible, evitando tecnicismos y explicando los procedimientos de forma progresiva y transparente.
- Acompañar las prácticas de crianza desde el respeto, explorando pautas de disciplina, roles familiares y posibles malentendidos culturales, e informando de recursos comunitarios disponibles (sesiones grupales, talleres de parentalidad positiva, espacios de intercambio cultural con otras familias).
- Fortalecer la coordinación entre Servicios Sociales municipales, educación, salud y SAPIT mediante canales estables de comunicación (reuniones periódicas, informes sintéticos, correo seguro), compartiendo información relevante sobre la infancia con respeto a la confidencialidad y adoptando una mirada preventiva ante absentismo, cambios de comportamiento o tensiones familiares.
- Utilizar herramientas de valoración sistemática del riesgo con enfoque de infancia (como Balora o SIMIA), complementándolas con indicadores sencillos de bienestar emocional, relaciones familiares, hábitos de sueño y estado emocional.



CIERRE:

UNA ACOGIDA

QUE APRENDE,

CUIDA

Y SE TRANSFORMA

10

Esta guía surge del compromiso colectivo de poner en el centro a las niñas, niños y adolescentes refugiados acompañados, reconociéndolos como **titulares plenos de derechos** y no como meros acompañantes en el proceso de acogida. A lo largo de su desarrollo, se ha tejido una visión compartida que une la práctica profesional, la reflexión ética y la experiencia vital de las familias y de la infancia, con un mismo propósito: **construir una acogida que proteja, escuche y empodere.**

Se busca demostrar que el enfoque de derechos puede y debe traducirse en acciones concretas: en rutinas, lenguajes y decisiones cotidianas que hagan visible a la infancia refugiada tanto en el SAPIT como entre los profesionales de la educación, la salud primaria, pediátrica, comunitaria, los servicios sociales y asociaciones.

Acoger no significa únicamente garantizar techo o manutención; significa ofrecer seguridad, afecto, participación y sentido de pertenencia. Esta guía trata de afirmar que **acoger bien es cuidar el futuro.**

## Una guía que aprende

El trabajo con infancia refugiada exige una **evaluación constante y compartida.** Escuchar las experiencias y percepciones de las niñas, niños y adolescentes

sobre su vida cotidiana en los dispositivos de acogida debe ser parte esencial del aprendizaje institucional pero también en todos los espacios donde están presentes.

Evaluar, en este contexto, no es solo medir resultados, es comprender cómo se toman las decisiones, cómo se viven los procesos y de qué manera se respeta la dignidad y la voz infantil.



Con esta guía se busca generar una invitación a consolidar una **cultura de reflexión y supervisión profesional**, donde los equipos profesionales que, desde diferentes ámbitos, trabajan con infancia refugiada, puedan revisar su práctica, sostenerse emocionalmente y generar conocimiento colectivo.

Aprender de la experiencia no es un ejercicio burocrático, sino un acto ético y transformador

que mejora la calidad del acompañamiento y fortalece a las propias profesionales.



## Una guía que se proyecta

La protección de la infancia refugiada no puede depender de un único sistema. Requiere alianzas firmes entre acogida, **educación, salud, servicios sociales y comunidad**, que garanticen continuidad, coherencia y bienestar. Esta guía se proyecta como una herramienta de colaboración interinstitucional, capaz de orientar políticas públicas y programas locales de infancia, migración y refugio.

Se pretende que la difusión en espacios de formación, universidades, administraciones y redes autonómicas permita ampliar su impacto y generar un lenguaje común entre los distintos actores implicados

desde ámbitos como el educativo, el sanitario, servicios sociales, comunitario y sociedad civil.

Una propuesta que se extrapola del estudio y la guía es dar continuidad al **espacio permanente de aprendizaje y transferencia de conocimiento** que se está conformando entre las entidades de infancia y de refugio. Este espacio será clave para mantener actualizadas las orientaciones, compartir experiencias y fortalecer el enfoque de derechos en todos los niveles.

