

---

# Conceptes clau i abordatge del maltractament infantil en l'àmbit familiar

---

PID\_00262656

María Vergara Campos

---

Temps mínim de dedicació recomanat: 4 hores

---



**María Vergara Campos**

Psicòloga infantil especialitzada en el tractament amb nens, nenes i adolescents que han patit un trauma complex i l'acompanyament als seus referents. Membre de l'equip d'atenció a la infància del Centre EXIL-Barcelona. Ha dissenyat i coordinat programes de suport psicosocial i protecció a la infància a l'Estat espanyol i països del sud-est asiàtic. Docent de postgrau en diversos programes universitaris. Cofundadora de l'Associació per al Reconeixement i Suport de la Criança Terapèutica.

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats pel professor: Adrián Montesano del Campo (2019)

# Índex

<b>Introducció.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Aproximació conceptual al fenomen del maltractament infantil.....</b>	<b>7</b>
1.1. Desafiaments en l'estudi del maltractament infantil .....	8
1.2. Cap a una definició comprensiva del maltractament infantil intrafamiliar .....	9
1.3. Tipologia de maltractament infantil en el si de la família .....	11
1.4. La magnitud del fenomen: dades i estadístiques .....	14
1.5. El maltractament infantil en la legislació .....	16
<b>2. Un model explicatiu del maltractament infantil.....</b>	<b>19</b>
<b>3. Conseqüències del maltractament intrafamiliar en els nens.</b>	<b>22</b>
<b>4. La intervenció davant el maltractament intrafamiliar.....</b>	<b>32</b>
4.1. Accions del sistema social i de protecció a la infància .....	32
4.1.1. Tipus de mesures de protecció amb nens en casos de desemparament .....	33
4.1.2. Una anàlisi (breu) sobre la situació actual dels nens i adolescents en el sistema de protecció .....	34
4.2. Intervenció terapèutica especialitzada amb nens víctimes de maltractament intrafamiliar .....	36
4.2.1. Algunes possibles modalitats terapèutiques des d'un enfocament integral .....	38
4.2.2. Objectius de les teràpies infantils focalitzades en el trauma .....	39
4.2.3. Continguts a treballar durant el procés terapèutic .....	40
4.2.4. La traumateràpia sistèmica infantil (TSI) .....	43
<b>5. Annexos.....</b>	<b>51</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>53</b>



## Introducció

Les experiències de maltractament, especialment quan es tracta de contextos negligents, no deixen una marca visible en la gran majoria dels casos. No són fàcilment detectables. Les alteracions en el sistema nerviós no són observables, només ho són els símptomes que generen. Les dificultats en els processos d'adquisició de coneixements, el càlcul mental o la dificultat per a organitzar-se i funcionar de manera autònoma solen ser la cara visible de les alteracions en el desenvolupament de la funció executiva. Les dificultats per a establir i cuidar les relacions amb els iguals, una excessiva irritabilitat o reaccions agressives poden ser la cara visible dels trastorns de l'afectivitat. No obstant això, també ho són la submissió, la seducció, la complaença o la indiferència, etc.

Sovint, l'expertesa ens recorda l'esforç mental enorme que cal fer per a visualitzar i no ignorar la ferida traumàtica a l'interior de cada nen. És fàcil canviar d'enfocament i oblidar-nos, per moments, que estem acompanyant víctimes de processos traumàtics, especialment quan les aparences ens mostren l'altra cara. Com l'adolescent que acaba d'entrar a la consulta, amb els pantalons caiguts, despentinat, amb olors poc agradables i que et diu amb to hostil que això de la teràpia no va amb ell i que el que li interessa és que li lliuris la clau del Wi-Fi per a connectar-se. Just en aquest moment és quan més necessitem manejar (i no oblidar!) els bons coneixements sobre l'impacte del maltractament.

Conèixer la fenomenologia del maltractament infantil permet desenvolupar una visió més global, comprensiva i justa amb la història dels nens, ja que es comprèn l'origen i el curs de les seves dificultats. Permet definir uns objectius de treball realistes, revisar les expectatives i, sobretot, buscar els suports que es corresponguin amb les necessitats reals d'aquests nens. Es tracta de reconèixer el dany infrangit i els seus efectes, per a després emprendre juntament amb els nens el camí de la resiliència.

Aquest document és una introducció als conceptes clau, les conseqüències i els models d'intervenció especialitzats en l'abordatge del maltractament intrafamiliar. No és un document exhaustiu. Per contra, se centra en aquells aspectes que, en opinió de l'autora, resulten bàsics quan un comença a aventurar-se en aquest àmbit professional. El text ofereix, de manera oportuna, alguns suggeriments bibliogràfics especialitzats, perquè els lectors puguin aprofundir-hi. Espero que gaudeixin de la lectura.



## 1. Aproximació conceptual al fenomen del maltractament infantil

Per a un cert percentatge de nens la família no és un lloc segur, sinó un lloc de risc. No és on troben la cura i la protecció, sinó on troben la font principal dels seus problemes (Palacios, 2003).

A pesar que la violència contra els nens es considera una greu amenaça per a la salut pública, resulta sorprenent constatar que els processos de sensibilització social sobre el maltractament infantil es van produir recentment, tot just al segle passat. Històricament, un dels esdeveniments que va servir com a punt de partida per a l'inici del canvi social i legislatiu va ser el cas de Mary Ellen Wilson. Els veïns de Mary Ellen, una nena de nou anys natural dels Estats Units, van intentar denunciar les greus agressions físiques que la menor patia per part dels seus pares adoptius. El cas va trigar diversos anys a arribar als tribunals, ja que no hi havia cap legislació vigent que emparés el dret a la protecció de la menor. Finalment, per mitjà de la Societat Americana per a la Prevenció de la Crueltat cap als Animals, un tribunal va poder dictaminar a favor de la menor. Aquest succés va significar el primer cas de maltractament infantil denunciat. En el mateix any, es va fundar a EUA la Societat per a la Prevenció de la Crueltat en els Nens i, anys més tard, l'Assemblea de les Nacions Unides de 1959 proposava la Declaració dels drets del nen.

No obstant això, el ple reconeixement de l'abús infantil com a fenomen social penalitzable no es va completar fins que el doctor Kempe i els seus col·legues van descriure, per primera vegada, la síndrome del nen maltractat. Kempe va definir aquesta síndrome com un quadre clínic que es manifesta en els nens petits que han rebut agressions físiques severes, les quals els podien causar lesions permanents i, fins i tot, provocar-los la mort. Altres autors van ampliar el concepte, indicant que els nens podien ser agredits no solament de forma física, sinó també de manera emocional o per negligència. D'aquesta forma, es va anar substituint el terme de nen «copejat» pel de «menor maltractat». Juntament amb aquest reconeixement, va augmentar la creença que la societat havia d'intervenir per a protegir els nens.

La Convenció de Drets de la Infància a l'Assemblea general de les Nacions Unides, el 1989, va suposar un pas important en el reconeixement dels drets de protecció dels menors. A mesura que cada país ratifica la Convenció, aquesta passa a integrar-se en el seu dret intern com si fos una llei aprovada pel mateix parlament. Abans de les acaballes dels anys setanta, la majoria de les legislatures estatals van aprovar lleis de protecció a la infància, criminalitzant el comportament abusiu i negligent dels pares, i especificant procediments perquè els professionals assenyalessin els casos sospitosos de maltractament.

### Contingut complementari

**La primera llei integral de maltractament infantil** sorgeix als Estats Units i es coneix com a Llei de prevenció i tractament de l'abús infantil (en anglès, *Child Abuse Prevention and Treatment Act* o CAPTA). Va ser una legislació innovadora, que va proporcionar als estats fons per a desenvolupar programes de prevenció de l'abandonament i abús infantil.

## 1.1. Desafiaments en l'estudi del maltractament infantil

Malgrat la importància i necessitat de l'abordatge del maltractament infantil, l'estudi i la recerca rigorosa d'aquest problema plantegen, almenys, tres grans desafiaments:

**Desafiament 1. Obtenir una definició operativa i consensuada de maltractament infantil familiar** resulta una tasca força més complexa del que pot semblar a primera vista. Bàsicament, perquè implica una valoració social en relació amb el que és perillós o inadequat per al nen. Les variacions al llarg de la història i les diferències transculturals respecte a la criança infantil compliquen encara més les dificultats d'una definició universal. Cada individu, en funció de la seva forma d'entendre l'educació, la infància i les relacions familiars, té uns criteris particulars amb què definir el que entén per maltractaments (Fallon *et al.*, 2010). L'indubtable és que tots els pares, com a éssers humans, s'equivoquen i pot ser que, en ocasions, cometin agressions físiques o psicològiques sobre els seus fills, o que no atenguin correctament les seves necessitats. No obstant això, aquestes situacions, àdhuc sent inadequades, no necessàriament són un maltractament.

Una bona definició de maltractament infantil hauria de reconèixer l'impacte multidimensional en les víctimes, però sense que la conceptualització resulti tan àmplia que perdi el sentit, ni tan precisa que psicopatologitzi els desafiaments naturals en la criança dels nens.

**Desafiament 2.** Una altra controvèrsia de llarg recorregut es refereix a la confusió que resulta de l'existència de **diferents definicions depenent de l'àmbit i propòsit de les mateixes.**

- En l'enfocament medicoclínic, el maltractament es defineix a partir de les lesions físiques o psicològiques en el nen. L'objectiu és la comprensió de l'impacte del maltractament en el nen i el que aquesta experiència ha significat per a aquest, tant en termes objectius com subjectius. Es busca la comprensió més que la classificació, i es prioritzen els models explicatius complexos i oberts.
- En l'enfocament legal, l'objectiu és provar l'existència dels maltractaments en la mesura que aquests constitueixen un delicte. Des d'aquest enfocament, el dany (psicològic o físic) al nen ha de ser quantificat usant mesures d'ajust estandarditzades i normalitzades. Freqüentment, s'utilitza el model categòric, que ofereix una distinció entre els diferents tipus de maltractaments.
- Des de l'enfocament sociològic, els actes de maltractament són definits per les creences i els valors que sustenten la societat. La cultura genera un fons comú de creences i comportaments amb què la majoria de la societat

### Reflexió

On és la línia que assenyala el que constitueixen les pràctiques parentals inadequades i el que són els comportaments negligents i que requereixen la intervenció d'un sistema de protecció i reparació per al menor?

### Reflexió

És raonable esperar que els professionals de diverses disciplines arribin a un acord en una definició única, quan la utilització de cadascuna de les definicions té propòsits diferents?



se sent identificada, la qual cosa ajuda a definir els principis generalment acceptats sobre la criança i la cura dels nens.

Els tres enfocaments s'interrelacionen i es retroalimenten. En l'actualitat, les definicions més concretes, pròpies del model categòric, es perceben més objectives des de la perspectiva del sistema judicial i de protecció infantil, en què els drets dels pares biològics estan en joc. No obstant això, des de la perspectiva clínica, aquest model té diverses limitacions i la crítica fonamental és el fet que no hi ha un patró de maltractament pur, sinó que els nens pateixen múltiples formes de maltractament de manera simultània (Cichetti i Manly, 2001). Tampoc no hi ha un perfil de nen maltractat. Al contrari, els nens afectats per maltractament mostren una gran heterogeneïtat en la simptomatologia, que no és possible explicar ni associar a una única tipologia de victimització. Per exemple, els nens amb històries d'abús no solament poden desenvolupar un sistema nerviós hipersensible a l'estrès, sinó que també mostren dificultats en l'autoregulació de les emocions i unes representacions mentals tenyides d'inseguretat. Molts nens no tenen integrat el sentit de la vàlua personal i tampoc la confiança i seguretat en l'altre. En les situacions en què se senten amenaçats, alguns nens recorren a posar-se intransigents, obstinats, irrespectuosos. Davant la confrontació, uns altres es poden bloquejar o lluitar, és a dir, ser pocavergonyes i sobrepassar-se fins a perdre el respecte o adoptar actituds de no assumir cap responsabilitat del que passa o del que fan. Altres vegades, acaben desbordant-se perquè els altres cedeixin a les seves exigències i altres vegades ploren davant una situació difícil.

Davant la complexitat de les conseqüències del maltractament, les etiquetes utilitzades pel sistema judicial per mitjà de categories poden ser sovint una representació inexacta i simplista que redueix les possibilitats de comprendre el fenomen i el patiment dels nens.

**Desafiament 3.** Encara hi ha una certa incertesa sobre si s'ha de **definir el maltractament basant-se en les característiques del comportament dels adults, de l'impacte produït en els nens o com a resultat d'alguna combinació entre els dos**. Al centre d'aquest debat, hi ha la qüestió sobre si la intencionalitat dels pares ha de ser considerada per a determinar si un acte de maltractament ha ocorregut o no. Per exemple, un cuidador pot tenir la intenció de pegar un nen com a càstig (és a dir, el cop al nen no és accidental), però no ha de fer que el nen pateixi una commoció cerebral.

#### Reflexió

En aquests casos, si un nen resulta danyat a causa d'un comportament agressiu o negligent, però el cuidador no tenia intenció de fer-li mal, s'ha de considerar aquest acte com a maltractament infantil?

## 1.2. Cap a una definició comprensiva del maltractament infantil intrafamiliar

Les respostes als desafiaments anteriors s'han anat gestant al llarg de l'última dècada, especialment gràcies a l'aparició de nous avenços científics i un procés de (re)conceptualització significativa.

D'una banda, cada vegada més freqüentment, les aportacions de les recerques sobre el desenvolupament infantil posen el focus no tant en el patològic i el dany causat al nen, sinó en quines són les necessitats afectives, cognitives i socials per a garantir un desenvolupament ple i saludable. Així, sorgeix l'**enfocament del «bon tracte»** com a aspecte crític en la valoració sobre l'existència o no del maltractament infantil (Barudy, 1998; De Paúl i Arruabarrena, 1981; Fernández i Bravo, 2002; López, 1995). Aquest enfocament proposa assenyalar i comprendre les condicions mínimes, des del punt de vista del nen, que són necessàries per al benestar, en contraposició amb les experiències de maltractaments.

De forma complementària, les recerques sobre el desenvolupament evolutiu primerenc comencen a prestar més atenció a la qualitat del procés relacional entre els cuidadors i els nens, i no únicament a les característiques formals dels actes parentals (si són més o menys freqüents, o més o menys agressius). L'any 1989, l'Associació Nord-americana de Psiquiatria (en anglès, American Psychiatric Association o APA) va publicar el DSM-III, que incloïa, com a novetat, el diagnòstic del «trastorn reactiu del vincle de la infància o de la infantesa primerenca», per al cas de nens que han patit abandonament, negligència, abús sexual o càstigs. Aquest nou diagnòstic significava un reconeixement al rol fonamental de la qualitat de la relació primària d'afectivitat en el desenvolupament saludable dels nens i l'impacte dels trastorns de l'aferrament en els casos de maltractament infantil familiar. Versions posteriors del DSM han modificat i ampliat aquest concepte.

Aquestes aportacions, des de corrents com ara la teoria de l'aferrament o la neurobiologia interpersonal, han impulsat l'**enfocament de les necessitats**, posant el focus en l'estudi de quines són les «bones pràctiques» de criança que cobreixen les necessitats fisiològiques, emocionals, socials i cognitives dels nens. Aquesta postura, cada vegada més freqüent, suposa minimitzar el relativisme cultural i definir aquestes «bones pràctiques», basant-se en criteris objectius sobre les necessitats vitals del nen perquè aquest es desenvolupi plenament.

L'estudi de les necessitats infantils va provocar, en certa mesura, la proliferació de **recerques per a l'estudi suport de les capacitats parentals**. Les capacitats parentals són la base de les competències en la criança i inclouen una sèrie de recursos bàsics, com ara la capacitat d'oferir una relació segura, l'empatia o la mentalització. Aquestes capacitats són la base del bon tracte i gestionen i guien el sistema d'atencions adultes, és a dir, el conjunt de conductes, emocions, pensaments i representacions orientats a la cura del nen (Barudy i Dantagnan, 2009).

Des d'aquesta perspectiva, el dilema d'intencionalitat de la conducta parental es visualitza des d'una altra perspectiva. La intenció de cometre un acte o no, de dirigir-lo o no cap a una meta, implica, entre d'altres competències anteriorment esmentades, un cert control sobre la pròpia conducta. Des de

#### Contingut complementari

La proposta de Félix López (1995) és una de les classificacions més acceptades i utilitzades per a investigar les característiques comunes que hi ha entre les necessitats infantils, els estadis evolutius del nen i l'impacte del maltractament.

l'enfocament de les capacitats parentals, la pregunta clau passa a ser quins són els recursos d'aquest adult per a gestionar les seves emocions, pensaments i comportaments i posar-los al servei de la criança del seu fill. Comprendre quins factors biològics, culturals i contextuals estan influïent en el manteniment de les conductes parentals inadequades permetrà precisar el grau de recuperabilitat d'aquests pares i, per tant, dur a terme una millor planificació de les intervencions de protecció al nen.

Al nostre país, hi ha múltiples publicacions que mostren la inclusió dels paradigmes anteriors en les definicions sobre el maltractament infantil. A tall de resum, podríem dir que, malgrat l'existència de matisos i detalls que varien segons l'autor, la disciplina o el propòsit, la majoria de les **definicions acceptades sobre el maltractament infantil** a tot el món inclouen els aspectes clau següents:

- 1) Es refereix a un fenomen que ocorre en el marc d'una relació entre algun cuidador principal (freqüentment, el pare o la mare) i el nen o nena. El focus està en les característiques i la qualitat de la relació més que en la constatació d'una sèrie o repetició d'actes que ocorren en aquesta relació.
- 2) En el marc d'aquesta relació, es produeixen comportaments altament inadequats, nocius i no accidentals, per part dels adults encarregats de cuidar el nen.
- 3) Aquests comportaments poden ser per acció (per exemple, generar malestar) o omissió (per exemple, no cobrir necessitats).
- 4) Com a resultat, hi ha unes conseqüències negatives, visibles o invisibles, que afecten el desenvolupament físic o psicològic, o que priva els nens de cures, drets i llibertats que impedeixen el seu ple desenvolupament.

L'Observatori de la Infància va elaborar, l'any 2007, un protocol bàsic d'intervenció contra el maltractament infantil, per a millorar la coordinació interinstitucional i garantir l'aplicació dels drets reconeguts per les Nacions Unides.

L'any 2014, s'actualitza la definició i s'estableix el maltractament infantil com:

«Qualsevol acció, omissió o tracte negligent, no accidental, que priva el nen o la nena dels seus drets i el seu benestar, que amenaça o interfereix el seu desenvolupament físic, psíquic o social ordenat, els autors de la qual poden ser persones, institucions o la mateixa societat».

### 1.3. Tipologia de maltractament infantil en el si de la família

Hi ha un ampli consens a tot el món sobre les quatre tipologies bàsiques de maltractament infantil intrafamiliar: maltractament físic, negligència-abandament, maltractament psicològic i abús sexual. A Espanya, tant en el marc

legislatiu estatal com en els protocols autonòmics, s'adopten les mateixes quatre tipologies bàsiques. Des de perspectives més clíniques o a l'efecte de la recerca, alguns autors manegen classificacions més complexes i exhaustives i incorporen situacions com ara l'explotació laboral, la corrupció de menors, la mendicitat, la incapacitat de controlar la conducta del menor, el maltractament prenatal, el retard no orgànic en el desenvolupament, la síndrome de Münchausen per poders o el maltractament institucional (De Paúl i Arruabarrena, 1981).

**Maltractament físic:** es defineix com tota acció no accidental d'un adult que provoca un patiment físic o una malaltia al nen o nena, o que el posa en risc com a conseqüència d'un negligència intencionada. Inclou actes físics que van des d'aquells que no deixen marques visibles, als que causen discapacitat permanent, desfiguració o mort. Una de les característiques principals del maltractament físic és que, en la majoria dels casos, es tracta d'agressions «no instrumentals», és a dir, dutes a terme directament per l'adult sense l'ajuda de cap objecte lesiu<sup>1</sup>.

<sup>(1)</sup>Per a aprofundir sobre les manifestacions clíniques principals per violència física, podeu consultar l'article de Lachica (2010) sobre la síndrome del nen maltractat.

Alguns autors reconeixen dues especificitats dins el maltractament físic:

- 1) **Síndrome del bebè sacsejat (SBS):** presència de lesions al crani o continguts intracranials d'un bebè o nen petit, menor de 5 anys d'edat, a causa d'un impacte contundent o una sacsejada violenta. El 2009, l'Acadèmia Americana de Pediatria va recomanar l'ús del terme «traumatisme cranial abusiu» com a substitut d'SBS.
- 2) **Síndrome de Münchausen per poders:** és la simulació de malalties físiques del nen o nena, que implica exposar-los a múltiples exploracions mèdiques i a ingressos hospitalaris, subministrant-los, fins i tot, substàncies per a alterar els resultats de les anàlisis. Una part important de la comunitat científica critica la manca d'evidència empírica que recolzi l'existència d'aquesta síndrome.

**Negligència:** és aquella situació en què les necessitats físiques (alimentació, roba d'abric, higiene, protecció i vigilància en les situacions potencialment perilloses, educació o cures mèdiques) i cognitives bàsiques del menor no són ateses temporalment o permanentment per cap membre del grup que conviu amb el nen.

**Maltractament psicològic:** els maltractaments infantils sempre produeixen un dolor psíquic, qualsevol que sigui l'abús comès. Quan parlem de maltractament psicològic, ens referim a una sèrie de conductes de maltractament que no tenen una expressió visible, sinó que consisteixen en agressions verbals, amenaces, rebutjos. Aquestes accions «copegen» la ment del nen i, sovint, provoquen un dany invisible (Barudy, 1998, p. 56). El maltractament psicològic és,

per la seva naturalesa incorporària, molt més difícil de definir i precisar. Alguns autors han intentat diferenciar entre els termes «abandonament emocional» i «maltractament emocional»:

- es considera **maltractament emocional** l'hostilitat verbal crònica en forma d'insult, menyspreu, crítica o amenaça d'abandonament, i el bloqueig constant de les iniciatives d'interacció infantils (des de l'evitació fins al tancament o confinament). S'inclouen cinc categories: rebutjar, aïllar, aterrir, ignorar i corrompre (Garbarino, Guttman i Seeley, 1989).
- L'abandonament **emocional o psicològic** es defineix com la manca persistent de resposta als senyals (plor, somriure), expressions emocionals i conductes procuradores de proximitat i interacció iniciades pel nen, i la manca d'iniciativa d'interacció i contacte, per part d'una figura adulta estable.

Altres autors consideren poc útil aquesta distinció, ja que argumenten que els aspectes més emocionals i cognitius no són independents. Els estudis americans, per exemple, no estableixen aquesta distinció. Les estadístiques nacionals sobre la incidència del maltractament infantil tracten el maltractament psicològic i el maltractament emocional de forma indistinta. No obstant això, l'alteració del desenvolupament en el nen es pot produir per una manca d'estimulació de zones que depenen d'aquesta per al seu desenvolupament (principalment associat a contextos d'abandonament), per una manca d'una estimulació apropiada en zones que requereixen modulació externa per al seu desenvolupament o per una alteració del sistema nerviós en la seva funció de regulació de la resposta a l'estrès (principalment associat a contextos de maltractament psicològic). Per tant, des d'una perspectiva clínica, resulta realment útil manejar les classificacions més completes (i complexes), especialment perquè permeten distingir detalls importants per a comprendre l'afectació en els nens i dissenyar una intervenció més ajustada.

**Abús sexual:** qualsevol classe de contacte sexual d'un adult, des de la seva posició de poder o autoritat, amb una persona menor de 18 anys. El nen pot ser utilitzat per a la realització d'actes sexuals o com a objecte d'estimulació sexual. Es consideren quatre categories:

- Incest: si el contacte físic sexual el fa una persona de consanguinitat lineal o un germà, oncle o nebot. També s'inclou el cas en què l'adult estigui cobrint de manera estable el paper dels pares.
- Violació: quan la persona adulta és una altra qualsevol no assenyalada en l'apartat anterior.
- Vexació sexual: quan el contacte sexual es duu a terme pel tocament intencionat de zones erògenes del nen o per forçar, encoratjar o permetre que aquest el faci a les mateixes zones de l'adult.
- Abús sexual sense contacte físic: s'inclourien els casos de seducció verbal explícita d'un nen, l'exposició dels òrgans sexuals amb l'objectiu

d'aconseguir gratificació o excitació sexual amb això, i la masturbació o realització intencionada de l'acte sexual en presència del nen.

Tradicionalment, el criteri de gravetat es definia a partir de la variable freqüència: com més repetida i freqüent és una agressió, més greu serà aquesta conducta. No obstant això, aquest criteri resulta inadequat per a valorar la gravetat de determinats subtipus de maltractament:

### **Com es mesura la gravetat del maltractament?**

En el cas de les agressions sexuals, estarem d'acord amb què una sola violació és suficient per a considerar-la un acte de maltractament greu. Però si traslладem la mateixa lògica al maltractament físic, el criteri de gravetat mesurat segons el grau d'intrusió (contusions, talls, fractures) i la freqüència de la lesió pot ser enormement útil a l'hora de calibrar les decisions sobre el nivell d'intervenció.

En ocasions, s'assumeix que les conductes més agressives són les que causen major dany en els nens, encara que aquesta creença no sempre resulta precisa. Estudis especialitzats suggereixen que el maltractament infantil denominat «de baixa gravetat», com ara el maltractament emocional, especialment quan és crònic, pot provocar resultats molt més negatius en els nens, fins i tot comparant-ho amb altres tipus de maltractament considerats més greus, com l'abús sexual (Herrenkohl, 2005; Muela, Torres i Balluerka, 2012). En altres paraules, el maltractament emocional sostingut pot comportar conseqüències més greus que altres formes de maltractament puntuals.

A Espanya, d'acord amb la legislatura actual, es distingeix entre casos de maltractament lleu o moderat i maltractament greu. Els criteris per a determinar la gravetat del maltractament són la freqüència i la intensitat de les actuacions i el grau de vulnerabilitat del nen. Per a valorar aquesta vulnerabilitat s'avaluen, almenys, la cronicitat i la freqüència del maltractament, l'accés del perpetrador al nen, les característiques i les condicions en què està el nen, i la relació entre l'agressor i el nen.

### **1.4. La magnitud del fenomen: dades i estadístiques**

Quan s'analitzen les dades amb perspectiva, no hi ha molts dubtes: les xifres ens mostren una superioritat aclaparant de la criança «ben tractant» respecte a les pràctiques de maltractaments. La gran majoria de pares i cuidadors estimen els seus fills, estan compromesos amb el seu desenvolupament, són sensibles a les seves necessitats i busquen la millor manera de cobrir les necessitats. Vivim en una societat en què la majoria dels adults són capaços d'oferir les cures adequades i suficients per a garantir un desenvolupament sa i ple dels seus fills.

No obstant això, estarem tots d'acord que un sol cas de maltractament infantil ja és una xifra suficientment gran per a justificar l'alarma social i activar la mobilització comunitària i política per a eradicar el problema.

Obtenir xifres exactes sobre la freqüència i la incidència del maltractament infantil en general, i en l'àmbit familiar en concret, resulta molt complicat:

- Per a poder conèixer la magnitud del fenomen, primer cal poder detectar quan ocorre, procés que és especialment difícil a causa del fet que és una situació que es produeix en la intimitat de la llar familiar, les dinàmiques traumatogèniques pròpies del maltractament, que en moltes ocasions impedeixen la denúncia per part de les víctimes, i la reconeguda formació insuficient per part de professionals dels serveis d'atenció primària per a detectar indicadors de maltractament i abús (OMS, 2016).
- La majoria dels estudis epidemiològics es basen en la població atesa i els expedients dels serveis socials. El nombre d'expedients oberts permet fer una estimació de la quantitat de nens que estan en situació de risc, però només de manera orientativa, ja que aquestes estadístiques no distingeixen si el desemparament del menor es produeix a causa de la impossibilitat dels pares de cuidar els nens (per exemple, per defunció, empresonament o malaltia incapacitant) o efectivament es refereixen a un maltractament infantil intrafamiliar.
- Sovint, les estadístiques oficials tendeixen a representar majoritàriament els casos extrems i més greus que hagin requerit una intervenció per part de l'Estat, però això només suposa la punta de l'iceberg.
- Malgrat tot, l'obstacle major és l'ús de definicions estandarditzades, la qual cosa sovint impossibilita obtenir una informació fiable.

A Espanya, resulta gairebé impossible poder comparar tots els estudis i recerques, a causa de la gran diversitat en els criteris, les fonts d'informació, i també la metodologia utilitzada en la seva elaboració. Totes aquestes variables expliquen la necessitat de prendre amb cautela les dades disponibles. A tall de resum, podem destacar:

- Els Estats Units van ser els primers a fer estudis epidemiològics amb rigor científic. Fins avui, s'han dut a terme quatre estudis principals sobre la incidència del maltractament infantil (NIS1, NIS2, NIS3 i NIS4<sup>2</sup>) efectuats el 1980, 1986, 1993 i el 2006 (Sedlak *et al.*, 2009; Andrea Sedlak & Broadhurst, 2001). Els últims resultats reflecteixen una disminució del 19% en el nombre total de nens víctimes de maltractament físic i abús sexual intrafamiliar des de 1993.
- A Espanya, es calcula que el percentatge de maltractament infantil intrafamiliar és entorn del 15% de les persones menors d'edat, amb un augment progressiu en l'última dècada (Direcció general de Serveis per a la Família i la Infància, 2013; Iglesias *et al.*, 2006; Sanmartín, Serrano, García i Rodrí-

#### Contingut complementari

L'any 2000, un estudi sobre la prevalença de l'abús sexual entre els estudiants universitaris a EUA va arribar a presentar una variabilitat entre el 4% i 60% en la prevalença de l'abús sexual, depenent de l'ús de definicions més rigoroses (penetració) o més àmplies (qualsevol interacció sexual no desitjada abans dels 18 anys) (Cawson, Wattam, Brooker i Kelly, 2000). Heus aquí la importància de les definicions.

<sup>(2)</sup>L'Estudi Nacional d'Incidència (en anglès, National Incidence Study o NIS) és un esforç periòdic del Departament de Salut i Serveis Humans dels Estats Units.

guez, 2011). Les xifres espanyoles són similars a la d'altres països a Europa (Sahana i Lux, 2012).

- La tipologia de maltractament més freqüent és la negligència, entorn del 70-80% dels casos, i el maltractament emocional, entorn del 50%. De manera contrària a l'imaginari social, el percentatge de maltractament físic és molt inferior a la resta de les tipologies, sovint detectat aproximadament en el 30% dels casos (Creighton, 2004).
- Les recerques coincideixen a assenyalar una alta comorbiditat. En general, el 55% dels nens i nenes pateixen més d'un tipus de maltractament. La combinació més freqüent és la negligència i el maltractament emocional (Creighton, 2004).
- El maltractament prenatal (5%) és més habitual que l'abús sexual, que mostra una prevalença del 4% de la mostra total, més similar a les taxes d'explotació laboral (Creighton, 2004).
- Dins les conseqüències més greus del maltractament familiar infantil, hi ha els homicidis de menors en mans dels seus propis progenitors. L'NIS4, a EUA, va estimar que entre el 2005 i el 2006 van morir prop de 2.400 nens com a resultat del maltractament infantil intrafamiliar. Això equival a 100 casos de maltractament infantil detectats al mes.
- A Espanya, el major risc de patir filicidi es concentra en els menors de tres anys. El 19% es va produir com a venjança de l'agressor contra el cònjuge.
- Les estadístiques mundials revelen que més del 60% dels nens que pateixen maltractament intrafamiliar tenen entre 1 i 5 anys. És a dir, els bebès i els nens petits tenen una major probabilitat de ser víctimes de violència intrafamiliar a causa de la seva dependència de l'adult, les seves limitades capacitats per a fugir i el seu reduït món social fora de la llar, la qual cosa retalla les fonts externes que poden facilitar l'ajuda o a què es pot recórrer per a demanar suport (Pinheiro, 2006).
- En línies generals, no hi ha grans diferències entre els percentatges de menors maltractats segons el sexe. Els nens semblen tenir un major risc de patir violència física que les nenes, mentre que les nenes tenen un major risc de patir un tracte negligent i violència sexual (Pinheiro, 2006).

### **1.5. El maltractament infantil en la legislació**

El maltractament infantil a l'Estat espanyol es pot abordar des del punt de vista jurídic per dos possibles camins. D'una banda, hi ha el marc normatiu amb el text constitucional i les normes del Codi Civil la finalitat del qual és la protecció i l'ajuda per a la superació del dany en el nen víctima. D'altra banda, des de l'àmbit penal, se censuren i es penalitzen les conductes de l'agressor.

La Constitució de 1978, a l'article 39, recull una menció específica a la infància i regula la protecció necessària als nens en general i als fills en particular. La nostra constitució situa els progenitors com a primers responsables de la criança i desenvolupament dels fills i filles. Únicament, i de manera subsidiària, l'Estat assumeix els deures i les càrregues que impliquen l'assistència i



l'educació dels menors. Els estatuts d'autonomia de Catalunya, el País Basc i Andalusia recullen de manera específica i unitària l'atribució de competències en matèria d'atenció i protecció de la infància i l'adolescència.

La Llei 21/1987 va fundar les bases del nostre sistema de protecció infantil actual. A partir d'aquest moment:

- S'estableix com a principi orientador l'interès del menor, la qual cosa implica, entre d'altres coses, que els poders públics tenen una responsabilitat enfront del menor. S'obren les portes per a la intervenció social quan es detectin situacions de maltractament infantil, fins i tot, en un àmbit tan privat com el de la família.
- Se substitueix el concepte d'abandonament pel de desemparament, com a element central per a la protecció jurídica davant qualsevol situació de maltractament. La declaració de desemparament comporta la separació del menor del seu entorn familiar i és l'entitat pública competent la que assumeix la tutela, procedint a la suspensió de la pàtria potestat dels seus familiars. El desemparament s'aplica quan es produeix un incompliment o un exercici impossible o inadequat dels deures de protecció establerts per les lleis. Per tant, l'abandonament del menor és un dels principis constitutius de la declaració de desemparament, però no l'únic.
- Es produeix la regulació jurídica de l'adopció (nacional) i s'incorpora la figura de l'acolliment familiar.
- S'estableix la supervisió de tota l'actuació de l'Administració pública per part del ministeri fiscal, el qual es configura com a eix vertebrador de la protecció sociojurídica dels menors d'edat, en tots els seus vessants.

Arran d'aquesta llei, i de la descentralització i el traspàs de competències a les comunitats autònomes derivades del text constitucional, va sorgir la necessitat, a gairebé totes les comunitats, d'establir normes que regulessin els procediments i l'organització dels diferents recursos al servei de la protecció infantil.

L'any 2006, es va crear una taula al Senat específicament per a l'estudi sobre l'adopció i els temes afins, que va estar treballant durant gairebé vuit anys. Hi van intervenir, a més de juristes, professionals de diversos àmbits relacionats amb els menors: metges, acadèmics, mestres, clínics, tècnics de l'Administració, referents d'associacions i institucions especialitzades, etc. Això va suposar, per primera vegada, un intent perquè els aspectes educatius, els psicològics o els socials s'integressin en la redacció dels textos legals<sup>3</sup>. El resultat d'aquest llarg procés van ser dues lleis modernes i actualitzades: Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, i Llei 26/2015, de 28 de juliol. Aquestes lleis plantegen modificacions importants en el sistema de protecció a la infància:

- Es dona prioritat al fet que el nen o nena adolescent desenvolupi la seva vida en un entorn familiar adequat i lliure de violència. En els casos de maltractament infantil lleu o risc de maltractament, els serveis socials hauran de valorar com a primera opció el manteniment del menor en la

<sup>(3)</sup>Al lloc web del Senat, es pot consultar una còpia de totes les compareixences.

seva família, recolzant i acompanyant els pares en la seva criança, de manera que puguin proporcionar als seus fills una cura adequada.

- La separació del nen del seu entorn familiar només s'haurà de proposar quan es constati la impossibilitat dels pares o cuidadors d'assegurar la protecció i el benestar del menor. En casos de separació, s'haurà de treballar amb la finalitat prioritària de la reunificació familiar.
- Quan un nen o nena menor de dotze anys sigui separat de forma temporal o estable de la seva família, l'alternativa idònia és l'acolliment en una altra família (en acolliment simple si la separació és temporal, i en acolliment permanent o preadoptiu si la separació és sense perspectives de retorn).
- Només de manera excepcional, les propostes de separació relatives als nens i nenes menors de dotze anys hauran d'incloure un acolliment residencial.
- Es prioritza l'estabilitat del menor. Això implica afavorir mesures per a promoure la integració efectiva i el desenvolupament del menor en la societat, i també minimitzar els riscos que qualsevol canvi de context de vida pugui ocasionar en la seva personalitat i desenvolupament futur.

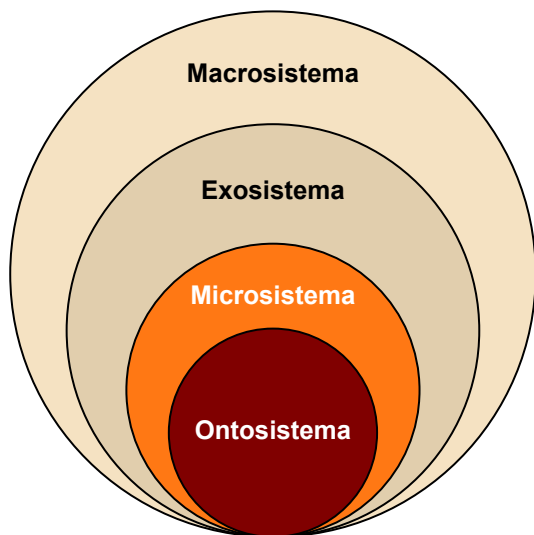
Podríem dir que la legislació actual, en matèria d'acolliment de menors, advoca per mesures preventives per a evitar la separació dels nens de les seves famílies. Això implica desenvolupar intervencions complexes que permetin la permanència del menor a la seva família d'origen (programes de suport familiar, per exemple), intervencions que permetin detectar situacions de risc més eficaçment (sistemes de detecció), establir protocols adequats de retorn, quan sigui possible, i intervencions que prioritzin un acolliment familiar enfront d'un acolliment residencial, en els casos en què fos impossible la convivència amb la família biològica. Per a dur a terme totes aquestes accions, es requereix una llista complexa de recursos materials i socials, i també un augment molt significatiu de les funcions i responsabilitats que els tècnics i professionals vinculats amb el sistema de protecció infantil han de dur a terme.

## 2. Un model explicatiu del maltractament infantil

Hi ha evidència suficient per a acceptar que el maltractament infantil no és un fet, un esdeveniment aïllat, sinó que es tracta d'un procés que és determinat per la interacció de diversos factors. L'anàlisi de tots aquests factors que predisposen a la violència en l'àmbit familiar excedeix els objectius d'aquest mòdul. No obstant això, ens sembla important destacar la necessitat d'utilitzar un model explicatiu ecològic i multifactorial, que amplii la mirada i ens ajudi a reduir el risc d'assignar tota la responsabilitat de l'origen de la violència a la família.

Els models ecosistèmics permeten integrar múltiples aspectes per a explicar els comportaments humans complexos. Quan s'analitzen els abusos en una família des d'una perspectiva ecològica, hem de posar l'èmfasi en les característiques individuals dels protagonistes, la interacció amb el context social i el medi ambient cultural i històric<sup>4</sup>. Els diferents factors implicats en l'emergència del fenomen de maltractament es poden organitzar en diferents nivells d'actuació:

Figura 1. Nivells d'anàlisi des d'una perspectiva ecològica



- **Factors del macrosistema.** Són els aspectes que faciliten la violència cap als nens com a resultat de l'organització econòmica, social i cultural. Les desigualtats socials, la desocupació i els estereotips consumistes suposen situacions generadores de tensió, que poden desestabilitzar les capacitats del sistema familiar. També influeix el conjunt de representacions que permeten, a qui abusa o maltracta, justificar o mistificar l'abús de poder i la violència sobre els nens.

<sup>(4)</sup>Recomanem aprofundir en el model desenvolupat per Belsky (1980) o el proposat per Jorge Barudy (1999), que representen anàlisis molt completes per a l'estudi del maltractament infantil des d'una perspectiva ecològica. Els models ecosistèmics enriqueixen la perspectiva biopsicosocial, ja que concep la relació de l'individu amb el seu entorn d'una manera complexa, en què l'ambient és un conjunt d'estructures seriades que poden ser descrites i analitzades.

- **Factors de l'exosistema.** Els constitueixen les relacions que l'individu duu a terme en el seu entorn més immediat (barri, escola). En aquest nivell, la precarietat, l'aïllament del barri, unes condicions difícils per a l'accés a la salut, una educació de mala qualitat o la fragilitat o ruptura de les xarxes socials de suport són situacions que poden generar condicions propícies perquè el maltractament es perpetui.
  
- **Microsistema.** Correspon a les característiques del context familiar en què es produeixen les interaccions mare-pare-fill, i que inclouen, entre d'altres, els estils de criança, les creences i els valors familiars, la història personal dels pares, etc. En aquest àmbit, també s'analitzen les competències i els recursos del sistema familiar per a fer front a les adversitats externes o internes. Des d'aquesta perspectiva, Jorge Barudy (1998) distingeix dues situacions en què hi ha risc de maltractament cap al nen:
  - Les situacions de maltractament que deriven d'una crisi en el cicle familiar. Determinats esdeveniments poden provocar una fallada dels mecanismes naturals per a controlar l'estrès intrafamiliar i donar lloc a comportaments de maltractament amb els nens. Sovint, són famílies que en el passat han estat capaces d'assegurar el benestar de tots els seus membres. En aquests casos, els adults, amb suport extern, poden gestionar i reconduir l'impacte de la crisi. Són conscients de la situació de crisi, mantenen la capacitat d'autocrítica, assumeixen la responsabilitat dels comportaments inadequats i poden reconèixer el patiment dels nens.
  - El maltractament dels nens com a resultat d'una alteració crònica de les competències parentals. Es tracta de famílies en què els adults tenen tendència a repetir comportaments abusius i violents que ells mateixos han patit. D'aquesta manera, els pares violents que van ser nens exposats a maltractaments sense protecció i sense possibilitat de reparació podran maltractar els seus fills, disminuint en aquests les oportunitats d'adquirir les competències de parentalitat adequades. Ocorre el que es coneix com la transmissió transgeneracional del maltractament infantil.
  
- **Factors de l'ontosistema.** Alguns autors també inclouen factors que depenen del nen i que poden ser desencadenants d'una situació d'estrès intrafamiliar. Això no significa que la culpa del que succeeix és del nen, sinó que algun dels seus comportaments, o el seu estat de salut, poden alterar el sistema familiar de tal manera que contribueixin a la producció d'una crisi. Aquest pot ser el cas dels bebès que neixen amb algun hàndicap o que presenten problemes de salut o mostren un temperament més difícil.

El model ecològic permet ordenar les anàlisis i facilitar les reflexions, encara que no podem oblidar que la realitat és molt més complexa i els diferents factors estan interrelacionats i s'afecten uns als altres. Per exemple, la crisi de valors socioculturals actual, definida per la cerca del benestar individual i el plaure a qualsevol preu, i també la desestructuració de la família com a unitat

social de suport primària, provoquen una fragilitat dels vincles i de les xarxes socials de suport, la qual cosa, al seu torn, pot derivar en unes condicions d'aïllament propícies perquè el maltractament es mantingui en el temps.

És important insistir en la idea que no hi ha una família maltractadora típica, sinó més aviat una multiplicitat de factors de risc que en un moment donat de la història generaran el fenomen dels maltractaments.

Tot l'ecosistema que envolta el desenvolupament del nen pot afavorir l'aparició dels bons tractes o els maltractament en la infància, depenent de la interacció que es doni entre els diferents sistemes que han de nodrir, protegir, socialitzar i educar.

### 3. Conseqüències del maltractament intrafamiliar en els nens

El maltractament infantil en el si de la família presenta una sèrie de característiques especials que el converteixen en una realitat especialment complexa i nociva<sup>5</sup>. Cal destacar tres aspectes fonamentals:

- Encara que el maltractament intrafamiliar es pot referir a un episodi únic i aïllat, el més freqüent és que el nen creixi en un context d'estrès tòxic cronificat, marcat per la successió d'esdeveniments estressants que es repeteixen de manera sostinguda en el temps. La conseqüència d'aquesta exposició perllongada és un esgotament total o parcial dels recursos naturals del nen per a fer front a les adversitats, la qual cosa afectarà de forma inevitable el desenvolupament de les seves capacitats afectives, cognitives, conductuals i relacionals.
- El maltractament es produeix en el marc d'una relació afectiva significativa en què els pares, que haurien de ser la font de la cura, protecció i seguretat, són, per contra, font de dolor i temor del nen. Això provoca una situació paradoxal, molt difícil de resoldre per a la ment d'un nen. La conseqüència més greu resideix en el fet que, per a la ment humana, resulta molt difícil gestionar i integrar allò que un no pot dotar d'explicació o significat.
- Sovint, les experiències d'abús i negligència formen part de dinàmiques familiars instaurades i presents, fins i tot, abans del naixement del nen. Es tracta de «maneres de vida» altament tòxiques que modelen la forma en què el cervell i el sistema nerviós dels nens es desenvolupen i maduren. Sabem que les carícies, els petons, les olors, el bressoleig, els jocs, l'estructura, els límits, etc. aporten els nutrients necessaris perquè el sistema nerviós del noutat creixi adequadament, sobretot durant els primers anys. No ens hauria de sorprendre, per tant, que el sistema nerviós en contextos de maltractaments no es desenvolupi de manera adequada. El maltractament a una edat primerenca pot tenir conseqüències neurològiques greus, que no sempre es poden recuperar.

És important conèixer les característiques especials del desenvolupament neurològic humà per a reconèixer i comprendre les dificultats que observem en els nens afectats. Resumirem les principals:

- Comença aviat. Una gran porció del creixement cerebral té lloc abans del naixement del nen i les estructures fonamentals del sistema nerviós es desenvolupen aproximadament en el primer trimestre de l'embaràs, ja que té un desenvolupament molt prematur. El sistema nerviós d'un bebè és una àrea especialment sensible a les influències ambientals. Per això, el consum d'alcohol o tabac, i una nutrició deficitària durant l'embaràs, per exemple,

<sup>(5)</sup>Amb l'objectiu d'abordar l'impacte diferencial d'aquest tipus de processos traumàtics, alguns autors defensen l'ús de diagnòstics clínics adaptats, com ara el TEPT complex (trastorn d'estrès posttraumàtic) proposat per Judith Herman el 1992, o el recent trastorn per estrès extrem (DESNOS; *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*), proposat per Van der Kolok i el seu equip (2005). La inclusió en el DSM-V d'aquesta classificació diagnòstica ha estat parcial i actualment està subjecta a un intens debat entre els experts.

#### Contingut complementari

No hi ha pitjor agressió que la produïda dins la mateixa família, perquè són situacions:

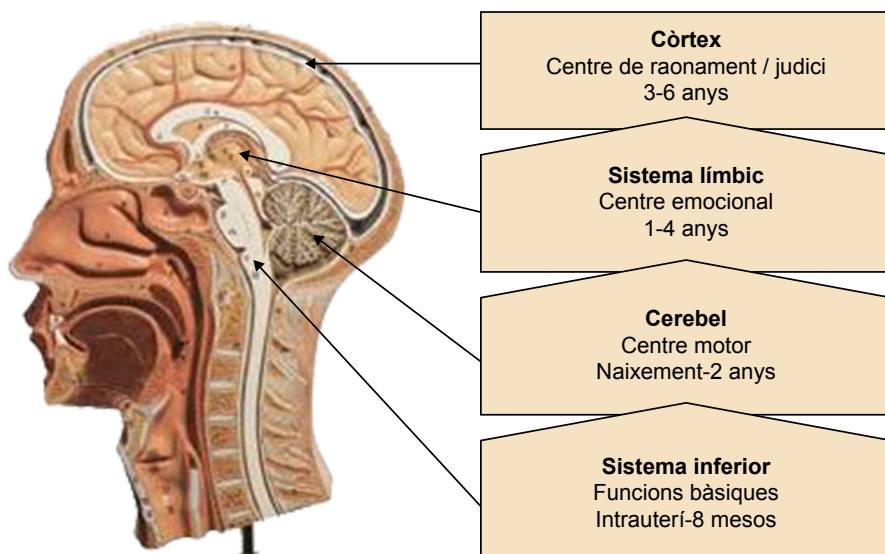
- Cròniques i repetitives.
- Produïdes per adults significatius.
- Esgoten els recursos naturals per a calmar els dolors i l'estrès.
- Pel seu contingut, són difícils d'elaborar i integrar.

(Barudy, 1998)

són factors d'alt risc que tenen la capacitat d'afectar el desenvolupament neurològic del bebè, fins i tot, molt abans que hagi nascut.

- Es produeix per intervals. La ciència ja va demostrar que hi ha determinats períodes crítics en el desenvolupament infantil, en què és particularment important l'estimulació externa per al desenvolupament d'habilitats específiques. Per exemple, es coneix que la finestra d'oportunitat per a l'adquisició del llenguatge verbal es produeix més fàcilment entre el naixement i els tres anys, mentre que el període sensible per a l'adquisició d'un segon idioma s'amplia fins als deu anys. Quan un sistema nerviós ha rebut contextos de bons tractes, és capaç de desenvolupar un gran nombre d'habilitats.
- Presenta un desenvolupament jeràrquic i interdependent. Això significa que si una de les estructures inferiors és immadura, els nivells superiors es veuran afectats, tant en el moment de l'aparició de les seves funcions com en la qualitat d'aquestes. Per a explicar aquest procés, utilitzarem la teoria del cervell triun del Dr. McLean, qui interpreta el cervell com un sistema format per tres subsistemes en nivells interdependents. D'acord amb aquesta teoria, les àrees que sovint es denominen subcorticals, cervell reptilià i sistema límbic, s'organitzen i desenvolupen més primerencament que les àrees neocorticals: lòbuls prefrontals i l'escorça superior.

Figura 2. Desenvolupament de les àrees principals del cervell triun



- **Cervell reptilià.** És el responsable de la conducta automàtica o programada (reflexos primaris). La seva funció és bàsicament la d'actuar quan l'organisme ho requereix. A més, és responsable d'organitzar i madurar els ritmes biològics bàsics, com ara la temperatura corporal, l'apetit, els cicles del son i vigília.
- **Sistema límbic.** La funció principal de les seves estructures és la de regular els sentiments, la regulació endocrina i els estats de plaure i dolor. Actua com a centre de base del cervell, ja que tota la informació que penetra a

L'organisme és supervisada i controlada per aquest sistema, que decideix quines parts s'activen, amb quina intensitat i freqüència.

- **Lòbuls prefrontals i neocòrtex.** Aquesta regió és responsable dels processos cognitius superiors, com ara l'anàlisi i síntesi de la informació, l'ús del raonament analític, del pensament crític i creatiu i de la generació o resolució de problemes.

Igual que ocorre amb un cos sa, el nostre cervell no pot rendir al màxim tret que les seves diferents parts treballin conjuntament. Per tant, la clau per a progressar és facilitar que aquestes parts treballin bé de manera conjunta, a integrar-les. Els pares poden modelar directament el creixement continu del cervell i facilitar la integració de les diferents parts segons les experiències que li ofereixin. Quan aquestes parts diferents col·laboren, es creen i reforcen les fibres integradores que uneixen les diferents parts del cervell. Per contra, com més d'hora es produeixen les conductes negligents, violentes o de maltractaments, majors dificultats tindran els nens per a l'adquisició de les capacitats complexes posteriors (Glaser, 2014; Hodel *et al.*, 2015).

El desenvolupament de cada nen és únic i és el resultat d'interaccions complexes entre els components genètics i les experiències provinents de l'entorn del nen que modulen el creixement i la maduració del cervell. Mentre que els bons tractes infantils asseguren la maduració, l'organització i el funcionament adequat del cervell i del sistema nerviós, el contrari també aplica. L'estrès provocat pels contextos de negligència, violència o abús pot provocar un canvi en l'estructura i el funcionament del cervell i, fins i tot, pot arribar a detenir el desenvolupament. Les manifestacions més freqüents d'aquestes alteracions, que s'observen en els nens que han estat exposats a contextos de mancances i violents en l'àmbit familiar, es podrien resumir en: **trastorns del desenvolupament, alteracions de l'ordre traumàtic i trastorns de l'aferrament.**

**Trastorns del desenvolupament:** tenint una base sòlida de coneixement sobre el desenvolupament d'un nen, podrem constatar en gran part quin grau de dany pot presentar un nen víctima de maltractaments.

- Alteracions en el desenvolupament físic. Sovint es poden observar alteracions somàtiques (per exemple, èczemes, psoriasis, asma, pell atòpica) com a resultat de l'exposició perllongada a un grau elevat d'estrès. L'abandonament físic i la manca d'una estimulació afectiva adequada poden ocasionar una deficiència de l'hormona del creixement, fins i tot, en presència d'una dieta adequada. En alguns àmbits es coneix com a «nanisme psicosocial» i provoca que nens que tenen una edat cronològica de vuit anys mostrin una alçada i un pes propis de nens de cinc anys. En ambients emocionalment adequats, l'hormona del creixement pot tornar als seus nivells normals.
- Alteracions en el desenvolupament emocional. Com hem vist, durant els primers mesos de vida l'exposició a l'estrès traumàtic afecta sobretot el desenvolupament del sistema límbic (cervell emocional). Els nens que han

**Per a aprofundir en les conseqüències del maltractament infantil, recomanem la lectura:**

Manual II: la detección, el diagnóstico y el acompañamiento de los niños y niñas expuestos a violencia de género. A J. Barudy y M. Dantagnan (2012). *Violencia: Tolerancia 0. Prevención y apoyo psicosocial en niños y niñas expuestos a violencia de género*, 47-85. Barcelona: Obra Social la Caixa.



rebut una estimulació alterada o tòxica durant els primers anys poden presentar dificultats per a reconèixer estats interns emocionals, per a desxifrar adequadament les emocions alienes i també tolerar vivències emocionals intenses com ara la ràbia o la por. Això suposa greus problemes en l'autoregulació, la capacitat per a calmar-se davant situacions d'estrès, una baixa tolerància a la frustració i dificultats en l'expressió verbal del seu món intern, entre d'altres coses. Davant una situació d'estrès mínima, un nen de 14 anys pot reaccionar en l'àmbit afectiu com ho faria amb 1 o 2 anys.

- Alteració en el desenvolupament cognitiu. L'afectació de les capacitats cognitives i de comprensió ha de ser considerada des d'una perspectiva més àmplia i no exclusivament mitjançant el criteri d'adquisició de coneixements. La majoria dels nens víctimes de maltractament no presenten cap problema d'intel·ligència, però sí en la capacitat per a utilitzar els seus recursos cognitius. Aquests nens poden mostrar un desenvolupament alterat en algunes capacitats bàsiques d'aprenentatge, com són la resposta d'inhibició, el control emocional, l'atenció sostinguda o la capacitat d'abstracció, a més de, sovint, nivells més immadurs del que els correspondria a la seva edat cronològica. Les diferències amb el nen normal són poc notables durant els primers anys, però a l'inici de l'escolaritat, els cuidadors comencen a apreciar les diferències existents. S'observa una disminució de la comprensió, una capacitat menor per a raonar hipotèticament, per a manejar diferents perspectives d'una mateixa situació o per a comprendre els motius propis i dels altres.
- Alteracions en el desenvolupament social. La immaduresa mostrada a les àrees emocionals i cognitives anteriorment descrites (com ara les dificultats d'autocontrol, pobresa emocional, manca d'autocrítica, baixa tolerància a la frustració) sol provocar en els nens afectats serioses dificultats per a desenvolupar i mantenir relacions constructives entre iguals, la qual cosa ocasiona el seu aïllament, marginalització o exclusió dels cercles socials.
- Alteracions en el desenvolupament moral. L'honestedat, la confiança i la responsabilitat social són un assoliment evolutiu. La capacitat per a diferenciar el correcte de l'errat depèn en gran manera de l'adequat desenvolupament d'altres capacitats més bàsiques, com ara l'empatia, l'autoregulació o el control d'impulsos. Els nens víctimes de maltractaments poden presentar codis amorals apresos en contextos abusius (Barudy i Dantagnan, 2009). Fruit d'aquest desenvolupament moral inadequat és la manca de remordiment enfront del dolor provocat a un altre, la dificultat de veure el grau de dany provocat, la mentida com a forma de relació, l'absència del sentiment de culpa i irresponsabilitat del seu comportament social.
- Alteracions en el desenvolupament sexual. La sexualització traumàtica es refereix al procés mitjançant el qual la sexualitat del nen es va modelant de manera inadequada per a la seva edat. És important tenir en compte que la presència d'indicadors de sexualització traumàtica no significa necessàriament que el nen hagi patit un abús sexual. Tampoc l'absència de simptomatologia no ha d'incloure el professional a descartar els abusos. L'alteració

en la sexualitat requereix una avaluació completa i comprensiva, que integri criteris adequats al desenvolupament maduratiu del nen.

Taula 1. Indicadors de sexualització traumàtica

Indicadors de sexualització traumàtica	
En nens i nenes <10 anys:	En nens, nenes i adolescents >10 anys
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaracions que indiquen un coneixement sexual precoç, que usualment ocorren de manera inadvertida o espontània.</li> <li>• Dibuixos sexualment explícits.</li> <li>• Interacció sexualitzada amb altres persones: agressions sexuals a un nen o nena menor, o activitat sexual amb iguals.</li> <li>• Activitat sexual amb animals o joguines.</li> <li>• Masturbació excessiva: fins a fer-se mal, nombroses vegades al dia, no pot detenir-se, insereix objectes a la vagina o a l'anus, fa sons i gemega mentre es masturba.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promiscuïtat sexual.</li> <li>• Indicadors gràfics: cos sense la meitat inferior, desorganització de les parts del cos, etc.</li> <li>• Confusió sobre les normes sexuals.</li> <li>• Confusió entre sexe i amor, donar cures i rebre cures.</li> <li>• Associació negativa a l'excitació o temes sexuals.</li> <li>• Sensació d'estar afectat / ser dolent.</li> <li>• Sexualitat indiscriminada (manca de sensibilitat davant els límits privats).</li> </ul>

Adaptació de la *Guía clínica. Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual*. Ministeri de Salut de Xile. Fons de les Nacions Unides per a la Infància, UNICEF.

**Trastorns d'ordre traumàtic:** quan les experiències traumàtiques i les necessitats interpersonals insatisfetes es mantenen de manera persistent i durant períodes crucials del desenvolupament, poden produir bloquejos en la capacitat del sistema de processament adaptatiu de la informació en tal grau que l'organisme sigui incapaç de resoldre i integrar els successos viscuts.

- Alteració dels sistemes de regulació de l'estrès i capacitat d'enfrontament. Les situacions amenaçadores causen una redistribució dels recursos i l'energia física, que estan presents en l'estat normal d'equilibri: tot el cos es prepara per a enfrontar l'amenaça. No obstant això, quan aquesta pressió es manté i l'estrès no disminueix, el context passa a ser tòxic i les persones comencem a experimentar una sensació de forta incomoditat amb reaccions corporals que són viscudes com una amenaça vital. La vivència emocional és principalment de por, ansietat, angouxa, pànic, acompanyada d'una sensació d'impotència i pèrdua de control. Si continua l'estressor, s'arriba a un estat d'esgotament, amb possibles alteracions funcionals o orgàniques<sup>6</sup>. Aquestes reaccions i els mecanismes de defensa que les acompanyen expliquen gran part dels símptomes associats amb la síndrome d'estrès posttraumàtic.

<sup>(6)</sup>Recomanem visionar el vídeo sobre fisiologia de l'estrès. Aporta els fonaments bàsics d'una manera senzilla. Es pot utilitzar com a material psicoeducatiu amb alguns nens grans [https://www.youtube.com/watch?v=\\_wpkbsvbbuk](https://www.youtube.com/watch?v=_wpkbsvbbuk)

Taula 2. Simptomatologia de l'estrès posttraumàtic en nens petits

### El trastorn de l'estrès posttraumàtic en nens

La **reexperimentació** en els nens s'expressa en records recurrents i intensos. En ocasions, es tracta d'una imatge o jocs repetitius en què es pot arribar a reproduir de manera directa o indirecta la vivència traumàtica. Són freqüents els malsons en què es repeteix el record o aspectes més o menys encoberts d'aquests, com ara la mort, monstres i catàstrofes. No són freqüents els *flash-back*, encara que sí que s'observen períodes de somieig diürn en què el nen sembla traslladar-se a espais o moments relacionats amb la vivència difícil. Aquesta simptomatologia es pot desenvolupar després d'un període de latència de mesos o, fins i tot, anys.

En relació amb els símptomes d'**evitació**, els esforços del nen per a evitar els pensaments i els sentiments relacionats amb esdeveniments traumàtics tendeixen a manifestar-se per mitjà de la pèrdua d'habilitats recentment adquirides, regressions, temor a la foscor, evitar conversar del succés, eludir activitats en què aflori el record i una amnèsia parcial o total, amb alteracions en la memrització i seqüència dels fets.

El **retraïment afectiu** o anestèsia emocional s'expressen en una disminució en els interessos, inhibició conductual, aïllament, disminució de la capacitat per a sentir emocions i, especialment, les associades a la intimitat o afectes positius, i també una sensació d'un futur desolador.

Els símptomes d'**hiperarousal** es manifesten en dificultats per a agafar el son i mantenir-lo, hipervigilància, facilitació de la resposta de sobresalt, irritabilitat, dificultats de concentració o per a acabar una tasca. Hi ha canvis en relació amb el maneig de l'agressivitat. En els casos més lleus, s'observa una major irritabilitat o temor a perdre el control i, en els més greus, explosions impredecibles o incapacitat per a expressar els sentiments de ràbia. Aquests dèficits solen desconcertar a qui els viu (i a qui els vol entendre), i es poden malinterpretar com a depressió, resistència o actitud passiva-agressiva.

- **Trastorns dissociatius.** Hi ha una connexió íntima documentada entre el trauma, la dissociació i la somatització, compartint la dificultat per a la integració de l'experiència subjectiva. Com a conseqüència de contextos de criança altament violents i tòxics, o per contra, mancats de tota estimulació, els nens poden presentar una gran varietat de símptomes dissociatius que reflecteixen una manca d'integració de l'experiència:

Taula 3. Síntomes de dissociació en nens

### Síntomes dissociatius en nens

Consciència inconscient: fugides o manca d'atenció, estats de tràngol.

Amnèsies autobiogràfiques i fluctuacions en l'accés al coneixement que pot presentar la inconsistència en els processos de memòria.

Estats d'ànim i comportaments fluctuants, incloent episodis de ràbia i regressions, que poden reflectir dificultats en l'autoregulació.

La creença del nen de ser distint o de tenir amics companys imaginaris que controlen el seu comportament, pot reflectir la interrupció en el desenvolupament d'un jo integrat.

La despersonalització i desrealització poden reflectir un sentiment subjectiu de la dissociació de la sensació normal del cos i de la percepció o sentit de si mateix.

Adaptació del llibre de Sandra Baita (2015). *El rompecabezas: una guía introductoria al trauma y la disociación en la infancia*.

- **Alteració de la visió del món i d'un mateix.** L'exposició a explicacions menyspreadores, violentes o denigrants per part de les figures de referència afavoreix el desenvolupament en els nens de sentiments d'inferioritat, no adequació i poc valor. En un primer moment, el nen pot atribuir l'ocurrència del maltractament a causes externes, com per exemple pensar que el seu progenitor estava de mal humor o tenia un mal dia. Això, en certa manera, l'ajuda a mantenir un sentit d'esperança que el maltractament no tornarà a ocórrer: «Pot ser que demà el meu pare/mare ja no estigui de mal humor». No obstant això, si el maltractament és crònic i generalitzat, aquestes atribucions seran contínuament qüestionades per una realitat contrària. Quan això ocorre, el nen comença a desenvolupar atribucions autoreferencials per a explicar l'ocurrència del maltractament: «Hi ha d'haver alguna cosa dolenta en mi que està provocant que el meu pare faci el que fa». Com més s'està exposat a aquestes explicacions, més probabilitats hi ha que es cristal·litzi en una representació negativa de si mateix (Kolko i Feiring, 2002). Els nens poden concloure, entre d'altres coses, que hi ha un aspecte «dolent» inherent a la seva identitat, que justifica la seva poca vàlua personal i l'absència de cura i protecció davant les seves necessitats. A causa de la naturalesa de la violència intrafamiliar, aquestes creences s'instal·len des de l'«origen» (mental i constitucional) de la persona, per la qual cosa poden ser més poc inclinades al canvi i persistir durant anys, influint de manera determinant en la visió que l'adolescent, i posteriorment adult, té sobre si mateix, les relacions amb els altres o el món.

**Trastorns de l'aferrament:** una de les conseqüències més greus dels maltractaments intrafamiliars són els trastorns de l'aferrament (Barudy, 1998). És important comprendre la importància de l'aferrament en el desenvolupament humà, tant físic com emocional.

Els éssers humans naixem immadurs i, en els primers anys, la nostra vida i desenvolupament depenen de les capacitats dels nostres pares o d'altres cuidadors adults. La naturalesa ha dotat l'ésser humà amb la clau per a la seva supervivència física i emocional: una predisposició biològica (complexa), un instint de base, per a buscar i mantenir la proximitat d'una figura més forta. Nombrosos autors, des de Bowlby (1969), han destacat la necessitat evolutiva de l'aferrament i han reconegut l'habilitat dels bebès per a monitoritzar constantment l'accés a les figures d'aferrament i per a mantenir un grau de proximitat raonable, fins i tot en situacions relativament no amenaçadores. El nou-nat, mitjançant conductes d'assenyalament, seguiment visual, la capacitat de contacte ocular, el plor, el somriure, els crits, etc., és capaç de manifestar les seves necessitats i requerir la presència física d'una figura adulta protectora.

La qualitat de la relació d'aferrament dependrà tant dels recursos per a la cerca de la proximitat del nen, com de les respostes ofertes per la figura de referència. En termes generals, diem que s'ha format un vincle d'aferrament segur si el bebè aconsegueix la protecció i se sent segur i amb la tranquil·litat neces-

sària davant les seves demandes. L'aferrament és disfuncional o insegur si no s'aconsegueix. Es coneix que els primers vincles d'aferrament es conformen de manera molt primerenca, aproximadament als set mesos de vida, i només es generen cap a una o unes quantes persones. En general, és el bebè qui selecciona la seva figura d'aferrament principal, a partir de les interaccions contingents i freqüents en el temps.

En contextos de bon tracte, els dos membres de la díada (figura d'aferrament-bebè) aprenen a cocrear sistemes sintonitzats i amb responsivitat contingent, que regulen l'estat d'alerta del bebè. En aquesta relació, el cuidador no solament calma els estats d'excitació negatius, sinó que ha de ser capaç de fer ressonar i amplificar els estats positius. Podem dir que l'aferrament segur és una bona garantia per al desenvolupament d'una autoregulació adequada, és a dir, la capacitat dels nens per a regular un rang variat d'emocions.

La sensació de seguretat i consol que ens aporta una persona en particular (figura d'aferrament) és la clau que permet identificar un vincle d'aferrament enfront de la resta de vincles afectius.

Els nens faran tot el necessari per a aferrar-se a les seves figures de referència, malgrat les conseqüències negatives que això pugui suposar per al seu desenvolupament. Els vincles d'aferrament sorgeixen tant com a producte de les interaccions amb els adults que responen amb sensibilitat i cura, com amb els adults amb conductes negligents, de maltractament o violentes. En contextos de negligència i maltractament crònic, segons l'estil i grau d'incompetència que els pares presentin amb el nen, aquest desenvoluparà unes conductes per a sobreviure a aquesta experiència adversa. Atesa la intensitat de la predisposició biològica només a formar vincles d'aferrament en circumstàncies extremadament anòmales, un nen romandria no aferrat.

La classificació dels estils d'aferrament que coneixem avui parteix dels estudis de Mary Ainsworth, i els treballs posteriors de Mary Main i Judith Solomon. En aquest apartat<sup>7</sup> ens detindrem únicament en la descripció dels elements diagnòstics bàsics dels tres tipus d'estils d'aferrament disfuncionals:

Els trastorns de l'aferrament, o d'aferrament disfuncional, no són malalties. Responen al desenvolupament de conductes adaptatives dels bebès davant entorns hostils, per a intentar mantenir la proximitat de les figures d'aferrament.

- **Trastorns d'aferrament evitatiu.** Són freqüents en contextos de violència física i psicològica. L'adult mostra un comportament caracteritzat per una manca de sensibilitat davant les necessitats i demandes del nen, que s'expressa per una absència de resposta o rebuig. El nen utilit-

<sup>(7)</sup>A causa de la complexitat i importància dels trastorns de l'aferrament, recomanem la lectura detallada del capítol VIII del llibre de Barudy i Dantagnan (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. En aquest fantàstic capítol, es dedica una secció completa a la descripció de l'ontogènesi, els criteris de detecció, les manifestacions segons l'edat i l'abordatge terapèutic dels trastorns de l'aferrament.

za com a mecanisme d'autoprotecció evitar o inhibir tant la seva conducta d'aferrament com l'expressió dels seus afectes. Aquesta estratègia li permetrà assegurar el màxim de disponibilitat de la seva cuidadora, amb la mínima quota de rebot i d'angoixa possible (Barudy i Dantagnan, 2009). L'evitació de l'experiència emocional provoca, entre altres limitacions, majors dificultats per a identificar i controlar els estats emocionals intensos com ara la ràbia o la por. Els nens mostren menys recursos per a manejar adequadament les situacions d'estrès, ja que la introspecció, la percepció, la reflexió i altres funcions cognitives estan alterades o danyades a causa d'una estimulació emocional poc sintonitzada. Sembla que en mostres normatives, el 15% dels nens desenvolupen un estil d'aferrament evitatiu. Aquest percentatge s'incrementa fins a un 23% en població de nens víctimes de maltractaments (Van Ijzendoorn, 1999).

- **Trastorns d'aferrament ansiós-ambivalent.** Es produeixen amb gran freqüència en contextos de negligència física i afectiva. En aquests casos, l'adult cuidador respon en ocasions de manera adequada a les necessitats i senyals del nen, mentre que en unes altres ho fa de forma inadequada. Mostra, per tant, una sensibilitat incoherent i una manca de consistència, sovint provocades per una dificultat d'autoregulació emocional del mateix adult. Això provoca que els nens siguin incapaços de fer prediccions i d'organitzar la seva conducta sobre les expectatives de la resposta del seu cuidador. Aquest estil de cura i protecció generarà al bebè una sensació d'abandonament, de solitud i impotència, que li provocarà una intensa ansietat. La manera de bregar amb aquest estil inconsistent de guarda serà augmentar les seves conductes d'aferrament, és a dir, insistir en les seves demandes, les seves crides d'atenció i cura, com ara: plorar, cridar, fer demandes constants, copejar, etc. En aquests contextos, els nens mostren uns nivells d'ansietat i ràbia molt elevats, juntament amb la sensació de no sentir-se susceptibles de ser estimats. En mostres normatives, el 9% dels nens presenten un estil ansiós ambivalent, mentre que en nens víctimes de maltractaments el percentatge s'estima en un 20% (Van Ijzendoorn, Schuelgen i Bakermans-Kranenburg, 1999).
- **Trastorns d'aferrament desorganitzat.** Es produeixen amb gran freqüència en contextos caòtics i violents. Les mares o pares han patit pèrdues de persones significatives o han viscut processos traumàtics severos (maltractaments en la infància, negligència, abús sexual) i no han tingut l'oportunitat de reparar la seva pròpia afectació. L'estil parental d'aquests adults és violent, desconcertant, imprevisible i genera terror, impotència i una manca de control absoluta. El problema per a aquests nens és que estan davant una paradoxa irresoluble. D'una banda, el seu instint de supervivència els porta a buscar la proximitat i protecció de les seves figures d'aferrament, la qual cosa, al seu torn, provoca una alta ansietat i comportaments violents dels adults com a resposta. Per contra, si el nen s'allunya, sovint els cuidadors se senten provocats, rebutjats o menyspreats, i tendeixen a respondre amb hostilitat i rebuig. Per tant, ni la cerca de la proximitat, ni l'evitació o inhibició de les necessitats d'aferrament, són conductes que funcionen en aquest cas. Les estratègies d'adaptació col·lapsen

en el nen. En altres casos, s'han documentat contextos de criança caracteritzats per ser altament canviants i inestables. Els nens pateixen des del seu naixement separacions repetides, passen d'un cuidador a un altre, d'una família a una altra, o a una residència, i així de manera repetida. Aquesta «síndrome del piloteig» (Barudy, 1998) va desgastant la capacitat natural del nen per a vincular-se i confiar en els altres, i especialment amb el món adult. Aquest és l'estil d'aferrament de més alt risc i s'ha relacionat amb nombrosos trastorns conductuals i del desenvolupament en nens i adolescents. En la població normativa, el 15% dels nens presenten aquest estil d'aferrament. Aquesta freqüència s'incrementa fins al 82% en nens víctimes de maltractament greu en l'àmbit familiar (Carlson, Cicchetti, Barnett i Braunwald, 1989; Lyons-Ruth i col., 1990; Spieker i Booth, 1988).

## 4. La intervenció davant el maltractament intrafamiliar

### 4.1. Accions del sistema social i de protecció a la infància

El sistema de protecció infantil es refereix al conjunt de mesures jurídiques, socials, educatives i pedagògiques dirigides a obtenir el desenvolupament integral del menor segons la normativa legal vigent, i també el sistema de recursos materials i tècnics que té per objecte procurar la protecció del nen davant de contextos de risc o maltractament.

En la majoria de les comunitats autònomes, hi ha una especialització o distribució de les funcions dins el propi sistema de protecció infantil. Els serveis socials de base (escoles, atenció primària, policia, etc.), que depenen de les institucions locals i ajuntaments, assumeixen la responsabilitat de rebre les notificacions de sospites de maltractament infantil intrafamiliar i investigar-les. Els serveis socials de base són els encarregats de fer les avaluacions psicosocials de les famílies i intervenir en aquells casos en què es considera que la situació és de risc, però no arriba a un nivell de gravetat suficient per a dictaminar la separació del nen del seu nucli familiar.

En un nivell superior, hi ha els serveis socials especialitzats, que responen directament davant els governs autonòmics i assumeixen la intervenció en els casos de major gravetat. En cas que considerin que el menor no pot ser atès en el seu nucli familiar, es fa la declaració de desemparament i l'assumpció de la tutela per part de l'Administració, al mateix temps que es proposa una mesura de protecció que pot implicar mesures d'acolliment i adopció (acolliment familiar, acolliment residencial o adopció). També és una tasca dels serveis especialitzats la gestió de la intervenció amb el nen i l'acompanyament a la família natural des del moment en què es produeix la sortida del nen de la casa. Des del moment de l'inici de l'acolliment o de l'internament del nen, la família biològica hauria d'iniciar un treball de reconstrucció d'una situació familiar que permetés reincorporar els fills a casa en un futur més o menys proper.

En els casos en què es detecten situacions de risc greu o maltractament molt greu, en què la vida o la integritat física o psíquica del menor corre perill i es requereix la separació urgent i immediata de l'entorn familiar, s'activa el circuit d'urgència per a atendre situacions d'intervenció preferent. En aquests casos, l'Administració assumeix les funcions tutelars i s'ingressa el nen en un centre d'acolliment d'urgència, com a mesura transitòria, mentre es duu a terme l'estudi de valoració i el diagnòstic sociofamiliar i es proposen les mesures de protecció adequades.

#### Contingut complementari

A l'annex, hi ha el gràfic del funcionament del circuit del sistema de protecció a la infància a Catalunya. En l'actualitat, la majoria de les comunitats autònomes presenten circuits molt similars



Per tant, cal distingir dos nivells d'actuació dins el sistema de protecció de menors:

- 1) Les situacions de risc: quan hi ha factors a l'entorn del menor que poden generar una certa alarma, però que no són suficientment greus per a considerar el desemparament. L'actuació és fonamentalment dels serveis socials de la zona, amb l'objectiu d'eliminar aquests factors de risc i mantenir el menor en el seu entorn familiar.
- 2) Les situacions de desemparament: quan l'entitat pública (serveis especialitzats) constati que un nen està en situació de desemparament, té per ministeri de la Llei la tutela del mateix i haurà d'adoptar les mesures de protecció necessàries per a la seva guarda.

#### **4.1.1. Tipus de mesures de protecció amb nens en casos de desemparament**

**Adopció.** És una mesura de protecció que extingeix els vincles amb la família biològica i crea amb els adoptants els mateixos vincles que la filiació per naturalesa. L'adopció es constitueix per resolució judicial i sempre tindrà en compte l'interès del nen, i també la idoneïtat dels adoptants per a l'exercici de la pàtria potestat.

**Acolliment.** És la mesura que permet la integració i participació d'un menor en la vida d'una família quan no pot romandre amb els seus pares o tutors. Els acollidors assumeixen les obligacions de vetllar per aquest, tenir-lo en la seva companyia, alimentar-lo, educar-lo i procurar-li una formació integral. En l'acolliment familiar, no s'extingeixen els vincles amb la família d'origen.

- Acolliment per família extensa. És el tipus d'acolliment de preferència per part de l'Administració. Els acollidors tenen relació de parentiu per consanguinitat o per afinitat amb el nen, i han de mostrar suficient interès pel benestar del nen, tenir la capacitat de preservar el nen de les condicions que van generar la situació de desemparament i tenir una aptitud educadora adequada.
- Acolliment en família aliena. Es formalitzarà per resolució de l'entitat pública que tingui la tutela o la guarda, prèvia valoració de l'adequació de la família segons els criteris establerts (edat, aptitud educadora, situació familiar, etc.). En aquesta valoració, es tindrà en compte la disposició dels acollidors a facilitar el compliment del programa de reintegració familiar, propiciant la relació del menor amb la seva família de procedència.
- Acolliment residencial. Els nens viuen en pisos de grandària mitjana, on professionals de l'àmbit de l'educació social s'encarreguen de la seva cura i protecció. Legalment, és una mesura d'últim recurs que es va concebre com a mesura de caràcter temporal, amb la finalitat de mantenir el nen en un context protegit mentre s'activen els recursos per a obtenir una solució definitiva. La realitat és que al nostre país, per a molts nens i nenes que són

declarats en desemparament, viure en un centre residencial és la primera (i única) alternativa de cura i protecció fora de la llar biològica.

Taula 4. Tipologia d'atenció residencial i població destinatària a Catalunya l'any 2014

Tipus de centre	Definició	Població destinatària
Centre d'acolliment (CA)	Servei d'estada temporal i transitòria per a l'atenció immediata mentre es fa l'estudi diagnòstic de la situació socio-familiar del nen/adolescent.	Nens i adolescents entre 0-18 anys.
Centre residencial d'acció educativa (CRAE)	Servei d'acolliment de nens i adolescents en situació de desemparament i tutelats per l'Administració, en substitució de la família natural, durant el temps que persisteixin les dificultats socials.	Nens i adolescents entre 0-18 anys.
Centre residencial d'acció educativa intensiva (CRAEI)	Centre que acull adolescents tutelats amb problemes conductuals i d'adaptació als CRAE o a la família acollidora, i que requereixen més contenció.	Joves entre 12-18 anys.
Places residencials en centres de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials per a nens i adolescents amb discapacitat (ICASS)	Servei destinat a l'acolliment de nens i adolescents amb discapacitat, en situació de desemparament i tutelats en substitució de la família natural durant el temps que persisteixin les dificultats socials.	Nens i adolescents entre 0-18 anys amb discapacitat.
Centre de primer acolliment	Centre que atén les necessitats de la població infantil estrangera que arriba a Catalunya sense referents familiars.	Estrangers entre 0-18 anys, tutelats sense referents familiars.
Pis assistit	Recurs residencial per a joves majors tutelats i joves que han estat sota la tutela de la DGAI quan compleixen la majoria d'edat.	Joves tutelats i extutelats majors de 16 anys.

Font: adaptació pròpia de la informació obtinguda en el Departament d'Acció Social i Ciutadania (Departament d'Acció Social i Ciutadania).

#### 4.1.2. Una anàlisi (breu) sobre la situació actual dels nens i adolescents en el sistema de protecció

Necessitem sostenir una mirada àmplia sobre els desafiaments que enfronta el sistema de protecció infantil espanyol. De qualsevol altra forma, caurem en el risc de la crítica fàcil a un sistema que inverteix una quantitat d'esforços col·lectius i individuals per a garantir el benestar dels nens. Diferents recerques han posat sobre la taula la complexitat del treball que enfronten els tècnics i professionals vinculats al sistema de protecció. Per a esmentar-ne algunes:

- La valoració del risc i l'acompanyament és un repte major. Els tècnics s'enfronten a situacions familiars summament complexes i multiproblemàtiques, i la manca d'instruments estandarditzats i senzills que permetin

detectar el grau de recuperabilitat (o irreversibilitat del dany) en les seves competències parentals provoca llargs processos de valoració. L'absència de protocols legals clars davant la manca de compliment dels objectius dels pares deriva en el fet que els tècnics no puguin prendre decisions definitives que impliquin un acolliment familiar o una adopció.

- De manera congruent amb les pròpies dificultats, sovint les famílies no cooperen. Especialment en els contextos de major gravetat i amb múltiples problemàtiques, les famílies mostren dificultats per a assistir de manera regular als tractaments especialitzats que se'ls pauten (desintoxicació, programes de salut mental, etc.).
- És notòria l'alta exigència d'aquest treball especialitzat, l'estrès i el desgast emocional dels professionals en el sistema de protecció.
- Considerant el nombre de fills de les famílies que entren en el sistema de protecció, sembla evident la fallada dels mecanismes de prevenció per a detectar els casos més aviat i intervenir abans que es donin aquestes situacions de descendència tan nombrosa en condicions tan greus.
- En l'actualitat, la mesura més habitual és l'acolliment en un centre residencial (39,5%), seguida de l'acolliment en família extensa (36,0%) i l'acolliment en família aliena (14,6%). També hi ha un 6% de nens en situació d'acolliment preadoptiva, mentre que el 4% restant estan en situació de mesures provisionals o són adolescents i joves amb continuïtat assistencial.
- La societat espanyola ha patit un procés de canvis accelerats en els últims anys, que ha tingut la seva manifestació en l'aparició d'un nou perfil d'usuaris dels serveis socials i dels serveis de protecció a la infància i a les famílies.
- És el cas dels menors que ingressen als centres de protecció, en un nombre cada vegada més elevat, a petició de les seves pròpies famílies, davant situacions molt conflictives derivades de problemes de comportament agressiu, inadaptació familiar, situacions de violència filio-parental i greus dificultats per a exercir la responsabilitat parental. La seva situació psicològica i social demana solucions diferents a les que ofereixen els centres de protecció ordinaris o les seves famílies, i requereix un ingrés en centres especialitzats, previ informe sobre la seva situació social i sobre el seu estat psíquic.
- És d'esperar que, en un futur, l'acolliment residencial es destini exclusivament a aquells nens i joves, les característiques i nivell d'afectació dels quals demanin una intervenció especialitzada i un context residencial de caràcter terapèutic que no puguin ser facilitats per un acolliment familiar.
- Cal enfortir i impulsar les mesures d'acolliment familiar per a aquells nens que es puguin beneficiar d'aquestes. Espanya és el país en què s'adopten més nens estrangers, mentre que la majoria dels nens espanyols que estan en una situació de desemparament estan en institucions, quan podrien ser adoptats o acollits.

## 4.2. Intervenció terapèutica especialitzada amb nens víctimes de maltractament intrafamiliar

«La separación protege al niño pero no cura su traumatismo. Un factor de protección no es un factor de resiliencia que invite al niño a retomar un tipo de desarrollo» (Cyrulnik, 2003)

Comencem per compartir dues premisses bàsiques:

- 1) La protecció del menor en un context segur no és suficient per a garantir la reparació de les conseqüències del trauma primerenc. La reparació i la recuperació de l'afectació depèn, en gran manera, de la qualitat de l'entorn social i el context vital posterior que es faciliti als nens afectats.
- 2) «El trauma infantil es más que un diagnóstico». Aquesta afirmació correspon al psicòleg americà Dave Ziegel, referent en el treball amb nens afectats per un trauma primerenc. Si analitzem amb deteniment els diagnòstics que es recullen en el DSM, ens adonarem que aquestes etiquetes diagnòstiques assenyalen la presència de determinats símptomes associats a una problemàtica o dificultat. Per exemple, podríem dir que el trastorn oposicionista desafiador ens indica el que el nen fa però no ens dona informació de per què a aquest nen li passa el que li passa o per què ha desenvolupat aquesta conducta determinada. Convé no oblidar que una experiència traumàtica és una experiència que et canvia la vida. Com a conseqüència d'un o més esdeveniments traumàtics, el desenvolupament d'una persona sana es pot veure alterat o, fins i tot, detingut, a més de provocar adaptacions de supervivència poc saludables. Per tant, el trauma, més que un diagnòstic, és una experiència interna profunda que provoca un funcionament especial de la cognició, les emocions, la reaccions fisiològiques i els comportaments. Per a més complicació, el trauma no pot ser mesurat fàcilment. L'experiència clínica ens mostra contínuament com una mateixa experiència traumàtica (pensem per exemple en un accident greu de tràfic) té un impacte diferent depenent de la persona. No hi ha dos individus que experimentin el trauma de la mateixa forma, perquè l'impacte de l'experiència traumàtica depèn no tant de les característiques objectives (la durada, la freqüència, la intensitat, etc.) de l'esdeveniment nociu sinó, especialment, del significat que hagi tingut aquesta experiència per a la persona. El trauma és una experiència interna complexa, que deriva com a conseqüència d'un estímul agressiu extern que supera la capacitat de la persona per a processar i integrar l'experiència. Durant la nostra pràctica, hem pogut observar com, per exemple, nenes molt jovenetes que han patit maltractaments severs, amb cops i agressions psicològiques pels seus propis cuidadors, no presentaven una simptomatologia aguda que fes sospitar la gravetat del seu estrès traumàtic. D'altra banda, treballem amb nens que han estat víctimes de tocaments sexuals puntuals per un estrany i que mostren un patiment explícit molt evident, amb una gran desregulació en el comportament conductual.

Amb això m'agradaria traslladar un missatge fonamental: una premissa primordial per aquells que treballem amb nens afectats per experiències traumàtiques complexes és despullar-nos de les nostres interpretacions i presumpcions i dedicar el nostre esforç a aprendre, amb molt de respecte i cura, el món intern de cada nen, per a, una vegada entesa la seva vivència, poder acompanyar-lo en el procés de recuperació.

Hi ha una sèrie de principis generals comuns a les intervencions terapèutiques focalitzades en el trauma infantil:

- Ecologia protectora. Abans d'oferir un tractament terapèutic, cal disposar d'un mitjà de vida que respecti, cuidi i protegeixi el nen, al mateix temps que li possibiliti noves formes de relació constructiva. En un context de violència, la intervenció terapèutica pot ser perillosa pel nen, ja que el pot portar a abandonar les defenses necessàries per a la seva supervivència.
- Avaluació comprensiva del nen i el seu entorn. Necessitem generar una bona comprensió sobre d'on parteix el dany, per a poder definir la nostra manera d'intervenir, amb uns objectius realistes i adaptats a les necessitats del nen. La comprensió de l'afectació ha d'incorporar la totalitat de coneixements i enfocaments de què disposem, evitant fer avaluacions parcials o centrades en un únic model o magnificadores d'un únic símptoma.
- Metodologia coherent. Particularment amb nens traumatitzats, les intervencions els continguts de treball de les quals són purament conductuals resulten insuficients. També són insuficients els tractaments únicament cognitius o centrats en les habilitats emocionals. Davant problemàtiques complexes, cal disposar d'una metodologia integral, que incorpori diferents enfocaments i tècniques, l'abordatge dels quals permeti el treball en les quatre àrees principalment afectades: la cognició, l'emoció, la corporalitat i la conducta. A més, els tractaments no poden ser de «talla única». Cada nen té les seves característiques i les seves singularitats, de manera que els tractaments han de ser personalitzats. La metodologia de la intervenció ha de ser sensible i adequada a la cultura, el gènere, l'edat i l'estat psicològic del nen i la seva família.
- Treball en xarxa amb els serveis especialitzats implicats en el suport al nen i la seva família. La psicoteràpia individual no dona resposta al nen que ha estat víctima de processos traumàtics, particularment quan el dany està en la seva capacitat de vincular-se, fet que ens porta a unir esforços amb altres professionals i consensuar objectius i models d'intervenció.

Alguns exemples de models terapèutics focalitzats en el trauma infantil que han demostrat ser eficaços i coherents:

- Traumateràpia infantil sistèmica. (Barudy, J. i Dantagnan, M., 2009). <https://www.traumaterapiayresiliencia.com/?q=ifiv>
- Trauma-focused integrated play therapy. (Gil, E., 1991, 2006) Gil Institute. For trauma recovery and education. (Teràpia de joc integrada focalitzada en el trauma) <http://www.gilinstitute.com/>

- Integrative treatment of complex trauma for adolescents (ITCT-A). (Briere, J. i Lanktree, 2013). (Tractament integrador del trauma complex per a adolescents) <https://keck.usc.edu/adolescent-trauma-training-center/>
- The attachment, self-regulation and competency (ARC) framework (Blaustein i Kinniburgh, 2011). (Paradigma d'inclinació, autoregulació i competència) <https://arcframework.org/>

La majoria d'aquests models i programes coincideixen en el fet que es desenvolupen en un espai i un temps estructurat, presenten un protocol organitzat i una estructura on es defineixen les diferents fases. Es prioritza un enfocament eclèctic, en què les tècniques i les eines terapèutiques s'han d'adaptar a les necessitats singulars dels nens traumatitzats.

#### **4.2.1. Algunes possibles modalitats terapèutiques des d'un enfocament integral**

##### **Teràpia infantil individual**

Les recerques clíniques, els avenços científics i les experiències de terapeutes destacats dels últims anys han portat a assenyalar la necessitat d'oferir un tractament especialitzat i adaptat a les necessitats dels nens víctimes d'un trauma complex i primerenc. La teràpia infantil centrada en el trauma ha passat de ser un espai aïllat i únicament destinat al nen, a reconèixer la necessitat fonamental de mantenir un enfocament holístic en què l'ecosistema del nen s'inclou com a part activa del procés de reparació. En l'apartat següent, descriurem les característiques del model de traumateràpia infantil sistèmica (TSI) (Barudy, J. i Dantagnan, M) com un exemple coherent amb els enfocaments de la teràpia infantil focalitzada en el trauma.

##### **Teràpia grupal**

Les intervencions grupals des d'un enfocament educatiu-terapèutic representen diversos beneficis en el treball amb nens víctimes de maltractaments. Sovint, el treball grupal ofereix una oportunitat única perquè els nens coneguin i se sentin identificats amb altres experiències similars a les seves, la qual cosa ajuda a trencar la sensació d'aïllament i estigmatització. Escoltar els altres i compartir les seves preocupacions, pors, dubtes, manera d'afrontar i resoldre els problemes amb altres nens ajuda enormement a normalitzar les reaccions, sentir-se compresos i recolzats.

Per aquests motius, les intervencions grupals solen representar una experiència beneficiosa pels nens, encara que convé considerar algunes excepcions: situacions en què els nens mostren una gran afectació o un estat psicològic amb una simptomatologia aguda de risc, quan el comportament del nen sigui molt desregulat i afecti la seva capacitat de relació i gaudi, o si els nens estan a la meitat d'un procés judicial i l'exposició a una informació determinada en el grup pot representar un risc per la transparència en la declaració. En aquestes

##### **Contingut complementari**

Un bon exemple d'intervenció grupal són els tallers amb nens, fills i filles de dones víctimes de violència masclista, descrits a Barudy, J. i Dantagnan., M. (2012). *Manual III: Trabajando la resiliencia con niños y niñas expuestos a la violencia de género. Violencia: Tolerancia 0. Prevención y apoyo psicosocial en niños y niñas expuestos a violencia de género*. Barcelona: Obra Social "La Caixa".

ocasions, el treball grupal pot no ser una experiència positiva i reparadora, per la qual cosa és important prioritzar un altre tipus d'intervencions més individuals i ajustades a les necessitats del moment.

### **Teràpia psicofarmacològica**

Alguns nens greument afectats per les experiències de maltractaments i abús poden obtenir un gran alleujament en la simptomatologia aguda gràcies a l'ús de la psicofarmacologia. No obstant això, quan la teràpia psicofarmacològica no està coordinada simultàniament amb una modificació clara de la qualitat de les experiències de cura en la vida del nen, pot tenir efectes contraproductius. És important que els nens rebin una explicació honesta, empàtica i ajustada a les seves possibilitats de comprensió sobre la necessitat, els beneficis i els efectes secundaris de la medicació. Quan això no ocorre així, es corre el risc d'augmentar la incertesa, el rebuig i la por dels nens a aquest efecte de la medicació, la qual cosa complica el procés terapèutic i anul·la els recursos que poden ser beneficiosos.

### **Teràpia familiar**

L'objectiu fonamental és millorar el funcionament del context familiar com a sistema, recolzar la reparació i desenvolupament dels nens afectats, i també, en els casos que sigui necessari i oportú, la rehabilitació dels adults responsables de les agressions. En la nostra experiència, aquesta modalitat és vàlida i té un efecte positiu en els nens, quan els adults cuidadors, gràcies a les seves capacitats, poden reconèixer els seus recursos i limitacions en la criança, poden col·laborar activament amb els professionals que ofereixen l'ajuda i presenten una permeabilitat al canvi. En el cas dels cuidadors que han estat responsables del maltractament, les experiències d'èxit que hem observat en aquesta modalitat s'han produït quan els cuidadors tenen la capacitat de reconèixer i assumir la seva responsabilitat en el patiment del nen, ja que sovint es tractava de pares i mares que, a causa de situacions d'estrès contextual, presentaven alteracions transitòries en les seves capacitats de criança.

#### **4.2.2. Objectius de les teràpies infantils focalitzades en el trauma**

D'acord amb Eliana Gil (1991): «la meta fundamental en la terapia es proveer de experiencias correctivas i reparadoras para el niño». Correctives perquè la teràpia proveeix el nen d'una experiència de protecció i d'interaccions apropiades que permeten fomentar un sentit de seguretat, confiança i benestar. Reparadores perquè la teràpia està dissenyada per a permetre al nen processar l'esdeveniment traumàtic d'una manera que pot ser entès i tolerat.

L'objectiu final és reforçar, ampliar i desenvolupar en el nen les habilitats necessàries per a integrar les experiències traumàtiques que han estat associades a vivències de por, indefensió, impotència, ràbia, vergonya. Per tant, el treball

del terapeuta és crear l'ambient i la relació en què el nen pugui fer aquest treball important i reconstruir la sensació de seguretat, afectivitat i desenvolupament. Els objectius específics, de la majoria de teràpies en trauma infantil, inclouen:

- Desenvolupar un ambient i una relació terapèutica que permeti reconstruir la sensació de confiança i seguretat.
- Ajudar al fet que el nen pugui identificar i comprendre la seva manera de percebre, sentir i comportar-se davant el món.
- Desenvolupar o reforçar la capacitat d'autoregulació en el nen perquè pugui expressar els diferents estats interns, els seus pensaments, emocions i sensacions, utilitzant un rang d'estratègies constructives per a això.
- Ajudar el nen a construir un sentit de la identitat constructiu que integri les seves fortaleses i les seves vulnerabilitats.
- Fomentar i integrar les memòries associades a les experiències traumàtiques.
- Redefinir els pensaments i creences sobre l'esdeveniment traumàtic per a desenvolupar una visió de si mateixos, dels altres i del món més tolerable i justa, que li permeti un desenvolupament sa en el futur.

#### **4.2.3. Continguts a treballar durant el procés terapèutic**

##### **1. Començar per desenvolupar un àmbit de seguretat, confiança i exploració**

És fonamental garantir un ambient estable pel nen abans d'avançar en el procés terapèutic. Els nens que han viscut processos traumàtics complexos estan en «alerta permanent» i a la defensiva, ja que tenen interioritzada l'expectativa de base d'estar contínuament en perill o que alguna cosa dolenta passarà. L'entorn, les relacions, els llocs i, fins i tot, les pròpies reaccions corporals sovint resulten amenaçadores. No és suficient que el nen estigui en un lloc segur, sinó que s'ha de sentir segur i protegit. És per això que el primer objectiu serà disminuir la percepció d'amenaça i augmentar la sensació de seguretat, tant en el context de la vida del nen com a la sala de teràpia. Com a terapeutes, podem desenvolupar diferents formes de promoure la sensació de seguretat de forma efectiva:

- Mantenir una actitud ferma alhora que afectiva i sintonitzada. El terapeuta pren el control de les sessions, les dirigeix, orienta, marca el ritme, la qual cosa permetrà que la relació entre tots dos es caracteritzi per ser entenedora. Això requereix grans dosis d'estructura, ferma, però també de flexibilitat i adaptació.
- Generar un ambient predictable:
  - Establir un ritual per a iniciar i finalitzar la sessió terapèutica de manera que el nen pugui predir com transcourrà la sessió i quan acabarà.
  - Mantenir un horari i un dia fixos de la sessió. Evitar canviar sessions o espaiar massa, ja que el nen necessita una continuïtat i seria òptim que tingués la seguretat que tindrà sessió els dies pactats.



- Establir regles i límits de les sessions de forma clara. Establir junts el «contracte» terapèutic o les normes que es seguiran en tot el procés: què està permès fer a la sala de teràpia?, què no està permès?
  - Respectar els temps del nen, concretament no forçar-lo a parlar o explicar informació que encara no està preparat a compartir, permetent que se senti respectat i protegit.
- Crear un ambient càlid i no violent.
  - Ser honest amb el nen, dir-li la veritat quan hi ha bones i males notícies, no edulcorar ni dramatitzar la informació, sinó oferir-li narratives que sigui capaç d'entendre i integrar.
  - Mostrar un interès genuí. Sempre acordar-se de les coses importants que aquest explica durant la sessió, com per exemple si va comentar que tenia un examen important o un esdeveniment.

La capacitat per a generar un espai en què el nen *se senti segur* i protegit requereix molta constància i perseverança per part del terapeuta. És freqüent que els nens triguin setmanes i, fins i tot, mesos a interioritzar l'espai terapèutic com un lloc segur: compte amb intentar accelerar el procés! Hem de respectar el ritme dels nens. Aquest pas és fonamental, ja que els nens no podran entrar en un estat de calma, reduir les seves estratègies defensives i abordar les seves dificultats fins que no se sentin segurs i protegits.

## 2. Conèixer l'impacte de l'experiència traumàtica en el nen

Com ja hem comentat prèviament, és important evitar assumir o predir el nivell d'impacte de l'experiència, únicament llegint o analitzant les característiques «objectives» dels fets que ha patit el nen. L'única forma de conèixer com l'experiència ha afectat el nen és compronent el seu món intern. Mitjançant l'ús de tècniques respectuoses i sensibles, ens haurem d'aproximar al món intern del nen i, des d'aquí, intentar comprendre el significat que va tenir per a aquest l'experiència de maltractament: *com la va viure?, com percep la seva situació actual?, com manifesta el seu patiment?* Aquest pas prendrà el seu temps, perquè el nen primer ha de confiar en el terapeuta abans de mostrar-li les seves ferides internes. Com més petit sigui el nen, caldrà adaptar més les tècniques i els instruments a la seva manera i capacitat per a expressar-se, sovint mitjançant el joc, les arts plàstiques i la teràpia amb la caixa de sorra.

## 3. Ajudar els nens a canviar comportaments desregulats per respostes més constructives davant l'estrès

En contextos de bon tracte, quan els nens estan creixent, és freqüent observar com una major consciència i coneixement sobre les pròpies reaccions i emocions facilita un major control sobre els comportaments i una millor gestió emocional. No obstant això, això està lluny de ser tan senzill amb nens que han patit un trauma complex. Hem de recordar que l'objectiu principal del cervell després de la supervivència és l'adaptació. Per tant, per a un nen

traumatitzat els seus comportaments «desregulats» i desadaptatius, com ara les conductes defensives, les agressions, els silencis, les seduccions o els comportaments complaents són, a la seva base, estratègies adaptatives. Com deixar de fer alguna cosa que en algun moment va resultar summament útil per a la meua supervivència? L'objectiu dels terapeutes i, especialment dels cuidadors del nen, és promoure un ambient que faciliti l'aprenentatge d'una nova manera d'adaptar-se.

#### **4. Anar coneixent i «desactivant» les respostes afectives nocives associades a l'experiència traumàtica**

Aquest pas és molt més fàcil de dir que d'aconseguir! És imprescindible que els primers tres passos previs s'hagin assentat bé abans de començar a ajudar el nen a explorar els seus estats emocionals interns. Molts d'aquests estats emocionals són negatius i poden estar associats a vivències traumàtiques, per exemple, sentir-se culpable per l'abús, rabiós, impotent, amb vergonya. En primer lloc, cal enfortir les habilitats i les tècniques d'autoobservació, de vegades fins i tot des de nivells molt bàsics per a posteriorment anar augmentant la complexitat: *què és el que sento?, quines paraules posaria per a dir com em sento?, com ho podria representar?, què és el que provoca que em senti així?, com puc expressar aquesta emoció?, potser quedant-me bloquejat, o callat, o per contra movent-me més o copejant...?*

Una vegada enfortida la capacitat d'autoobservació, quan hem acompanyat el nen al fet que es conegui més i a saber com l'afecten determinades situacions en general, podem començar a reforçar les competències en autoregulació: *què puc fer per a expressar de forma constructiva la meua emoció de ràbia, tristesa, empipament, alegria...?*

#### **5. Conèixer la dinàmica de les memòries traumàtiques i les seves respostes associades**

És important explorar com el trauma ha quedat impregnat en la memòria del nen. L'objectiu no és forçar el nen a recordar moments traumàtics de la seva experiència abusiva, ni tampoc parlar-ne, escriure'ls o reviure'ls. Això seria altament contraproduent, especialment a l'inici del procés terapèutic. Les memòries traumàtiques es comuniquen i expressen per mitjà de les accions, les paraules, les emocions i els missatges no verbals que el nen va mostrant. És imprescindible que els terapeutes coneguin i es formin en el treball amb memòria traumàtica per a poder identificar i interpretar adequadament totes aquestes expressions amb l'objectiu últim de poder acompanyar la seva integració.

#### **6. Resignificar l'experiència traumàtica**

Quan, com i on abordar aquest pas dependrà del propi nen i del seu ritme en el procés terapèutic. A nivell general, els nens i els adolescents se solen sentir més segurs, més proactius i protagonistes del seu propi procés terapèutic, no a l'inici

de la teràpia, sinó una vegada ja han pogut desenvolupar les seves capacitats autoreguladores. L'experiència ens diu que els nens no eviten mirar els records traumàtics, sinó que el que eviten és tornar a experimentar les sensacions desagradables d'impotència, por, angoixa, etc. És important acompanyar els nens a trobar un sentit a l'experiència viscuda, és a dir, una explicació que permeti entendre els contextos en què se'ls ha fet mal, saber qui són els responsables i per què se'ls ha maltractat o no se'ls ha protegit adequadament. L'ús d'una semàntica respectuosa i empàtica és una prioritat de tota acció terapèutica. La construcció d'una narrativa terapèutica serà possible mitjançant una relació terapèutica amb què el nen se senti segur i incondicionalment recolzat.

Al llarg del procés terapèutic, i quan sigui el moment oportú, s'ha de donar la possibilitat als nens de (re)escriure el final de la seva història, reforçar la idea que ells són els amos del seu destí i com a actors principals poden escriure els capítols següents, no importa com de terribles van ser els successos al principi.

## 7. Construir una visió de si mateixos i dels altres justa i completa

Sovint els nens sostenen una visió de si mateixos molt negativa, tenen poques expectatives sobre els altres o sobre el món. Es tracta d'ajudar-los a prendre consciència de com perceben i interpreten els estímuls externs, especialment els afectius, per a reconstruir una manera diferent de processar la informació i relacionar-se amb l'entorn. Explorar *quines són les seves habilitats?, quines són les seves fortaleses?, quins són els seus desitjos i il·lusions?* El procés de descobrir-se a si mateixos i de construir una identitat conscient amb els propis recursos i vulnerabilitats és un dels aspectes més fascinants del procés terapèutic. Els nens víctimes de processos traumàtics necessiten aquesta oportunitat més que ningú.

### 4.2.4. La traumateràpia sistèmica infantil (TSI)

El **model traumateràpia sistèmica infantil**: una intervenció psicoterapèutica focalitzada en les conseqüències del trauma infantil per mitjà d'una mirada sistèmica, és el model proposat pel Centre EXIL de Barcelona. Aquest model psicoterapèutic ha estat dissenyat pel Dr. Jorge Barudy i la psicòloga Maryorie Dantagnan i està fonamentat en la pràctica de més de 15 anys amb nens, adolescents i adults víctimes de traumes complexos i acumulatius. Es tracta d'un paradigma integrador que incorpora els aspectes principals de la teoria de la inclinació (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1978; Main, 1990; Liotti, 2006) i la seva associació amb la neurobiologia interpersonal (Siegel, 2007; Schore, 2003; Cozzolino 2010), el trauma (Perry i Pollard, 1997), el model integral del desenvolupament (Kusche i Greemberg, 1989) i la promoció de la resiliència (Barudy i Dantagnan, 2005; Cyrulnik, 2003). Per tant, és un paradigma integrador, els dominis principals del qual són la inclinació, el trauma, el desenvolupament i la resiliència.

Aquest model d'intervenció s'assembla a altres models d'intervenció integradors amb nens amb trauma sever, per exemple, el model neuroseqüencial terapèutic (*neurosequential model of therapeutics*, NMT) proposat pel Dr. Bruce Perry, el model de tractament integrador del trauma complex (ITCT, *integrative treatment of complex*) de J. Briere (2013), trauma en el marc del tractament de l'aferrament, autoregulació i competència (ARC) (Blaustein, M. i Kinniburgh, K. 2005).

La traumateràpia s'assenta sobre cinc principis:

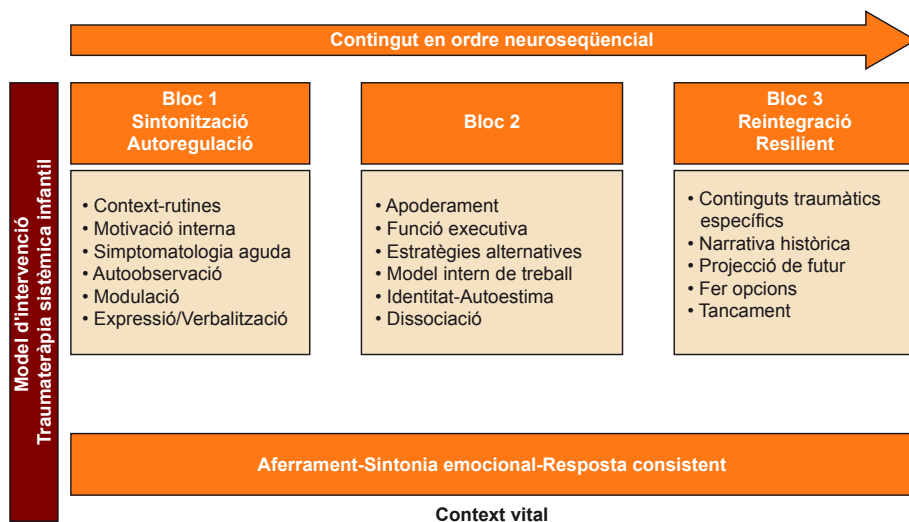
- 1) Es treballa a partir d'un pla d'intervenció estructurat i organitzat, no com un model rígid, sinó més aviat flexible i sensible a les necessitats específiques de cada nen en particular. No tots els nois o noies aconseguen en un mateix període de temps millorar les seves capacitats, ni tampoc tots els nens poden treballar amb el mateix nivell d'implicació en cada objectiu.
- 2) El punt de partida per a la intervenció és qüestionar-se: *què li ha passat a aquest nen en particular, en què i com l'ha afectat, com ho ha viscut i quins mecanismes o estratègies ha utilitzat per a sobreviure*. Per a respondre a aquestes preguntes s'utilitza la pauta d'avaluació comprensiva (PAC), un protocol de valoració exhaustiu que organitza la informació sobre el nen o adolescent respecte de l'impacte dels maltractaments per mitjà de diferents dominis d'exploració: la història, el tipus d'estrès traumàtic, l'estil d'inclinació i el nivell de desenvolupament, distingint entre les seves diferents àrees: física-sensorial, emocional-afectiva, cognitiva-moral i sexual. En paral·lel, es realitza una exploració del context psicosocial en què aquest nen ha crescut i que té en el present, particularment, de les competències parentals dels seus cuidadors. Aquesta valoració també té en compte els recursos i les competències preservades que ens permetran ajustar els objectius terapèutics a la singularitat de cada nen. A partir dels resultats de la PAC, es dissenya el pla de tractament i intervenció, la seva temporalitat i freqüència. En resum, l'avaluació comprensiva incorpora informació sobre:
  - 1) El nen. Avaluació exhaustiva de les alteracions a nivell del desenvolupament evolutiu, el desenvolupament de la inclinació i les alteracions traumàtiques, i també els recursos i les habilitats presents.
  - 2) Els referents i els cuidadors. Avaluació de les competències parentals bàsiques i específiques per a la criança terapèutica. Identificar quins aspectes necessiten ser revisats, reforçats o modificats.
  - 3) El context de la vida. Identificar aquells aspectes que dificulten, amplifiquen o mantenen un determinat funcionament en el nen o que impedeixen el seu desenvolupament.
- 3) La traumateràpia considera tres blocs de treball organitzats en funció de les característiques del procés neuroseqüencial del desenvolupament. Els primers blocs se centren en activitats i intervencions que impliquen un major treball o activació de les àrees cerebrals inferiors, mentre que el segon i el tercer bloc de treball inclouen tècniques o eines terapèutiques que activen les àrees corticals superiors que impliquen funcions més comple-

xes. Si pensem, per exemple, en una nena de 9 anys que ha patit negligència severa en els seus dos primers anys i encara no ha pogut regular els seus ritmes biològics bàsics, com ara el son-vigília, ni la regulació de l'apetit, la qual cosa la porta a robar menjar dins de casa i tenir problemes de son i concentració a les classes, a més de tenir problemes importants de rendiment escolar. En aquest cas, és convenient començar la nostra intervenció buscant maneres de regular el seu son i els seus hàbits alimentaris (bloc I), després, es pot orientar el treball al desenvolupament d'estratègies executives més adaptatives per a situacions difícils de manejar (bloc II) i, posteriorment, abordar continguts traumàtics específics per mitjà de la tècnica de l'àlbum de la vida (bloc III).

- 4) El tractament i les intervencions s'adapten i ajusten al nivell d'afectació, les necessitats i els recursos actuals del nen i el seu context. És una prioritat començar a treballar tenint en compte el nivell de desenvolupament maduratiu real del nen (encara que, en ocasions, no correspongui amb l'edat cronològica). A l'exemple anterior, com que té un ordre neuroseqüencial, la traumateràpia focalitzarà inicialment el treball terapèutic a aconseguir millorar la rutina diària d'aquesta nena de 9 anys per a optimitzar el funcionament de les seves estructures cerebrals més primàries i, fins que no s'hagi aconseguit l'estabilitat dels ritmes biològics (tasques pròpies del cervell reptilià), no incorporarem intervencions que requereixin l'activació d'àrees cerebrals més complexes per a aconseguir millors resultats escolars.
- 5) Per últim, la traumateràpia considera una varietat d'enfocaments i tipus d'intervenció terapèutica de diverses escoles de la psicologia, psicodinàmica, gestàltica, cognitiva-conductual, entre d'altres. Això permet adaptar una varietat d'eines i tècniques terapèutiques a la singularitat i a la manera en què cada nen desitja comunicar el seu món intern. Per exemple, no tots els nens es comuniquen per mitjà de dibuixos o de relats, tampoc no tots poden o necessiten implicar-se en una teràpia de joc no directiva. Aquest enfocament eclèctic i integrador requereix un bon nivell de competència personal i professional per part del psicoterapeuta format en traumateràpia. Les tècniques més utilitzades són:
  - 1) La teràpia de joc directiva, no directiva i semi-directiva
  - 2) La tècnica de la caixa de sorra
  - 3) La tècnica EMDR
  - 4) Les tècniques gestàltiques
  - 5) Les tècniques de relaxació
  - 6) Les tècniques de relaxació corporal
  - 7) L'art teràpia
  - 8) La tècnica cognitiva-conductual focalitzada en el trauma
  - 9) Les tècniques de teràpia narrativa
  - 10) Les teràpies corporals, que inclouen la teràpia sensoriomotriu, la teràpia dansa-moviment i el ioga.

El gràfic següent mostra, a tall de diagrama, el model de traumateràpia sistèmica infantil:

Figura 3.



### El context vital

El treball en xarxa ben coordinat i consensuat amb els professionals i els referents afectius entorn del nen és imprescindible, sobretot quan es tracta de nens els traumes relacionals primerencs dels quals han provocat una desorganització tal que no els permeten ni funcionar ni desenvolupar-se. Dins aquest marc de treball, la relació nen-cuidador és la base de la intervenció.

Per a ajudar els nens afectats per traumes complexos, sia adoptats o acollits, i els seus pares/cuidadors o tutors, és necessari i fonamental que comptin, almenys, amb un adult que ofereixi un ambient relacional amb nutrients afectius de qualitat per mitjà d'una interacció de bon tracte que ajudi a reparar les conseqüències de les mancances afectives i l'absència d'una estimulació adequada. Aquesta serà l'experiència de base que els permetrà una millor adaptació als ambients complexos i canviants que els nens encaren diàriament.

Aquests tutors de resiliència poden oferir un context correctiu i reparador del dany gràcies a la posada en pràctica de tres competències fonamentals:

- 1) mitjançant una relació basada en la inclinació segura que permeti al nen «sentir-se estimat», volgut, respectat;
- 2) gràcies a la seva capacitat de sintonitzar amb els estats emocionals del nen i intervenir més enllà de la conducta observable; i
- 3) oferint intervencions o respostes consistents a les necessitats infantils expressades sovint mitjançant els trastorns conductuals.

Al llarg del procés terapèutic del nen, el terapeuta manté, de forma paral·lela, trobades regulars amb els cuidadors, en què es duen a terme tres tasques fonamentals:

- 1) Recolzar i reconèixer la complexitat de la parentalitat especialitzada. Legitimar l'aclapament, la desesperança i la impotència que genera moltes vegades ser cuidadors de nens amb un trauma primerenc.
- 2) Revisar i acompanyar els cuidadors a identificar i comprendre com les seves històries de la vida, els seus models de criança, la inclinació als seus propis pares influeix en la seva manera d'estar amb els nens.
- 3) Oferir estratègies i eines pràctiques per a corregir i reparar les conseqüències dels traumes en els seus fills. Facilitar tècniques, exercicis i activitats que reforcin les respostes consistents en la criança.

### **BLOC 1: Sintonització i autoregulació**

Probablement, en aquest bloc és on s'aborden continguts que abasten més temps en el transcurs de tot el procés terapèutic amb el nen. Els objectius generals d'aquest bloc de treball són els següents:

- Aconseguir una millor bioregulació basal, per mitjà de l'estabilització del context vital (per exemple, reforçant les rutines diàries en la vida del nen) .
- Potenciar els elements del context que permeten la vinculació positiva, la contenció i la regulació, mitjançant *una relació sintonitzada* cuidador-nen, terapeuta-nen, terapeuta-cuidador.
- Tractament de la simptomatologia aguda que el nen pugui presentar amb les tècniques adequades i, fins i tot, amb un tractament farmacològic si cal (interconsulta amb psiquiatria).
- Desenvolupar les habilitats d'autoobservació del nen perquè aprengui a conèixer els seus estats interns i els disparadors que, en les diferents situacions, els etziben.
- Proporcionar psicoeducació sobre els efectes del trauma en el cervell.
- Desenvolupar estratègies autoreguladores dels seus estats emocionals i la seva conducta.
- Desenvolupar habilitats d'expressió verbal que permetin reduir l'expressió conductual dels seus estats afectius.

La millora en les capacitats autoreguladores prepara el nen a abordar temes específics de contingut traumàtic, ja que facilita i millora les competències cognitives, emocionals i espirituals (De Bellis, 2001). És així com el nen pot començar a treballar i abordar continguts del bloc II i del bloc III en funció de les seves competències i del seu nivell d'implicació.

## **BLOC II: Apoderament**

Una de les conseqüències nefastes del trauma crònic sol ser la sensació de vulnerabilitat, d'indefensió i la sensació d'amenaça permanent que acompanya la persona. En aquest sentit, apoderar-se seria contrari a sentir-se victimitzat pel trauma. Els nens i adolescents solen experimentar aquesta sensació de sentir-se més segurs, més proactius i protagonistes de la seva història i del seu propi procés terapèutic, no a l'inici de la teràpia, sinó una vegada ja han pogut desenvolupar les seves capacitats autoreguladores. Pel que sembla, el fet d'haver pogut experimentar una major capacitat de control sobre les seves pròpies emocions i sensacions, haver aconseguit els objectius proposats (bloc I) i la possibilitat d'experienciar l'«èxit», celebrat i reconegut a l'espai terapèutic i familiar, fa que el nen pugui, cada vegada més, anar desenvolupant un sentit de seguretat i control no solament sobre el que li ocorre en el moment present, sinó també sobre les experiències viscudes.

Els objectius que s'aborden en el bloc II són els següents:

- Estimular les funcions executives que, com a conseqüència del trauma, poden estar afeblides. S'inclou reforçar els processos de solució de problemes i de planificació i seqüenciació dels seus actes, ensenyant-li a monitoritzar els seus propis processos cognitius, emocionals i conductuals.
- Aprendre estratègies alternatives a les accions mentals derivades del trauma.
- Fer que el nen sigui conscient del seu propi model intern de treball i treballar amb els continguts del mateix intentant modificar aquestes representacions.
- Tractament de la identitat i l'autoestima.
- Abordatge de les tècniques específiques per als trastorns dissociatius.

En relació amb els models interns de treball, és a dir, la manera en què el nen es representa a si mateix, els altres i les relacions interpersonals, conformen una part important de la memòria implícita de l'ésser humà. Com sabem, la memòria és una eina essencial per a aprendre de l'experiència. Ja hem esmentat anteriorment que la memòria, quan és traumàtica, moltes vegades no dona espais a nous aprenentatges, a noves maneres de relacionar-se, per l'estat d'alarma constant del nen traumatitzat, però també perquè les representacions mentals conformades en la primera infància són resistents al canvi i dominen en la vida afectiva del nen. Per tant, des del punt de vista neurobiològic, la teràpia ha de treballar per a ajudar el cervell del nen a reconstruir una manera diferent de percebre i processar la informació, és a dir, facilitar la presa de consciència de les maneres com s'actua i les maneres com s'interpreten i perceben els estímuls externs, especialment, els estímuls afectius. És fruit de les experiències «noves» de bons tractes que facilitaran un canvi no solament



de les conductes socials i afectives del nen, sinó de les seves representacions mentals sobre si mateix i sobre els altres. És això el que li permetrà una identitat més enllà de les experiències de maltractament i una autoestima positiva.

Pel que fa a l'abordatge de la dissociació, actualment els autors clínics suggereixen que el tractament de la dissociació traumàtica és essencial per a la psicoteràpia efectiva amb pacients traumatitzats (Schore, 2010) i els nens, per descomptat, no són una excepció. Com hem vist anteriorment, la inestabilitat afectiva, la tolerància ineficient a l'estrès, les dificultats de la memòria i les pertorbacions dissociatives són manifestacions d'alteracions neurobiològiques profundes. En aquest sentit, els nens han de fer un treball enorme per a connectar amb ells mateixos, amb el seu cos i amb les seves accions, la qual cosa els permetrà desenvolupar un sentit integrat de si mateixos. Exactament, el bloc II intenta oferir al nen eines terapèutiques perquè aquest objectiu sigui possible.

### **BLOC III: Integració resilient**

És el bloc dins el procés terapèutic més delicat i de major profundització. Treballar en el bloc III requereix l'activació de totes les zones cerebrals i, per descomptat, de tots dos hemisferis. Per això mateix, si els nens estan en situacions d'amenaça o desprotecció i es mantenen en estat de «supervivència», no podran integrar les seves experiències traumàtiques. El mateix ocorre, per exemple, quan els nens experimenten reviviscències, experiències passades aterridores que inunden la ment sobtadament en el present segrestant l'estat fisiològic, les sensacions i les emocions del nen. Aquesta és una de les bones raons de per què en el model de traumateràpia l'abordatge dels continguts traumàtics es fa en el bloc III i no abans, és a dir, una vegada s'ha aconseguit la capacitat d'autoregulació treballada en el bloc I. Per tant, és fonamental que abans de poder ajudar el nen o l'adolescent a integrar de manera resilient el trauma, cal garantir un context de bons tractes, i també el desenvolupament previ per part del nen d'estratègies autoreguladores, que en molts casos, quan s'aborden continguts traumàtics específics, cal tornar a plantejar.

Els objectius del bloc III són els següents:

- Desenvolupament d'una narrativa històrica.
- Tractament dels continguts traumàtics específics.
- Projecció de futur.
- Opcions constructives.
- Tancament de les sessions.

El concepte de *reintegració resilient* és una terme proposat per Gema Puig i José Luis Rubio (2011) i fa referència a la possibilitat que té el nen afectat per un trauma complex a integrar novament les experiències de la vida, però aquesta vegada de manera diferent tenint experiències òbviament de bon tracte. L'objectiu de treballar amb continguts traumàtics específics és ajudar el nen no al fet que recordi fets, sinó més aviat que aquests fets puguin ser integrats en un tot coherent, donar sentit a les experiències passades. Per a això, els nens necessiten molt suport per a reconstruir cognitivament les memòries dels seus traumes. Els continguts de traumateràpia del bloc III ens porten a aplicar tècniques que facilitin aquesta integració. Dues tècniques centrals d'intervenció que s'utilitzen en aquest bloc són la teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma i les tècniques de teràpia narrativa.

Respecte al tancament del procés terapèutic, aquest es planifica amb temps i es treballa amb molta delicadesa, ja que el comiat i la separació activen les manifestacions d'inclinació insegura i les respostes traumàtiques. La traumateràpia és una teràpia de portes obertes, en què tant el nen com el seu referent o cuidador poden recórrer a aquesta quan ho requereixin. Els traumes es manifesten de diverses maneres i les circumstàncies del nen, la seva edat, el seu context, la seva biologia poden novament conduir el nen i el seu cuidador a un acompanyament terapèutic puntual en funció de les seves necessitats.

### **Avaluació de l'impacte i resultats en traumateràpia infantil sistèmica**

Els resultats de l'experiència terapèutica en els menors participants del model d'intervenció en psicotraumatisme infantil (centres de psicoteràpia de la xarxa APEGA de Barcelona, València, Málaga, la Corunya i Sant Sebastià) són, en general, positius. Els resultats s'avaluen tant de forma qualitativa (la pròpia milloria expressada pel menor i també constatada pels pares i professors que informen dels canvis emocionals i conductuals) com quantitativament mitjançant els indicadors i qüestionaris que s'inclouen en l'avaluació comprensiva. En general, el 90% dels participants presenten canvis positius, observats en:

- La creació de nous models mentals d'inclinació en relació amb l'altre. Millora el seu grau de confiança en si mateix i també amb el món adult.
- Una major capacitat de modular i regular les emocions.
- La reducció de la freqüència d'aparició de les accions mentals derivades del trauma (agressivitat, impulsivitat, hiper o hipo activació emocional...). El menor d'edat presenta una puntuació menor en els indicadors de trauma.
- La desaparició o reducció de la simptomatologia presentada inicialment.
- Un sentit de si mateix més cohesionat i integrat.
- Una autoimatge i autoestima més adequades i positives.
- Una identitat més definida i menys difusa.
- L'aparició de recursos resilients i de relacions interpersonals més positives.

#### **Contingut complementari**

Per a aprofundir en la teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma es recomana la lectura de:

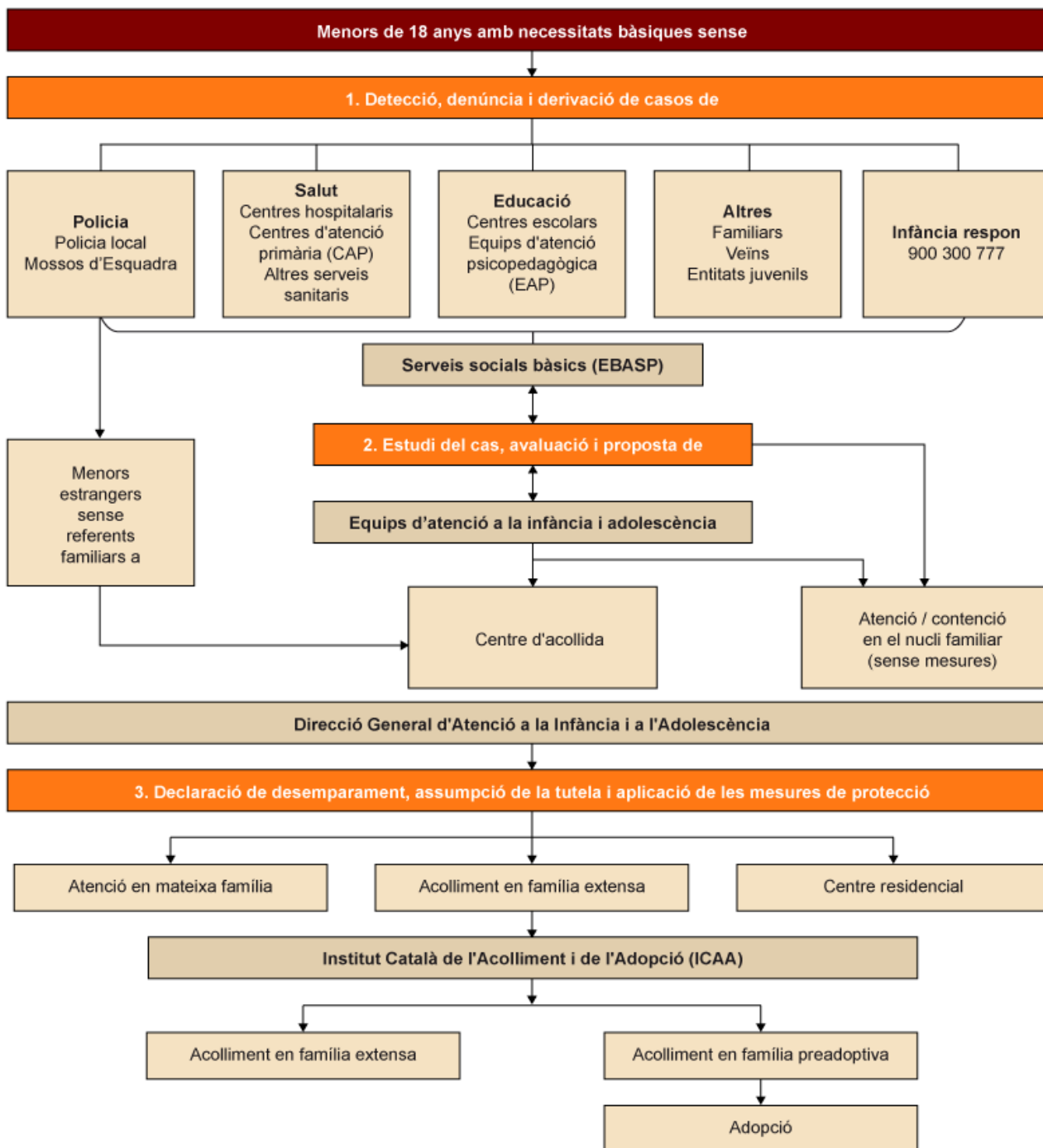
Deblinger, E, Mannarino AP, Cohen, JA, Runyon, MK, & Steer, RA. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of narrative and treatment length. *Depress Anxiety*, 28 (1): 67-75.

#### **Contingut complementari**

Per a aprofundir en les tècniques de teràpia narrativa, es recomana el llibre de Freeman, J i Epston, D. (2001). *Teràpia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Ed. Paidós Ibérica.

## 5. Annexos

### Procediment del sistema de protecció a Catalunya





## Bibliografia

- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., i Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Arruabarrena, I. i Paúl, J. de (2011). Valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantiles por los profesionales de los servicios de protección infantil. *Psicothema*, 23 (4), 642-647.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Barudy, J. i Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Blaustein, M. i Kinniburgh, K. (2011). *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents. How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency*. Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Briere, J. i Lanktree, C. B. (2013). *Integrative treatment of complex trauma for adolescents (ITCT-A): A guide for the treatment of multiply-traumatized youth*. (N. C. T. S. N. USC Adolescent Trauma Treatment Training Center, Ed.). Los Angeles, CA: O. S. Department of Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Cawson, P., Wattam, C., Brooker, S., i Kelly, G. (2000). Child Maltreatment in the United Kingdom: a Study of the Prevalence of Abuse and Neglect. Executive Summary November 2000. *NSPCC Research Findings*, novembre, 1-20.
- Cicchetti, D. i Manly, J. (2001). Editorial: Operationalizing child maltreatment: Developmental processes and outcomes. *Development and...*, 13, 755-757. <http://doi.org/doi:null>
- Cozzolino, Louis (2010). *The neuroscience of psychotherapy. Healing the social Brain*. Nova York: Norton & Company.
- Creighton, S. J. (2004). *Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons*, 45 (abril). [www.nspcc.org.uk/inform/research/briefings/prevalencenand incidence of childabuse\\_wda48217.html](http://www.nspcc.org.uk/inform/research/briefings/prevalencenand%20incidence%20of%20childabuse_wda48217.html)
- Cyrlunick, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- de Paúl, J. i Arruabarrena, I. (1981). El maltrato infantil. criterios para su definición y su conceptualización. Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia. *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia*, 16, 24-26.
- Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia (2013). *Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia*, 16(Datos), 24-26.
- Fallon, B., Trocmé, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L., i Yuan, Y. Y. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 34 (1), 70-79. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.08.008>
- Fernández, J. i Bravo, A. (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14.
- Garbarino, J., Guttman, I., i Seeley, J. (1989). *The psychologically battered child. Strategies for identification, assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Gil, E. (1991). *The healing power of play: Working with abused children*. Nova York: Guilford Press.
- Glaser, D. (2014). The effects of child maltreatment on the developing brain. *The Medico-legal journal*, 82 (3), 97-111. <http://doi.org/10.1177/0025817214540395>
- Herrenkohl, R. C. (2005). The definition of child maltreatment: From case study to construct. *Child Abuse and Neglect*, 29 (5 SPEC. ISS.), 413-424. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.002>
- Hodel, A. S., Hunt, R. H., Cowell, R. A., Van Donin Heuvel, S. I., Gunnar, M. R., i Thomas, K. M. (2015). Duration of early adversity and structural brain development

in post-institutionalized adolescents. *NeuroImage*, 105, 112-119. <http://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.10.020>

Iglesias, C. P., Camara, S. C., Pasamontes, E. G., Iglesias, C. P., Camara, S. C., i Pasamontes, E. G. (2006). *La infància i la seva protecció. Consideracions al voltant del sistema social de protecció a la infància*, 1, 29-41.

Kusche, C. A. i Greenberg, M. T. (1994). *The PATHS (Promoting alternative thinking strategies) curriculum*. South Deerfield, MA: Channing-Bete Co.

Liotti, J. (2006). A Model of Dissociation Based on Attachment Theory and Research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4):55-73.

López, F. (1995). *Necesidades de la Infancia y Protección Infantil*. Madrid: Ministeri d'Assumptes Socials.

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33 : 48-61

Muela, A., Torres, B., i Balluerka, N. (2012). Estilo de apego y psicopatología en adolescentes víctimas de maltrato infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 35 (4), 451-469. <http://doi.org/10.1174/021037012803495294>

OMS (2016). Maltrato infantil. *Organització Mundial de la Salut*, 1. Recuperat a partir d'<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.

Palacios, J. (2003). Instituciones para niños: ¿protección o riesgo? *Infancia y Aprendizaje*, 26 (3), 353-363. <http://doi.org/10.1174/021037003322299098>

Perry, B.D. i Pollard, D. (1997). Altered brain development following global neglect in early childhood. *Society For Neuroscience: Proceedings from Annual Meeting*. Nova Orleans.

Pinheiro, P. S. (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*.

Rygaard, N. P. (2009). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Barcelona: Gedisa.

Sahana, R. i Lux, A. (2012). The epidemiology of child maltreatment. *Pediatrics and Child Health*, 22 (11), 459-464.

Sanmartín, J. Serrano, A., García, Y., i Rodríguez, A. (2011). *Maltrato Infantil en la familia en España*. Centre Reina Sofía. Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Recuperat a partir d'<http://publicacionesoficiales.boe.es>.

Sedlak, A. i Broadhurst, D. (2001). A history of the national incidence study of child abuse and neglect. *Special Studies and Strategic Planning: National Incidence Study of Child Abuse and Neglect*, 8.

Sedlak, A., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., i Li, S. (2009). Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS - 4): Report to Congress. *Executive Summary*, 1-26. <http://doi.org/10.1037/e659872010-001>

Van Ijzendoorn, M. H. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol.*, 11 (2), 225-49.