## Una guía que inspira

El valor de este trabajo y esfuerzo colectivo de voces recogidas reside en haber integrado la experiencia viva de quienes acompañan y de quienes son acompañados. Las niñas, niños y adolescentes refugiados nos enseñan que la acogida es mucho más que un procedimiento: es un vínculo de confianza que puede reparar heridas y abrir horizontes. Los equipos que trabajan cada día en los centros y territorios de CEAR han demostrado que una acogida basada en el respeto, la escucha y el reconocimiento es posible, y que los cambios reales empiezan en las prácticas cotidianas. Esta guía recoge esa cotidianidad como la de muchas otras profesionales que, desde la

salud, la educación, los servicios sociales y comunitarios, las asociaciones y otras organizaciones que también actúan directamente sobre estas niñas, niños y adolescentes y son actores claves en el desarrollo de su bienestar presente y futuro. Esperamos que esta guía y los packs de bienvenida no concluyan un proceso; sino que ayuden a abrir un camino. Cada actualización, cada nueva práctica documentada,

cada formación compartida la mantendrá viva y en evolución.

Su aspiración no es cerrarse, sino inspirar y acompañar a quienes siguen construyendo una acogida justa, humana y transformadora. Y cada niña y cada niño que se siente seguro, escuchado y respetado dentro del sistema de protección internacional, es una prueba de que los derechos de la infancia no son **una meta lejana, sino una práctica posible.**

## BIBLIOGRAFÍA

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos.

<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño.

<https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino>

Cardona-Alarcón, L., y Gutiérrez-Giraldo, V. (2023). Los niños sujetos de derechos: un posible mapeo de la cuestión. *Revista Criterios*, 30(2), 162–174.

<https://doi.org/10.31948/rev.criterios/30.2-art11>

Diaconía. (2024). Plan de Infancia y Adolescencia Acompañada en el Sistema de Acogida y Protección Internacional. Diaconía España.

<https://diaconia.es/wp-content/uploads/2024/12/Plan-de-Infancia-y-Adolescencia-acompanada-ES-WEB.pdf>

Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. Boletín Oficial del Estado, núm. 263, 31 de octubre de 2009.

<https://www.boe.es/eli/es/l/2009/10/30/12>

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 134, 5 de junio de 2021.

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>

Naciones Unidas. (1951).  
Convención sobre el Estatuto  
de los Refugiados.

[Convención sobre el Estatuto de los Refugiados \(1951\)](#)

Plataforma de Infancia. (2024).  
La infancia más vulnerable.  
Informe sobre la situación de  
los niños, niñas y adolescentes  
en riesgo en España.  
Plataforma de Infancia.

[https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2024/03/INFORME-La-infancia-mas-vulnerable\\_POI.pdf](https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2024/03/INFORME-La-infancia-mas-vulnerable_POI.pdf)

Plataforma de Infancia. (2024).  
La infancia acompañada en el  
sistema de asilo en España.  
Plataforma de Infancia.

[https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2024/01/Posicionamiento-POI\\_Sistema-de-Asilo.pdf](https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2024/01/Posicionamiento-POI_Sistema-de-Asilo.pdf)

Real Decreto 220/2022, por el  
que se aprueba el Reglamento  
por el que se regula el sistema  
de acogida en materia de  
protección internacional. Boletín  
Oficial del Estado, núm. 76, 30  
de marzo de 2022.

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2022/03/29/220>

## ACRÓNIMOS

- **ARASAAC:** es un Sistema Aumentativo y Alternativo de Comunicación (SAAC) basado en el uso de pictogramas que facilitan la comunicación a las personas que tienen dificultades en este ámbito por distintos factores (diversidad funcional, desconocimiento del idioma, traumatismos y degeneración cognitiva).
- **CDN:** Convención de derechos del Niño 1989.
- **EISN:** Evaluación del Interés Superior del Niño o Niña.
- **FVID:** Fase de valoración y derivación.
- **LOPIVI:** Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
- **ONG:** Organización No Gubernamental.
- **SAPIT:** Sistema de acogida y protección internacional en España.
- **SIMIA:** Sistema de Información y Medidas de Atención a la Infancia y la Adolescencia.
- **TASOC:** Técnica en actividades socioculturales.
- **TDH:** Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- **TEA:** Trastorno del espectro autista.
- **TRIC:** Tecnologías de las Relaciones, la Información y la Comunicación.





# CEA(R)

Comisión Española  
de **Ayuda al Refugiado**



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO  
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD  
**OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL**