



Àmbit social i criminològic

CENTRE D'ESTUDIS JURÍDICS  
I FORMACIÓ ESPECIALITZADA

Ausiàs March, 40  
08010 Barcelona  
TEL. 93 207 31 14  
FAX: 93 207 67 47



Generalitat de Catalunya  
Departament de Justícia

## Ajuts a la investigació 2011

# Victimologia del desenvolupament

Incidència i repercussions de la victimització  
i la polivictimització en joves catalans

### Autores

Noemí Pereda Beltran, Judit Abad Gil  
i Georgina Guilera Ferré

**Any 2012**

# **Victimologia del desenvolupament**

Incidència i repercussions de la  
victimització i la polivictimització en  
joves catalans

Noemí Pereda Beltran

Judit Abad Gil

Georgina Guilera Ferré

Any 2011

El Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada ha editat aquesta recerca respectant el text original dels autors, que en són responsables de la correcció lingüística.

Les idees i opinions expressades en la recerca són de responsabilitat exclusiva dels autors, i no s'identifiquen necessàriament amb les del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

**Avis legal**

Els continguts d'aquesta investigació estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 2.5 Espanya de Creative Commons, el text complet de la qual es troba disponible a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/legalcode.ca>. Així, doncs, se'n permet còpia, distribució i comunicació pública sempre que se citi l'autor del text i la font (Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada), tal com consta en la citació recomanada inclosa a cada article. No se'n poden fer usos comercials ni obres derivades.

Resum en català:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/deed.ca>

# Índex

1. Introducció.....	6
2. Objectius .....	8
3. Marc teòric i conceptual.....	9
3.1 Victimologia del desenvolupament .....	10
3.2 Victimització infantil: definició i tipologia .....	15
3.2.1 Definició .....	15
3.2.2 Tipologia.....	19
3.3 Victimització sexual infantil: definició i tipologia .....	24
3.3.1 Definició .....	24
3.3.2 Tipologia.....	26
3.4 Incidència de la victimització infantojuvenil a Espanya .....	31
3.5 Conseqüències de la victimització infantojuvenil .....	32
3.5.1 Conseqüències de la victimització de menors.....	32
3.5.2 Vulnerabilitat i protecció en menors víctimes .....	37
4. Hipòtesis.....	39
5. Disseny de la recerca.....	40
5.1 Selecció de la unitat d'anàlisi.....	40
5.2 Característiques de la mostra .....	41
5.2.1 Edat i sexe .....	41
5.2.2 Motiu de consulta .....	42
5.2.3 Context sociocultural .....	42
5.3 Límits territorials i temporals de la recerca .....	43
5.4 Metodologia .....	44
5.4.1 Instruments .....	44
5.4.2 Procediment .....	45
5.4.2.1 Fase de disseny.....	46
5.4.2.2 Fase d'execució.....	46
5.5 Planificació i recursos .....	48
5.5.1 Cronograma .....	48
5.5.2 Equip de recerca .....	49
6. Resultats .....	50
6.1 Prevalença de la victimització al llarg de la vida .....	50
6.1.1 Prevalença: resultats generals .....	50

6.1.2 Prevalença: resultats segons àrees de victimització .....	50
6.1.3 Victimització segons l'edat d'inici .....	55
6.1.4 Grau de malestar en el moment de produir-se la victimització .....	58
6.2 Victimització en l'últim any .....	60
6.2.1 Incidència: resultats generals.....	60
6.2.2 Incidència: resultats segons àrees de victimització .....	60
6.2.3 Característiques de la victimització: ocurrencia dels episodis.....	64
6.2.4 Característiques de la victimització: lesions físiques de l'últim episodi .....	68
6.2.5 Característiques de la victimització: victimaris en l'últim episodi.....	70
6.3 Perfil dels adolescents polivictimitzats .....	76
6.4 Relació entre victimització i psicopatologia.....	81
7. Conclusions.....	85
8. Propostes .....	94
9. Agraïments.....	100
10. Referències bibliogràfiques .....	101

«Children are arguably the most criminally victimized people in society»  
David Finkelhor

## 1. Introducció

Un dels problemes de salut pública més greus als quals ha d'enfrontar-se la societat és com abordar els efectes traumàtics de la victimització en els seus integrants més vulnerables, infants i adolescents (MacMillan, 1998). Tot i l'existència de la Convenció dels Drets dels Infants de les Nacions Unides de 1989, ratificada per Espanya l'any 1991, alguns experts afirmen que la infància segueix trobant-se en situació de risc davant esdeveniments violents, especialment aquells referits a violència interpersonal, sent un col·lectiu vulnerable a diverses manifestacions d'aquesta violència (Finkelhor [et al.] 2005a). Aquesta vulnerabilitat infantil ha promogut una recent línia d'estudi denominada *victimologia del desenvolupament* (Finkelhor, 2007) que es posa de manifest en els casos de maltractaments físics intrafamiliars, tant directes com indirectes, mitjançant l'exposició a situacions de violència entre els progenitors, en l'experiència d'abús i explotació sexual, en l'assetjament a Internet i en el bullying o assetjament escolar per part dels iguals, entre d'altres.

L'impacte que sobre els nens, nenes i joves tenen aquestes victimitzacions és molt més gran que els seus efectes immediats i visibles, afectant no solament al menor i a la seva família, sinó també a la societat en la seva totalitat (Finkelhor i Hashima, 2001). En aquest context, s'ha produït un creixent interès pel fenomen de la victimització tant a nivell nacional (Baca i Cabanas, 2003; Sanmartín, 2002) com internacional (Kendall-Tackett i Giacomoni, 2005), si bé la majoria d'aquests treballs s'han centrat en un únic tipus de victimització, fragmentant-se la investigació en el camp de la victimologia del desenvolupament, i impedit considerar els freqüents i greus casos de polivictimització, o acumulació de diferents tipus de victimització en la vida d'un nen o nena, i les seves conseqüències al llarg del seu desenvolupament. L'impacte d'aquestes victimitzacions múltiples en la salut mental de l'individu sembla ser enorme, destacant el treball de Turner, Finkelhor i Ormrod (2006) en referència a aquest tema. Com afirma Finkelhor (2007), per a alguns nens i

nenes l'experiència de violència és més una condició vital permanent que un esdeveniment puntual.

Establir la incidència de la victimització en els grups d'edat més joves és una necessitat imperiosa en el nostre país, donat que els estudis portats a terme fins al moment s'han centrat, preferentment, en enquestes dirigides a grups d'edat adults (Luque Reina, 2006), existint un gran desconeixement social respecte a l'extensió de la victimització en infants i adolescents.

Per altra banda, la identificació d'aquells casos de polivictimització és indispensable, amb la finalitat de conèixer la gravetat de l'impacte que aquestes victimitzacions múltiples poden tenir en el correcte desenvolupament del jove i permetre elaborar programes d'atenció a víctimes juvenils més específics i centrats en perfils de risc determinats.

Amb aquest projecte s'aportarà nou coneixement sobre l'impacte de la victimització en la salut mental i l'acumulació d'experiències de violència interpersonal al llarg de la infància a Catalunya, identificant un grup d'individus en risc de múltiples conseqüències adverses. A més, el projecte proporcionarà informació sobre l'efecte de l'edat d'inici i la freqüència de la victimització en l'adaptació actual del jove i, per tant, pot contribuir al disseny de programes de prevenció dirigits a les edats en què comença a incrementar-se el risc i també a l'elaboració de programes d'intervenció més ajustats a les necessitats de les víctimes en funció de les característiques de les seves experiències.

## 2. Objectius

La present investigació, sorgida de la perspectiva teòrica de la victimologia del desenvolupament, té com objectiu general establir la incidència de la victimització en joves catalans provinents de consulta clínica, donat el desconeixement que existeix sobre les experiències de situacions de violència interpersonal en aquest col·lectiu.

Les conseqüències psicopatològiques que acompanyen a aquestes víctimes són greus i tenen importants repercussions en el seu desenvolupament. Conèixer aquelles variables, que semblen agreujar l'estat de l'individu davant aquests esdeveniments, es fa del tot imprescindible.

El projecte parteix de la hipòtesis que la incidència de victimització en adolescents catalans seguirà la línia d'altres treballs publicats al respecte en l'àmbit internacional (Finkelhor [et al.], 2005a; Fundación Paz Ciudadana, 2004) destacant les repercussions negatives d'aquesta experiència en l'estat psicològic dels joves.

1. Estudi de la prevalença i incidència de la victimització en joves procedents de consulta clínica, tenint en compte el sexe.

Aquest objectiu pretén estimar la prevalença i incidència dels diferents tipus d'experiències de victimització en població clínica catalana, aportar les principals característiques d'aquestes (edat d'inici i malestar viscut) i, posteriorment, analitzar les diferències entre nois i noies segons el tipus de victimització.

2. Identificació de casos de polivictimització.

Aquest objectiu pretén identificar els casos polivictimitzats i analitzar quines característiques sociodemogràfiques presenten, així com el seu perfil de victimització i clínic en comparació a altres víctimes.



### **3. Marc teòric i conceptual**

La victimització de menors és una realitat a la qual hem d'enfrontar-nos com a societat i que pot arribar a suposar greus conseqüències negatives per al desenvolupament d'aquells membres més vulnerables, nens, nenes i adolescents. La violència vers la infància no és un problema recent, si bé actualment són múltiples els casos que apareixen en els mitjans de comunicació i dels quals tenim coneixement. En major o menor mesura, el maltractament a la infància és una constant històrica, que es produeix en totes les cultures i societats i en qualsevol estrat social. No ens trobem davant fets aïllats, esporàdics o llunyans, sinó davant un problema universal i complex, resultant d'una interacció de factors individuals, familiars, socials i culturals que pot, fins i tot, arribar a desembocar en la mort del nen o nena (Finkelhor i Ormrod, 2001).

Des de l'àmbit de la victimologia, l'estudi de la victimització infanto-juvenil no ha estat focus d'interès fins a dates molt recents. Si bé és cert que en l'actualitat existeix una major sensibilització social, una formació més especialitzada per part dels professionals i un important desenvolupament de programes de detecció i intervenció davant aquests casos, la infància segueix trobant-se en situació d'especial risc davant la violència (Finkelhor, 1995).

Existeixen una sèrie de falses creences o creences errònies sobre la violència dirigida a menors, que influeixen en la concepció que podem tenir dels nens, nenes i joves com a víctimes i que determinen la forma en què afrontem aquest problema (Finkelhor, 2008; Finkelhor i Dziuba-Leatherman, 1994). Aquestes creences es refereixen, principalment, al fet que a) la victimització de menors és poc freqüent; b) la violència afecta menys als nens, nenes i joves que als adults; i c) la violència més freqüent és aquella que es dona entre menors.

Són múltiples els estudis duts a terme sobre aquest tema que demostren que la victimització de menors és més freqüent que aquella que experimenten els adults; que la violència pot arribar a afectar al menor en múltiples àrees i perdurar al llarg de tot el seu desenvolupament; i que sol ser comesa per un

adult, habitualment de l'entorn proper al nen o nena, que aprofita aquesta relació de confiança per fer mal a l'infant.

### **3.1 Victimologia del desenvolupament**

Si considerem les diverses etapes històriques transcorregudes en la societat occidental observem que, ja des de l'Antiguitat, quan se sacrificaven nens i nenes en rituals i altres cerimònies populars, o durant la Revolució Industrial, quan nens i nenes treballaven molt durament durant llargues jornades laborals, en condicions insalubres, la vida i el benestar del menor han estat molt poc valorats. La majoria de dades històriques que posseïm sobre el respecte a la infància i a les seves necessitats corroboren aquesta afirmació (Arruabarrena i De Paúl, 1999).

Cal tenir en compte l'existència de tres importants fets, al llarg de la història de la violència i el maltractament de menors, que conformaran les bases de la línia d'estudi que, posteriorment, serà definida com victimologia del desenvolupament i que s'exposen a continuació.

- A) Recent reconeixement professional de la victimització infantil i els seus efectes.

El primer cas documentat a nivell judicial de maltractament infantil, i que millor il·lustra el tardà reconeixement social respecte a la victimització dels infants, és el de Mary Ellen Wilson, als Estats Units d'Amèrica, a la fi del segle XIX. Mary Ellen va ser una nena sotmesa a greus maltractaments per part de la seva mare i descoberta, cap als vuit anys, per una treballadora de caritat. Aquest cas va representar un conflicte legal als Estats Units, atès que no existia cap legislació aplicable que permetés protegir a la infància. Es diu que va ser la Societat Protectora d'Animals, que sí existia ja en aquell moment, la que va iniciar el procés judicial recorrent a la "Llei contra la crueltat cap als animals" amb l'argument que la nena, com a part del regne animal, mereixia tanta protecció com un gos comú (Simón, López i Linaza, 2000).

Fins a aquest moment, el maltractament infantil era un problema desconegut pels professionals, amb les úniques aportacions referents per part del metge

forense Ambroise Tardieu (1860) i la seva descripció, basada en descobriments tanatològics, de múltiples casos de menors amb signes de maltractaments físics, abús sexual i negligència. Si bé es troben publicacions anteriors, en els primers textos de pediatria, que descriuen lesions en nens i nenes ocasionades intencionadament pels seus cuidadors o altres adults (vegeu Labbé, 2005), la importància del seu treball va ser el reconeixement de l'elevada freqüència de situacions de maltractaments en nens i nenes, la descripció de les possibles conseqüències físiques i psicològiques d'aquestes situacions, així com l'intent, en va, d'advertir a la comunitat mèdica del que ell va considerar, ja en el seu moment, un important problema de salut pública.

Alguns anys més tard, el radiòleg pediàtric John Caffey (1946) publica el seu descobriment de menors amb múltiples fractures òssies i altres lesions a nivell subdural, sense aparents problemes de salut que les poguessin ocasionar, i ho relaciona amb un possible origen traumàtic, malgrat la negació dels pares d'aquests nens i nenes. El 1953, un altre radiòleg, Frederic N. Silverman, atribueix les fractures denominades "espontànies", en menors amb una estructura òssia normal, a traumatismes no accidentals causats per agressions deliberades o negligència per part dels seus cuidadors. Cal tenir en compte que la idea d'acte deliberat en la comissió d'aquestes lesions, proposada per Silverman, forma part de la definició actual de maltractament infantil.

No serà, no obstant, fins l'any 1962, amb l'aparició de l'article *The battered child syndrome* del pediatre Henry Kempe i el seu equip quan, per primera vegada a la història, es presenta el problema de la violència cap a la infància sota el terme "maltractaments". L'impacte d'aquesta publicació va contribuir a la creació de lleis protectores de la infància i a importants canvis en la visió professional i social que hi havia sobre aquest tema. I no serà fins gairebé dues dècades després, l'any 1978, quan Kempe tornarà a publicar un article revelador, *Sexual abuse, another hidden pediatric problem*, destacant el gran desconeixement social i professional sobre aquest problema.

Els treballs de tots aquests autors van fomentar el canvi de pensament social i professional respecte a la victimització de menors considerada, fins a aquell

moment, com un fenomen poc freqüent, d'escassa gravetat i atribuït a persones amb trastorns psicopatològics o d'una classe social determinada.

B) Canvi en la consideració del nen o nena com a propietat i possessió de l'adult.

La construcció de la infància com un període de la vida diferenciat i amb drets propis ha estat el resultat d'una evolució lenta i progressiva sobre el que és i el que ha de ser un nen o nena, les seves característiques particulars i les seves necessitats específiques.

La consideració dels fills com a propietat i possessió dels pares, d'altres persones o fins i tot d'institucions, ha portat a justificar les agressions cap a la infància com a mètode acceptable de disciplina. Cal afegir que aquesta visió del menor com objecte propietat de l'adult ha provocat l'aparició del concepte de no intromissió en la vida familiar, que encara resta vigent en l'actualitat i que dificulta enormement el treball dels professionals dedicats a la protecció de la infància, que són percebuts, tant per la família com per la societat en la qual aquesta es troba, com a agents externs que interfereixen en la dinàmica del que hauria de ser un nucli tancat a l'exterior i amb les seves pròpies normes.

En aquest sentit, només recentment l'evolució legal i jurisprudencial ha portat a restringir progressivament el dret de correcció dels pares respecte als fills sotmesos a la pàtria potestat. Aquesta evolució ha culminat en la Llei 54/2007, que ha modificat l'article 154 del Codi Civil, segons el qual, en la seva anterior versió, els pares podien corregir moderada i raonablement als seus fills menors d'edat. Després d'aquesta reforma, el citat article omet tota referència al dret de correcció, la qual cosa ha suscitat certa controvèrsia social considerant la gran acceptació del càstig corporal al nostre país i malgrat les seqüeles adverses que han estat constatades empíricament respecte de l'ús del càstig físic amb menors (vegeu l'estudi metanalític de Gershoff, 2002).

C) Aprovació internacional dels drets dels infants.

L'evolució dels drets dels infants culmina al segle XX amb el desenvolupament de diverses legislacions, tant a nivell nacional com internacional, incloent el

concepte de maltractament i el seu tractament com a problema. Entre elles destaca, per la seva rellevància en el tema que tractem, la Convenció dels Drets dels Infants de les Nacions Unides de 20 de novembre de 1989, ratificada per Espanya i publicada en el B.O.E. nº313 de 31 de desembre de 1990.

La Convenció reconeix tots els nens i nenes com a subjectes de dret, definint la infància com "*tot ésser humà menor de 18 anys d'edat, excepte si ha obtingut abans la majoria d'edat a nivell legal*" (Art. 1). La Convenció empara i defensa el dret a ser nen, basant-se en la necessitat de poder gaudir de la infància quan correspon per poder arribar a ser un bon adult.

L'article 19 estableix que els nens i nenes han de ser protegits contra "*tota forma de perjudici o abús físic o mental, descuit o tracte negligent, maltractaments o explotació, mentre el nen es trobi sota la custòdia dels seus pares, d'un tutor o de qualsevol altra persona que el tingui al seu càrrec*", així com també estableix l'obligació dels Estats que ratifiquin la Convenció de protegir als nens i nenes d'aquests maltractaments. Específicament relacionat amb la victimització sexual, l'article 34 subratlla que "*tots els Estats Parts es comprometen a protegir el nen contra totes les formes d'explotació i abusos sexuals*", i inclou l'explotació del menor en la prostitució, espectacles o materials pornogràfics o altres pràctiques sexuals il·legals. L'article 39, per la seva banda, exigeix l'adopció de les mesures apropiades per promoure la recuperació física i psicològica del menor, així com la reintegració social, de tot nen i/o nena víctima d'abandó, explotació o abús.

A nivell estatal, actualment tant la Constitució espanyola com el Codi Civil esmenten de forma explícita la protecció a la infància, així com l'obligació de comunicar a l'autoritat competent aquells casos de maltractaments dels quals es tingui coneixement (vegeu el Quadre 1).

**Quadre 1. Art. 131 sobre obligacions dels ciutadans i deure reserva de la Llei Orgànica 1/96, de 15 de Gener, de Protecció Jurídica del menor (BOE 17.01.96).**

"tota persona o autoritat, i especialment aquells que per la seva professió o funció, detectin una situació de risc o possible desemparament d'un menor, ho comunicaran a l'autoritat o els seus agents més propers, sense perjudici de prestar-li l'auxili immediat que precisi"

Cal fer referència, alhora, a la nova Llei dels Drets i les Oportunitats en la Infància i l'Adolescència, aprovada pel Parlament de Catalunya el 12 de maig de 2010, i que, novament, situa l'infant i l'adolescent com a subjecte de drets i oportunitats, actualitzant la normativa que fins ara hi havia en aquest camp per adaptar-la a les noves necessitats i circumstàncies socials. També s'ha d'esmentar la reforma del Llibre II relatiu a la persona i la família, del Codi Civil de Catalunya, de 29 de juliol de 2010, que ha fet una important aportació a l'autonomia dels menors i les seves capacitats, entre d'altres.

En aquest context sorgeix el concepte de victimologia del desenvolupament (Finkelhor, 2007), que defensa que els nens i nenes sofreixen les mateixes victimitzacions que els adults però, alhora, es troben en una posició de major risc per a la vivència, directa o indirecta, de moltes altres victimitzacions vinculades, principalment, al seu nivell de dependència, la qual cosa ens porta a considerar-los el grup d'edat més vulnerable en l'àmbit victimològic.

A més de la seva posició de dependència, les víctimes menors solen caracteritzar-se per alts o totals nivells d'inconsciència respecte a la victimització, el que les converteix en víctimes ideals (Herrera Moreno, 2006), aspecte que tindrà importants implicacions en les conseqüències psicològiques i socials que puguin derivar-se. Afegir que la seva debilitat física, la seva menor grandària, la seva falta d'autonomia i la seva total confiança en l'adult, però especialment, la tolerància social que ha existit respecte a la violència contra la infància, han afavorit que la victimització infantojuvenil sigui més freqüent del que inicialment podria estimar-se (Finkelhor [et al.], 2009), existint una preocupació cada vegada més insistent sobre la infància i la seva qualitat de vida.

Respecte a l'abús sexual infantil, aquesta ha estat una de les tipologies de maltractament més tardanament estudiades. La investigació sobre maltractament infantil es va iniciar focalitzant-se, gairebé exclusivament, en l'anàlisi dels maltractaments de tipus físic (Arrubarrena i De Paúl, 1999). No obstant això, quan s'abusa sexualment d'un nen o nena, no només hi ha un dany físic, sinó que generalment existeix també una seqüela psicològica. A causa de l'absència, en nombroses ocasions, d'un dany físic visible, així com a

la inexistència d'un conjunt de símptomes psicològics que permetin la seva detecció i diagnòstic unívoc, l'abús sexual infantil ha estat una tipologia victimològica difícil d'estudiar. D'altra banda, s'afegeixen les dificultats relacionades amb el tabú del sexe i, especialment, en relacionar aquest amb la infància, així com l'escàndol social que implica el seu reconeixement (Díaz Huertas [et al.], 2000).

No obstant, el reconeixement de l'abús sexual infantil com a victimització freqüent i amb importants i perdurables efectes psicològics, tant a curt com a llarg termini, ha donat lloc en l'última dècada a un notable creixement dels estudis sobre aquest tema tant a nivell nacional com internacional. Si bé en països com els Estats Units l'estudi de l'abús sexual infantil es va iniciar fa ja alguns anys (vegeu, per exemple, els treballs seminals de Finkelhor a principis de la dècada dels vuitanta), al nostre país l'aïllament sociopolític i l'escàs desenvolupament dels sistemes de protecció social durant el període de la dictadura han produït un retard en l'estudi d'aquest tema i, sobretot, en el coneixement i la sensibilització social sobre aquesta qüestió (Arruabarrena i De Paúl, 1999).

Tanmateix, durant l'última dècada han sorgit importants estudis que han afavorit l'avenç del coneixement sobre el problema de l'abús sexual infantil, així com l'establiment de dades nacionals que han permès la comparació amb la resta de països occidentals (Pereda [et al.], 2009). Aquest creixent interès tant a nivell professional com en els mitjans de comunicació, ha provocat un major coneixement del problema i una major sensibilitat social.

## **3.2 Victimització infantil: definició i tipologia**

### **3.2.1 Definició**

Per parlar de la definició de victimització infantil, des d'una perspectiva clínic-social, no vinculada amb la descripció jurídica del concepte, cal remuntar-se a la bibliografia sobre maltractament infantil ja que, històricament, en aquesta perspectiva, aquest últim ha estat el concepte més utilitzat. Però cal tenir en compte que la victimització fa referència a un conjunt més ampli

d'esdeveniments que el maltractament, sent aquest una de les possibles formes de victimització. Matisar que quan parlem de victimització fem referència a les formes de victimització interpersonal, i no a la derivada de desastres naturals o accidents, emmarcant-nos dins la denominada *victimologia criminològica*.

Una de les qüestions a ressaltar en l'estudi de la victimització infantojuvenil i, específicament del maltractament i l'abús sexual, és la dificultat de la seva definició. Què considerem victimització a la infància? No existeix una definició unificada i reconeguda de maltractament i, per tant, els professionals solen acollir-se, i fins i tot en molts casos arriben a establir, aquella que millor s'ajusta als objectius dels seus estudis (per a una revisió d'aquest tema vegeu Manly, 2005).

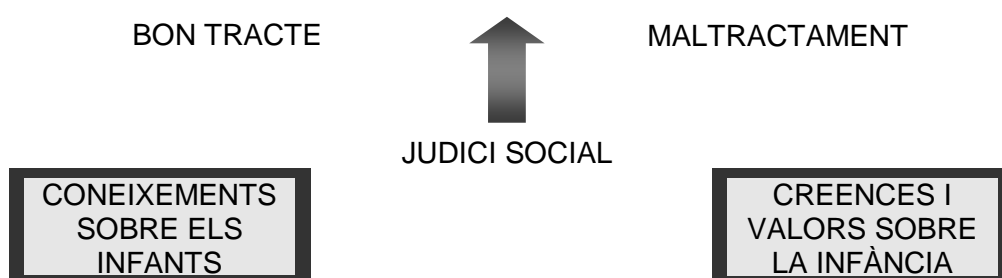
Aquesta multiplicitat de definicions influeix en totes les àrees d'estudi de la victimologia infantojuvenil i impossibilita un enteniment entre els diversos investigadors, així com realitzar comparacions entre diferents estudis. Les variades àrees professionals des de les quals s'ha considerat el problema (e.g., mèdica, psicològica, jurídica) i les diferents visions al respecte, han estat una de les causes que ha generat aquesta diversitat de definicions.

D'altra banda, en la definició de victimització infantil intervenen factors d'índole cultural que incideixen en la consideració i avaluació de la gravetat de determinades conductes. És molt difícil establir els límits o la línia divisòria que separa el maltractament del tracte adequat, ja que aquesta divisió es basa en un continu de conductes i no en categories independents (Whipple i Richey, 1997). El judici social que s'estableix per considerar una determinada pràctica de cria com a maltractant es configura a partir de dues variables dinàmiques i en constant relació: (a) els coneixements científics respecte al creixement, desenvolupament i necessitats evolutives de la infància, així com (b) les creences, valors i criteris socials que s'expressen a través de normes explícites i implícites en relació al que han de ser les cures i l'atenció que cal proporcionar als menors.



En aquest aspecte, quant més avança la investigació respecte a les necessitats de la infància, més es desenvolupa una cultura que valora i té en compte les seves atencions i drets. Al mateix temps, quant més es difon una cultura que valora positivament i respecta els drets dels nens i nenes, més s'impulsa la investigació i l'estudi sobre les necessitats de la infància. El Quadre 2 il·lustra aquesta informació.

**Quadre 2. Perspectiva històrico-cultural del maltractament (adaptat de Costa Cabanillas, Morales González i Juste Ortega, 1995).**



Alguns estudis s'han centrat en la presència de lesions físiques o psicològiques observables en el menor com a criteri per considerar una situació com a victimitzant per a l'infant. Són diversos els autors, però, que suggereixen que és preferible utilitzar un continu que inclogui també possibles conductes o situacions de risc, i no només una categorització dicotòmica, amb la finalitat de poder intervenir preventivament sobre aquests contextos de risc.

El *National Center on Child Abuse and Neglect* (1981) considera que "un nen o nena maltractat és aquell al que se li ha danyat el benestar físic o mental, o existeix l'amenaça de fer-ho, amb actes o omissions dels seus pares o altres persones responsables de la seva atenció", centrant-se en les conseqüències (el propi dany causat), alhora que afegint el criteri de risc, i incloent totes les possibles formes de maltractament.

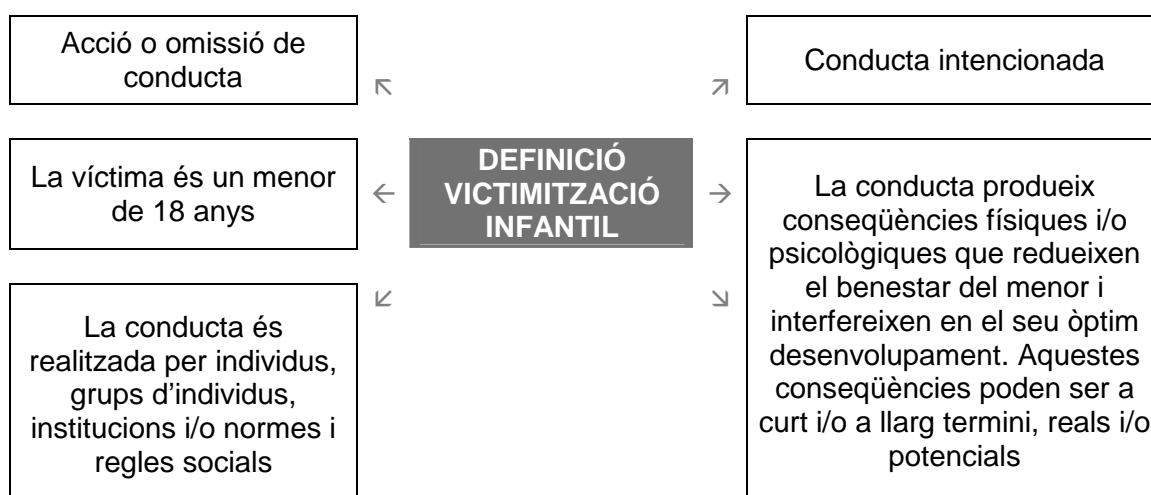
Cal tenir en compte que el maltractament infantil, malgrat veure's influït per variacions culturals, no és un problema relatiu culturalment, existint estàndards absoluts a nivell internacional, com la Convenció Internacional dels Drets dels Infants, independents de les normes culturals locals. En aquesta línia, Finkelhor

i Korbin (1988) defineixen el maltractament infantil com *"el dany causat a un nen que resulta d'una acció humana proscriu, propèra i evitable"*. Amb aquesta definició exclouen de la definició de maltractament tot aquell dany causat a un nen per causes naturals (no per accions humanes), aprovades socialment (com una intervenció quirúrgica) o davant les quals no hi ha una altra solució possible (per exemple, no prestar atenció mèdica al nen quan manquen els mitjans per atendre'l en la seva cultura). La proximitat es refereix al fet que el maltractament es caracteritza per la seva realització propèra i directa sobre el nen (agressió física o abús sexual), si bé alguns actes no tan propers al menor poden ocasionar-li un dany directe (per exemple, l'absència de lleis que impedeixin l'explotació laboral de l'infant en un determinat país) i ser també considerats una forma de maltractament.

De la revisió de les definicions exposades s'extreuen aquells referents que ha de tenir la definició de maltractament infantil i, per extensió, la victimització infantil que, resumits, són:

- Forma que adopten: és necessari referir-se tant a les accions com a les omissions de conducta o negligència.
- Víctima menor de 18 anys, amb l'excepció que hagi aconseguit abans, en virtut de la llei que li sigui aplicable, la majoria d'edat legal.
- Possibles victimaris (han d'incloure tots els casos): pares, cuidadors o qualsevol altre individu, institucions, i normes i regles socials.
- Intencionalitat de la conducta: aquelles accions no intencionades, accidentals, han d'excloure's.
- Conseqüències de la victimització per a la víctima, incloent tant el dany real com el potencial: reducció del benestar infantil, amenaça a les necessitats físiques i psicològiques, interferència en l'òptim desenvolupament del nen i/o possibles seqüeles a llarg termini (vegeu Quadre 3).

### Quadre 3. Definició de victimització infantil.



### 3.2.2 Tipologia

No hi ha una única tipologia de victimització infantil. Segons la definició que prenguem com a referent, obtindrem unes classificacions o altres, més o menys àmplies. En totes elles trobem similituds quant a les tipologies principals, no obstant això, les múltiples diferències en les subtipologies i la inclusió o no d'unes o altres conductes com a formes de victimització segons els autors, dificulten enormement la detecció dels casos, així com impossibiliten plans d'actuació preventiva aplicables a nivell nacional. Destaca, però, la importància de diferenciar entre formes de victimització, atès que alguns estudis constaten l'existència de diferents conseqüències psicològiques associades a cada tipologia (Pears, Kim i Fisher, 2008).

Una de les classificacions més utilitzada, i que prové de la bibliografia sobre maltractament infantil, és aquella que organitza els tipus de victimització entorn a dues grans dimensions: activa-passiva i física-emocional (Arrubarrena i De Paúl, 1999). En aquest sentit, la victimització activa o maltractament actiu implica una acció del victimari (física o psicològica), que causa un dany al menor o el col·loca en situació de greu risc de patir-lo. D'altra banda, la victimització passiva-negligència es refereix a l'omissió d'accions necessàries per al benestar del menor.

**Quadre 4. Formes de victimització infantil (adaptat d'Arrubarrena i De Paúl, 1999).**

VICTIMITZACIÓ	ACTIVA	PASSIVA
FÍSICA	Abús físic Abús sexual	Abandonament físic (o negligència física)
EMOCIONAL	Abús emocional	Abandonament emocional (o negligència emocional)

En aquest esquema, i seguint a Arrubarrena i De Paúl (1995), l'*abús físic* és definit com *"qualsevol acció no accidental per part dels pares o cuidadors que provoqui dany físic o malaltia en el nen o el col·loqui en greu risc de patir-lo"*.

Per la seva banda, l'*abandó o negligència física* es defineix com *"aquella situació on les necessitats físiques (alimentació, vestit, higiene, protecció i vigilància en les situacions potencialment perilloses, educació i/o cures mèdiques) i cognitives bàsiques del menor no són ateses temporal o permanentment per cap membre del grup que conviu amb el nen"*.

En tercer lloc, respecte a l'abús sexual, i donades les seves especials característiques victimitzants, serà definit i analitzat en profunditat en l'apartat següent.

L'*abús o maltractament emocional* es refereix a la *"hostilitat verbal crònica en forma d'insult, menyspreu, crítica o amenaça d'abandó, i constant bloqueig de les iniciatives d'interacció infantils (des de l'evitació fins al tancament o confinament) per part de qualsevol membre adult del grup familiar"*.

Finalment, l'*abandó o negligència emocional* és definit com la *"falta persistent de resposta als senyals (plor, somriure), expressions emocionals i conductes procuradores de proximitat i interacció iniciades pel nen i la falta d'iniciativa d'interacció i contacte, per part d'una figura adulta estable"*.

El *retard no orgànic en el desenvolupament* és freqüentment considerat una conseqüència del maltractament emocional, actiu o passiu i es defineix com *"aquells casos en els quals existeixen alteracions en el desenvolupament del nen o nena sense que existeixin malalties orgàniques que les ocasionin"*.

*Aquestes alteracions poden manifestar-se amb un pes o alçada baixos o un retard de la pubertat durant la infància i en l'adolescència, que es recuperen en un ambient amb l'atenció i les cures adequades" (López, 1995).*

Altres autors, ampliant la tipologia bàsica de formes de victimització presentada (Arrubarrena i De Paúl, 1999), afegeixen nous tipus, vinculats amb el constant desenvolupament social i amb una major sensibilitat de protecció vers la infància i l'adolescència, com són els que es presenten a continuació.

Cal tenir en compte el *maltractament prenatal* (també denominat abús fetal; Kent, Laidlaw i Brockington, 1997), ja sigui per acció o omissió, i definit com *"aquelles circumstàncies de la vida de la mare, sempre que existeixi voluntarietat o negligència, que influeixin negativa i patològicament en l'embaràs i repercuteixin en el fetus"*.

Destaca també el *maltractament laboral actiu* o *explotació laboral* conceptualitzat com la *"utilització de nens per obtenir benefici econòmic, que impliqui explotació i l'acompliment de qualsevol treball que pugui entorpir la seva educació o ser nociu per a la seva salut o desenvolupament físic, mental, espiritual o social"*; i el *maltractament laboral passiu* *"no atendre a les necessitats educatives del nen i de formació per a la vida laboral"* (Díaz Huertas [et al.], 1999). Una tipologia molt vinculada amb aquesta forma és la mendicitat, referint-se a *"aquelles situacions en les quals el nen és utilitzat habitual o esporàdicament per mendicar, o bé el nen exerceix la mendicitat per iniciativa pròpia"* (Jiménez Morago [et al.], 1995).

És important incloure també la *corrupció* com a forma de victimització infantil i definida com *"aquelles conductes de les persones que promouen en el nen pautes de conducta antisocial o desviada, particularment a les àrees de l'agressivitat, l'apropiació indeguda, la sexualitat o el tràfic o el consum de drogues"* (Inglés, 2000).

També ha d'afegir-se el *maltractament institucional*, entès com a *"qualsevol legislació, programa, procediment, o actuació o negligència dels poders públics o derivada de l'actuació individual professional que comporti abús, detriment de la salut, seguretat, estat emocional, benestar físic, correcta maduració o que*

*violi els drets bàsics del nen i/o la infància*" (Díaz Huertas [et al.], 1999), si bé altres autors consideren les institucions com a possible agressor i no com a tipologia de maltractaments.

La *incapacitat per part dels cuidadors de controlar i manejar de manera adaptativa la conducta del menor*, també ha estat inclosa per altres autors com a forma de maltractament (De Paúl [et al.], 1995).

Un dels tipus de victimització menys freqüent però d'extrema gravetat per a la salut física del menor és la *submissió a drogues o fàrmacs o Síndrome de Münchhausen per Poders*, referida a aquells casos en els quals *"el menor és víctima de forma repetida de la simulació o provocació de símptomes de malaltia, per part dels seus pares o cuidadors, sotmetent-lo a controls mèdics i tractaments innecessaris així com a procediments diagnòstics habitualment invasius i nocius"* (vegeu Meadow, 1977).

Cal afegir una categoria de maltractament recentment considerada com és el *menor exposat a violència familiar*, definit com aquells infants i adolescents que presencien de forma habitual les agressions, ja siguin físiques o emocionals, d'un membre de la família cap a un altre o uns altres. Si bé els estudis s'han focalitzat, especialment, en la violència d'un progenitor cap a l'altre, és important tenir en compte una nova línia d'estudi, centrada en les repercussions que pot tenir per a un nen o nena estar exposat a les agressions i abusos d'un dels progenitors cap als seus germans o germanes (Finkelhor, 2007).

El *bullying* o *maltractament entre iguals* és una altra d'aquestes tipologies, definida com la *"conducta de persecució física i/o psicològica que realitza un alumne contra un altre, al que escull com a víctima de repetits atacs. Aquesta acció negativa i intencionada, situa a la víctima en una posició de la qual difícilment pot sortir pels seus propis mitjans"* (Olweus, 1993). Destacar el denominat *ciberbullying* dins de l'adaptació d'aquest tipus de victimització a la utilització de dispositius electrònics i noves tecnologies (Smith i Slonge, 2010).

Cal afegir l'impacte psicològic que suposa en els menors l'*exposició a violència comunitària*, especialment, a les guerres i al terrorisme. Aquesta tipologia de

victimització genera profunds sentiments de terror en el menor, violant l'assumpció humana bàsica de seguretat (Alkhatib, Regan i Barrett, 2007).

En relació amb aquesta tipologia, ha de tenir-se en compte la greu situació de victimització que experimenten els *menors desplaçats i refugiats*. Són nens i nenes que han estat perseguits i traslladats forçosament de la seva comunitat d'origen per causes de violència política, sofrint importants situacions de crueltat, racisme i prejudicis culturals, negligència i deprivació, i abús institucional, entre d'altres (McCallin, 1991).

Finalment, destaquen els denominats *menors soldat o utilització dels nens i nenes en conflictes armats i atemptats terroristes*. Es pressuposa que existeixen entre 300.000 i 500.000 menors de 18 anys utilitzats en conflictes armats i atemptats suïcides en països de tots els continents, des de Sierra Leone, a Afganistan, Colòmbia, Israel i Palestina o Turquia. Destacar que prop de la meitat d'aquests menors són nenes utilitzades com a soldats, alhora que víctimes d'abusos i explotació sexual per part dels seus superiors i companys (Blom i Pereda, 2009).

A més de la multiplicitat de tipologies presentades, cada autor les sol dividir en subtipologies, com per exemple en el cas del maltractament físic on es contempla la síndrome del nen sacsejat (*shaken baby syndrome*), el qual es produeix en bebès de pocs mesos en sacsejar-los el cap bruscamment cap a davant i cap a enrere, copejant el cervell contra les parets del crani i provocant hemorràgies i múltiples lesions cerebrals (Hennes, Kini i Palusci, 2001).

Al seu torn, els nens, nenes i joves poden ser víctimes de totes aquelles formes de victimització que queden recollides en els estudis realitzats amb adults, especialment delictes comuns, com a furts i robatoris, vandalisme, amenaces i intimidació (Finkelhor, 2007).

No obstant això, hem de ser conscients que aquelles formes de victimització més comunes són les comeses per adults de l'entorn proper del menor víctima, primordialment aquelles portades a terme pels seus cuidadors principals, configurant aquests, segons els estudis, el 80% dels victimaris de menors (Finkelhor i Ormrod, 2000).

Destacar, per altra banda, que les víctimes d'un únic tipus de maltractament són molt poc freqüents, sent el més comú la combinació de diversos maltractaments en un mateix menor (Saldaña, Jiménez i Oliva, 1995). És per això que les tipologies no són, ni han de ser considerades, mútuament excloents, permetent la incidència de més d'un tipus de victimització en cada cas individual. Malgrat ser un fet acceptat per tots els professionals que treballen amb menors víctimes (segons Pears [et al.], 2008 prop del 90% dels casos que són coneguts pels sistemes de protecció infantil han estat víctimes de múltiples formes de maltractament), cal tenir en compte que els treballs duts a terme fins a èpoques recents s'han centrat en un únic tipus de victimització (com pot ser el bullying, l'abús sexual, o el maltractament físic), fragmentant-se la investigació en el camp de la victimologia del desenvolupament i impedit considerar els freqüents i greus casos de polivictimització o acumulació de diferents tipus de victimització en la vida del nen o nena, així com les seves importants conseqüències al llarg del desenvolupament. Com afirma Finkelhor (2007), hem de ser conscients que, per a alguns menors, l'experiència de violència és més una condició vital permanent que un succés puntual.

### **3.3 Victimització sexual infantil: definició i tipologia**

#### **3.3.1 Definició**

En l'àmbit de la victimització sexual, les dificultats per definir quines conductes podem incloure en aquesta categoria són encara més evidents. D'una banda, els professionals discrepen en múltiples criteris com l'edat límit del victimari o l'edat de la víctima, entre d'altres. D'altra banda, segons el sector professional en el qual ens situem, trobarem definicions més àmplies (professionals de l'àmbit social i de la salut) o més restrictives (professionals de l'àmbit policial i de justícia). Les dificultats, en molts casos, per a demostrar a nivell penal l'existència d'aquest tipus de delictes sexuals contra un menor fa que, freqüentment, no hi hagi una correspondència entre el concepte clínic i el concepte jurídic d'aquest problema. Cal afegir que, des de l'inici del seu estudi, la definició de victimització sexual ha anat variant i, en molts casos, ampliant-se per afegir noves tipologies anteriorment no incloses. Destacar, al seu torn,



l'efecte de la cultura en la definició de violència sexual, especialment en països que no pertanyen al corrent de pensament occidental (Stainton Rogers, Stainton i Musitu, 1994).

Trobar una definició adequada per a la victimització sexual, però, resulta transcendent, ja que d'aquesta definició dependran qüestions de gran implicació clínica com la detecció dels casos o les estimacions estadístiques que il·lustren la gravetat del problema, entre d'altres (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000).

Entenent que l'abús sexual infantil, és a dir, aquella forma de victimització sexual en la que el victimari no utilitza violència explícita amb el menor, és la tipologia de victimització sexual més freqüent i sobre la qual existeix més investigació, al nostre país la majoria de professionals segueixen els criteris proposats per Finkelhor i Hotaling (1984) i ratificats per López (1994) per definir aquesta situació. Per a aquests autors els abusos sexuals de menors han de ser definits a partir de dos grans conceptes, com són la coerció i l'asimetria d'edat (vegeu el Quadre 5).

**Quadre 5. Criteris de definició de l'abús sexual infantil.**

<b>COERCIÓ</b>
es refereix al contacte sexual mantingut amb un menor mitjançant l'ús de la manipulació, la pressió, l'autoritat o l'engany, i ha de ser considerada criteri suficient per etiquetar una conducta d'abús sexual, independentment de l'edat del victimari
<b>ASIMETRIA D'EDAT</b>
l'asimetria d'edat, o desigualtat madurativa, impedeix la veritable llibertat de decisió del menor i impossibilita una activitat sexual compartida, ja que els participants tenen experiències, grau de maduresa biològica i expectatives sobre la relació sexual molt diferents
(Cantón Duarte i Cortés Arboleda, 2000)

L'adopció d'aquests criteris facilita la detecció dels casos i té l'avantatge d'incloure els abusos sexuals que cometen uns menors sobre els altres i que, en els últims anys, semblen ser un problema que els professionals han d'afrontar de forma freqüent (Sperry i Gilbert, 2005).

Si bé poden aparèixer dificultats en delimitar quina és la diferència d'edat entre els participants d'una relació sexual per poder considerar que s'està produint un abús sexual, la majoria d'especialistes, seguint les recomanacions de Finkelhor i Hotaling (1984), consideren una diferència d'edat de cinc anys quan el menor en té menys de 13, i de deu anys si aquest té entre 13 i 16 anys (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000; López, 1994).

En línia amb aquestes idees, el *National Center on Child Abuse and Neglect* va proposar, ja al 1978, la següent definició (a Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000) considerant que es dona abús sexual *"en els contactes i interaccions entre un nen o nena i un adult, quan l'adult (victimari) usa al nen o nena per estimular-se sexualment ell mateix, al nen o nena o a altres persones. L'abús sexual pot també ser comès per una persona menor de 18 anys, quan aquesta és significativament més gran que el nen o nena (la víctima) o quan (el victimari) es troba en una posició de poder o control sobre un altre menor"*. Aquesta definició és àmpliament utilitzada, ja que permet incloure dins del concepte d'abús sexual infantil els criteris de coerció i asimetria d'edat, així com els contactes sexuals, les formes d'explotació sexual (pornografia i prostitució infantil, entre altres) i la presència de conductes sense contacte físic.

### **3.3.2 Tipologia**

Existeixen múltiples conductes i situacions que poden incloure's dins del que podríem denominar l'espectre de la victimització sexual infantil. Els canvis socials i tecnològics donen lloc, al seu torn, a noves tipologies que els professionals han de conèixer per a la seva correcta detecció, diagnòstic i tractament.

Dins de les tipologies de victimització sexual s'inclouen tant les conductes que impliquen *contacte físic* (carícies, masturbació, penetració oral, anal o vaginal), com aquelles que *no impliquen directament aquest contacte* (proposicions verbals explícites, exhibir els òrgans sexuals a un nen o nena amb el propòsit d'obtenir excitació o gratificació sexual, realitzar l'acte sexual intencionadament davant la presència d'un menor, masturbar-se en presència d'un nen o nena, utilització del menor per a la creació de materials pornogràfics). L'existència

d'abusos amb contacte físic, destacant la penetració oral, anal o vaginal com una de les experiències amb un efecte més traumàtic, ha estat constatada com una variable de risc per al desenvolupament de psicopatologia en la víctima (Mennen i Meadow, 1995).

D'altra banda, l'abús sexual pot ser *intrafamiliar*, també denominat incest, i que es produeix quan "el contacte físic sexual o l'acte sexual és realitzat per un parent de consanguinitat (pare/mare, avi/àvia) o per un germà/a, oncle/a, nebot/a. S'inclou també el contacte físic sexual amb figures adultes que estiguin cobrint de manera estable el paper de figures parentals"; o *extrafamiliar*, que es dona quan hi ha contacte sexual entre un adult i un menor exceptuant els casos assenyalats per l'incest (Fischer i McDonald, 1998). Cal tenir en compte que l'existència d'una relació estreta, d'intimitat i confiança, entre agressor i víctima abans de l'abús i, especialment, que l'agressor pertanyi a la pròpia família, destacant per la seva elevada freqüència la figura paterna, és una de les variables que implica un major risc de problemes psicològics posteriors (Mennen i Meadow, 1995).

Tindríem també abusos *aguts*, que el menor sofreix en una única ocasió, habitualment duts a terme per agressors desconeguts, o *crònics*, referits a aquells que es produeixen en més d'una ocasió, poden perdurar llargs períodes de temps i solen ser comesos per coneguts del menor (Echeburúa i Guerricaechevarría, 2000).

Estudis recents inclouen una nova categoria, dins de l'abús sexual sense contacte físic, com és l'*exposició involuntària a material sexual a Internet* (Mitchell, Finkelhor i Wolak, 2001). En aquest cas no existiria un agressor directe, sinó que el menor, per si sol, en utilitzar Internet per xatejar, buscar informació o jugar, és exposat de forma involuntària a un material amb escenes sexuals explícites. Sabina, Wolak i Finkelhor (2008) van trobar que un 93% dels nois i un 62% de les noies a qui van entrevistar havien estat exposats a pornografia a Internet, generalment abans de la majoria d'edat, confirmant l'elevada freqüència d'aquest tipus de victimització, així com el malestar psicològic que provoca en els menors avaluats.

És evident que l'ús de les noves tecnologies, destacant la utilització d'Internet com a eina escolar i de joc i l'ús de telèfons mòbils, és una realitat per a la nostra joventut, convertint-se en un nou i excitant espai on relacionar-se i explorar el món si bé és important advertir sobre els seus riscos i els perills potencials que implica un mal ús d'aquests recursos. Cal destacar, en aquest context, l'assetjament sexual de menors a través d'Internet o *online grooming*, recentment introduït com a tipus delictiu des de la reforma del Codi Penal operada per la LO 5/2010, de 22 de junio<sup>1</sup>, dins del Libro Segundo, Título VIII “Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales” i es refereix a “*el que a través de Internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de trece años y proponga concertar un encuentro con el mismo a fin de cometer cualquiera de los delitos descritos en los artículos 178 a 183 y 189, siempre que tal propuesta se acompañe de actos materiales encaminados al acercamiento*” (Art. 183 bis). Atenent a aquesta definició, l'assetjador ha de mostrar la seva intenció de cometre un delictes d'agressió, abús sexual o utilització del menor per fer-lo participar en espectacles exhibicionistes o pornogràfics, exigint-se per a la seva punibilitat que aquest contacti i rebi una resposta del nen, nena o adolescent menor de 13 anys i que la seva conducta d'assetjament se situï més enllà del món virtual i transcendeixi a conductes al món real, com citar-se amb el menor. Per tant, s'estableix com a punible l'acte preparatori per a la comissió dels altres delictes contra la llibertat sexual. La naturalesa d'aquest delictes seria de perill, ja que el delictes es configura no atenent a la lesió efectiva del ben jurídic sinó a un comportament perillós per al menor (Dolz, 2011).

Des de la perspectiva de la victimologia del desenvolupament, l'online grooming, també denominat *online sexual solicitation*, s'entén, d'una forma més àmplia que l'establerta com a punible pel Codi Penal, i es defineix com el procés pel qual un individu entra en contacte amb un menor a través d'Internet, establint una relació amb aquest d'aparent amiat, amb la intenció de mantenir conductes sexuals online o citar-se al món real per cometre abusos sexuals (Webster [et al.], 2010).

---

<sup>1</sup> Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, del Código penal. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de junio de 2010, núm. 152, p. 54811

En aquesta línia, altres estudis han analitzat les característiques i efectes psicològics de les *trucades telefòniques obscenes*. Aquesta tipologia d'abús sexual sense contacte físic sembla comportar un important malestar psicològic en els menors a qui es va entrevistar, especialment quan es repeteix en el temps i el menor obeeix les ordres de l'assetjador, així com una tendència a ocultar aquesta experiència per sentiments d'incomoditat i vergonya (Larsen, Leth, i Maher, 2000).

Destacar el recent *sexting*, compost per les paraules angleses *sex* i *texting*, en referència a l'ús de telèfons mòbils amb càmeres incorporades per produir i distribuir imatges d'un mateix, o uns altres, en una postura o actitud provocativa que manifesten una clara intenció sexual (Agustina, 2010) i que pot comportar greus conseqüències per a l'estat emocional i el desenvolupament del menor implicat.

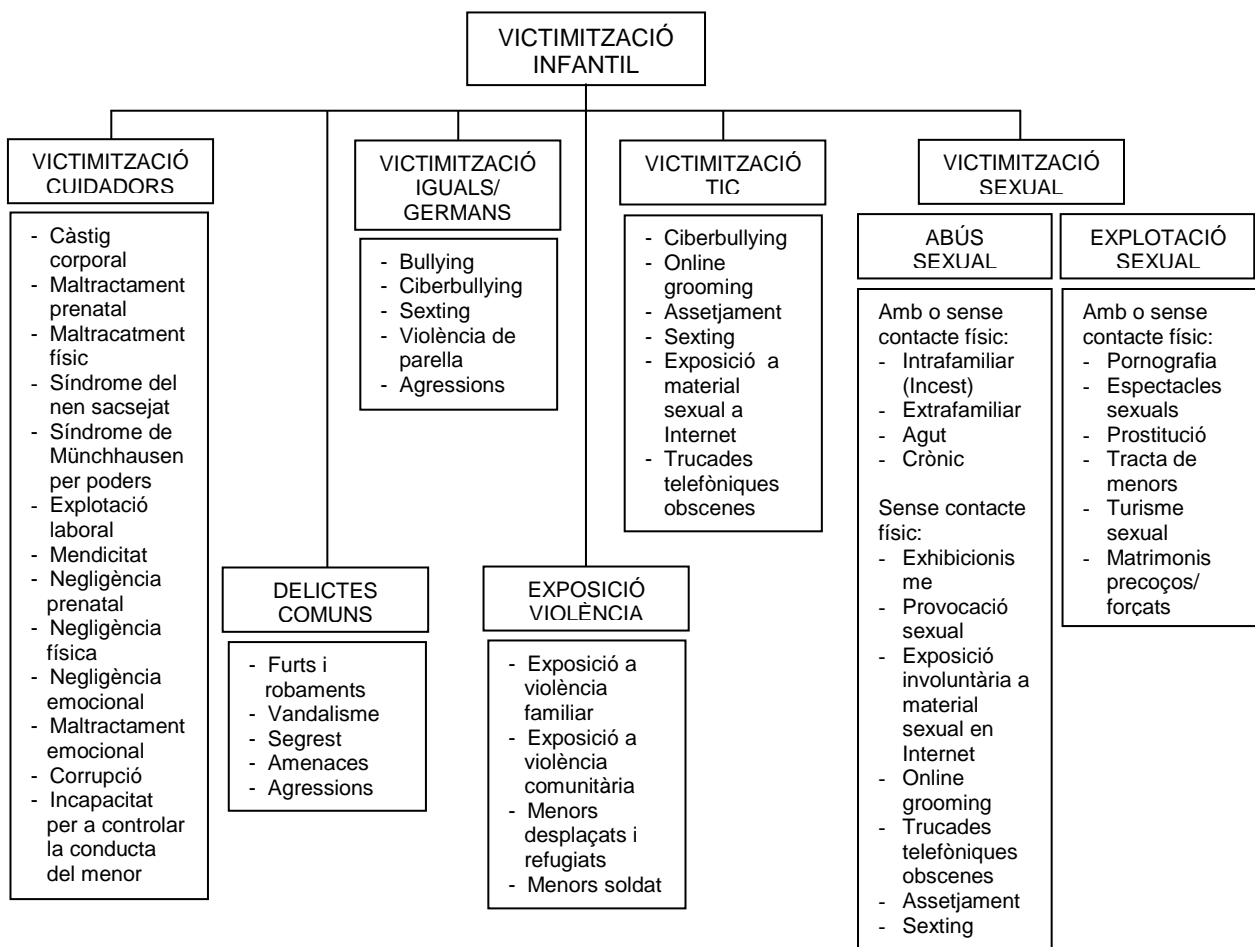
És important destacar, per les seves característiques i efectes específics en les seves víctimes, l'*explotació sexual infantil* (UNICEF, 1996), considerada una de les violacions més severes dels drets humans de nens, nenes i adolescents i una forma d'esclavitud contemporània, basada en l'abús sexual del menor i en la seva remuneració econòmica o en espècie, ja sigui per a la pròpia víctima o per a terceres persones. Si l'abús sexual infantil és una problemàtica que ha romàs invisible durant anys, l'explotació sexual de menors segueix sent un problema desconegut per gran part dels professionals, convertint-se aquest maltractament sexual en una qüestió que afecta, en major o menor mesura, a tots els països (Lemmey i Tice, 2000).

L'explotació sexual de nens, nenes i adolescents pot prendre diverses formes que solen estar molt relacionades entre sí i entre les quals destaca la creació de *pornografia infantil* i els *espectacles sexuals* en els quals participen nens, nenes i adolescents; l'*explotació dels menors a través de la prostitució o prostitució infantil*, no restringint-se a les relacions mitjançant coit, sinó que inclou també qualsevol altra forma de relació sexual o activitat eròtica (Eastes, 2001); el *tràfic de nens, nenes i adolescents amb finalitats d'explotació sexual*; l'*explotació sexual comercial infantil en els viatges o turisme sexual infantil* referida a l'explotació infantil comesa per persones que es desplacen fora o dins

del seu país amb l'objecte de mantenir relacions sexuals amb menors de 18 anys (ECPAT, 2004); i els *matrimonis precoços i/o forçats*, sense consentiment real del menor, atès que en molts casos els nens i nenes són obligats o, simplement, són massa joves per prendre una decisió real, amb coneixement de causa, respecte a les implicacions que aquest acte comporta (UNICEF, 2001).

En suma, al Quadre 6 s'ofereix una classificació de les diverses tipologies de victimització infantojuvenil, elaborada a partir de la bibliografia precedent. S'han classificat les diferents formes de victimització en victimització per part de cuidadors, delictes comuns, victimització per part d'iguals i/o germans, exposició a violència, victimització a través de les noves tecnologies i victimització sexual que, al seu torn, queda dividida en les diferents formes que coneixem sota el concepte clínic genèric d'abús sexual i els tipus d'explotació sexual.

**Quadre 6. Classificació de les formes de victimització infantil (elaboració pròpia a partir de Finkelhor, 2007).**



### **3.4 Incidència de la victimització infantojuvenil a Espanya**

A l'estat espanyol, comptem amb diversos treballs sobre victimització de menors duts a terme a nivell nacional i en diferents comunitats autònomes. Cal tenir en compte, però, que la majoria d'aquests estudis se centren en un únic tipus de victimització, especialment en l'assetjament escolar o bullying. Per altra banda, pràcticament la totalitat dels treballs que abasten diverses formes de victimització s'han dut a terme amb les dades obtingudes dels serveis de protecció al menor de les diverses Comunitats Autònomes (Moreno Manso, 2002). Aquest fet suposa importants limitacions a nivell metodològic i la inclusió de formes de victimització molt específiques i amb característiques molt particulars, principalment el maltractament físic, la negligència i l'abús sexual, que impliquen generalment als cuidadors com a victimaris.

A continuació es revisaran algunes d'aquestes investigacions per a il·lustrar la realitat de la victimització infantojuvenil a Espanya.

Un dels escassos estudis d'incidència de la victimització infantojuvenil, realitzat a nivell nacional, que ha permès quantificar aquest problema és el realitzat per Saldaña [et al.] (1995). Aquests autors van revisar la totalitat (n= 32.483) dels expedients de menors oberts pels serveis de protecció de la infància de les diferents administracions autonòmiques en els anys 1991 i 1992. El nombre total de nens i nenes en els quals es va apreciar alguna forma de maltractament va ser de 8.565, la qual cosa representa una mitjana anual de 0,44%. Respecte a l'abús sexual infantil, el nombre de nens i nenes afectats va ser de 359, un 4,2% del total de nens i nenes maltractats, no incloent-se la definició d'abús sexual infantil utilitzada.

Més recentment, el *Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia* (Sanmartín, 2002) ha establert la incidència del maltractament infantil intrafamiliar a Espanya. Seguint la metodologia de l'estudi de Saldaña [et al.] (1995) aquesta investigació va analitzar els expedients de protecció al menor (n= 32.741) de totes les comunitats autònomes espanyoles entre 1997 i 1998. En aquest estudi, d'un total de 16.189 casos detectats de maltractament infantil (un 0,71% del total de la població espanyola menor de 18 anys), un 2,4% (n=

396) havien sofert abús sexual, definit com qualsevol comportament en què el menor és utilitzat com a mitjà per obtenir estimulació o gratificació sexual.

Els estudis revisats, però, basats en les estadístiques obtingudes de les administracions públiques, subestimen les dimensions reals del problema de la violència dirigida a la infància. En aquest sentit, la realització d'entrevistes a menors que poden estar sent víctimes de violència és un tipus de metodologia escassament aplicat a Espanya.

Destaquen els treballs d'Hava (1995) i Lila, Herrero i Gracia (2008), que utilitzen tècniques d'autoinforme i que han obtingut importants taxes de victimització en joves espanyols. Concretament, a l'estudi d'Hava García (1995), amb una mostra de 532 joves de la província de Cadis, s'obtenen percentatges importants de delictes contra la propietat (per sobre del 50%), agressions físiques (prop d'un 35%) i agressions sexuals (més del 30% de les joves i prop del 10% dels nois) que permeten confirmar que els menors sofreixen un risc de victimització major que la població adulta. Més recentment, Lila i col·laboradors (2008), amb una extensa mostra de 1.908 adolescents valencians d'entre 13 i 18 anys, han avaluat la freqüència de sis formes de victimització (furts, agressions físiques, insults, amenaces, xantatge i intimidació amb arma) en els contextos escolar, familiar i al carrer. Els autors troben, novament, elevats percentatges de victimització en els menors principalment referits a les seves experiències al carrer i l'escola, amb únicament un 10,8% de joves no victimitzats.

### **3.5 Conseqüències de la victimització infantojuvenil**

#### **3.5.1 Conseqüències de la victimització de menors**

L'impacte que sobre els nens, nenes i joves tenen les experiències de victimització és molt més gran que els seus efectes immediats i visibles, afectant no solament al menor i a les relacions amb la seva família, sinó també a la societat en el seu conjunt (Finkelhor i Hashima, 2001). Hem de tenir en compte que l'experiència de victimització pot considerar-se una situació extrema en la vida de l'individu que, tal com exposen Lazarus i Folkman (1984),



sol resultar en un elevat nivell d'estrès i malestar en la gran majoria de persones.

Una de les conseqüències adverses més freqüents vinculades a l'experiència de victimització és el trastorn per estrès posttraumàtic. És al 1980 quan el trastorn per estrès posttraumàtic s'inclou per primera vegada al *Diagnostic Statistical Manual* (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980), com a categoria diagnòstica específica, dins dels denominats trastorns d'ansietat, com a resposta a les observacions dutes a terme amb veterans de guerra. En l'actualitat, per a diagnosticar aquest trastorn, es requereix d'un succés precipitant, conceptualitzat com “*un esdeveniment estressant i extremadament traumàtic*” (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) que inclou fets que no tenen per què haver estat experimentats per l'individu directament, però que han de produir reaccions emocionals intenses; i de la presència d'uns símptomes específics, que solen aparèixer en els tres primers mesos després de l'exposició al succés i que inclouen tres àrees principals, com són (a) la reexperimentació persistent de l'esdeveniment, a través d'imatges i pensaments intrusius i recurrents, flashbacks i al·lucinacions, respostes fisiològiques davant estímuls que recorden l'esdeveniment, somnis i malsons, entre d'altres; (b) l'evitació conductual i cognitiva d'aquells estímuls associats a l'esdeveniment traumàtic i/o l'embotament-paralització de la reactivitat general de l'individu; així com (c) la hiperactivació psicofisiològica, amb dificultats per conciliar o mantenir el son, irritabilitat i atacs d'ira, un estat d'alerta constant i respostes exagerades de sobresalt, entre d'altres.

D'aquesta manera, s'accepta que nens, nenes i adolescents poden també viure aquest tipus d'experiències traumàtiques, ja sigui directa o indirectament, i desenvolupar la tríada de símptomes característics del trastorn. No obstant això, els professionals refereixen que el diagnòstic de trastorn per estrès posttraumàtic segueix estant massa centrat en els adults i advoquen per uns criteris diferencials quan s'apliqui a menors, entre els quals destaca la proposta de Scheeringa [et al.] (2003), sensible a les diferències en funció dels estadis del desenvolupament i més centrada en l'observació de la conducta del menor que en la descripció verbal del succés que faci aquest, en contraposició al que

proposen els criteris diagnòstics oficials (American Psychiatric Association, 1994).

Aquest suggeriment sembla que ha estat recollit en la cinquena versió del manual que, si bé en el moment de redacció d'aquest informe encara no ha estat publicada, apunta a una diferenciació en els símptomes postraumàtics que presenten infants i adults. En aquesta línia, la investigació ha demostrat que els nens i nenes solen presentar símptomes lleugerament diferents als que manifesten els adults, especialment els preescolars, com són conductes regressives i somatitzacions -amb una major dependència de l'adult, dificultats per agafar el son, trastorns de l'alimentació-, conductes agressives -irritabilitat, rebequeries, conductes oposicionistes i destructives-, malsons i terrors nocturns, sentiment de culpa, així com la representació repetitiva de l'esdeveniment traumàtic, mitjançant jocs i dibuixos (Tareen, Garralda i Hodes, 2007).

Hem de tenir en compte que els estudis sobre prevalença del trastorn per estrès postraumàtic són escassos en població infantil i adolescent, si bé la presència de simptomatologia postraumàtica sol situar-se entre un 25 i un 60% dels menors víctimes d'esdeveniments violents (vegeu la revisió de Yule, 2001), la qual cosa pot considerar-se una minoria substancial.

Són diversos els autors que han plantejat que, si bé el diagnòstic de trastorn per estrès postraumàtic sol descriure amb molta precisió els símptomes que experimenta una persona que ha sofert un esdeveniment traumàtic puntual, amb una durada limitada, aquest no permet incloure la gravetat de les conseqüències psicològiques que resulten de l'experiència d'un esdeveniment traumàtic perllongat i repetit, com solen ser les experiències de victimització en la infància.

La psiquiatra Judith L. Herman, de la Universitat de Harvard, proposa el 1997 un nou diagnòstic per a aquestes víctimes denominat trastorn per estrès postraumàtic complex que, si bé no varia significativament del diagnòstic original, sí que té implicacions importants en la posterior intervenció amb aquestes víctimes, que haurà d'anar dirigida a tractar tot un seguit de

síntomes associats, a més de la simptomatologia postraumàtica per se. Cal destacar que durant esdeveniments traumàtics perllongats i repetits, com són les experiències de victimització en la infància, la víctima sol trobar-se en un estat de captivitat, ja sigui físic o emocional. En aquestes situacions, la víctima es troba sota el control del victimari i això té una sèrie d'implicacions psicopatològiques vinculades a canvis en la seva autopercepció, en la percepció que tingui del victimari i en el seu sistema de creences, entre d'altres, que no queden recollits en els criteris estrictes proposats en el DSM.

La nova categorització de Herman (1997) es basa en la proposta de Leonore C. Terr, centrada en les victimitzacions infantils, i qui ja l'any 1991 va proposar diferenciar entre trauma tipus I i trauma tipus II. El primer es refereix a un esdeveniment puntual, mentre que el segon es refereix a una exposició repetida, crònica, a esdeveniments traumàtics, que sol iniciar-se a una edat primerenca. La utilitat d'aquesta classificació, de forma similar a la de Herman (1997), són les seves implicacions terapèutiques que tenen en compte un grup de víctimes, amb característiques diverses, en funció dels diferents símptomes que presenten i de les diferents experiències de victimització que han viscut.

Però el trastorn per estrès postraumàtic no és l'única afectació que poden presentar aquests nens i nenes. Des de l'àmbit de la psicopatologia del desenvolupament, els resultats de diversos estudis suggereixen que la vivència d'una experiència fortament estressant, com és qualsevol de les formes de victimització que s'han descrit prèviament, en un període d'alta plasticitat neuronal com és la infància, provoca disregulacions en el desenvolupament neurofisiològic cerebral, la qual cosa, alhora, sembla comportar problemes de relació, disregulació de l'estat d'ànim i la conducta, així com múltiples problemes socials i emocionals en etapes posteriors (Putnam, 2006).

Cal afegir que l'exposició a la violència en els nens, nenes i adolescents pot comportar greus conseqüències psicosocials a llarg termini. Les experiències de victimització incideixen sobre la confiança de l'individu en si mateix, en els altres i en el futur (Janoff-Bulman, 1989) i destrueixen el denominat biaix optimista (*optimistic bias*) segons el qual l'individu subestima la seva vulnerabilitat personal davant d'esdeveniments vitals adversos (Weinstein,

1989), caracteritzant-se llavors per un component de pessimisme i incertesa. Davant de la victimització, la informació discordant amb aquests supòsits bàsics de confiança en un mateix i fe en el futur i en els altres no pot integrar-se i el menor, per tant, ha d'assumir que és vulnerable, que es troba en risc i que els seus supòsits bàsics sobre el món i sobre sí mateix són erronis. En un nen o nena, en el que les estructures bàsiques de la personalitat i la seva visió del món estan construint-se, aquest tipus de conseqüències poden arribar a ser devastadores.

Altres treballs han observat que els menors victimitzats, ja sigui de forma directa o indirecta, també desenvolupen actituds negatives i intolerants i una major acceptació de la violència com a forma de relació, que posteriorment seran molt difícils d'eradicar (Widom, 1989). Quan la victimització és una constant en l'entorn en el qual creix el menor, aquest acaba incorporant la violència no només com una forma de solucionar els problemes, sinó com l'única forma de protegir-se a sí mateix.

Els estudis posen de manifest que la victimització, especialment les formes de maltractament infantil, incrementen el risc de trastorns psicològics. Per exemple, en mostres d'infants i joves es constata que la victimització incrementa el risc de simptomatologia internalitzant de caire depressiu i externalitzant relativa a la ira i l'agressivitat (Turner [et al.], 2006). I en mostres d'adults joves, a més llarg termini, s'observa que el maltractament infantil incrementa la probabilitat de patir en algun moment de la vida principalment cinc tipus de trastorns: trastorn per estrès posttraumàtic, distímia, trastorn depressiu major, trastorn obsessiu-compulsiu i abús i dependència de substàncies (Scott, Smith i Ellis, 2010).

L'estudi de Finkelhor, Ormrod i Turner (2007) demostra que la polivictimització, o acumulació d'experiències victimitzants al llarg de la infància, s'associa a un pitjor malestar psicològic que la cronicitat de la victimització. A més, l'efecte de determinades victimitzacions en el nivell de malestar que presenta el nen o nena es redueix significativament quan es té en compte el conjunt de les altres victimitzacions viscudes. Els autors interpreten que l'efecte nociu especialment elevat de la polivictimització pot estar relacionat amb el fet que la violència

s'esdevé en múltiples contextos i de la mà de persones diferents, el que promou la generalització de determinades distorsions cognitives ja esmentades en aquest apartat.

### **3.5.2 Vulnerabilitat i protecció en menors víctimes**

Cal valorar, però, que no tots els menors presenten simptomatologia psicopatològica o una afectació en el seu funcionament habitual després de l'experiència de victimització. La investigació ha demostrat que una part d'ells es recupera ràpidament d'aquestes experiències traumàtiques i que únicament alguns d'ells presentaran problemes psicològics a llarg termini (entre un terç i un 70% dels menors que han estat maltractats, segons diversos estudis; Dumont, Widom i Czaja, 2007; Echeburúa, 2004).

En aquest sentit, la relació entre l'experiència de victimització en la infància i el desenvolupament de trastorns psiquiàtrics no sembla ser directa, obrint-se la investigació dels últims anys al concepte de resiliència o resistència a l'estrès (Masten, 2001). La presència o absència de certes variables, no únicament relacionades amb les característiques objectives de l'experiència de violència sinó també amb factors individuals i psicosocials, de manera consistent, facilitaria l'aparició de trastorns psicopatològics en situacions d'estrès; mentre que la presència o absència d'altres variables minimitzaria o anul·laria els possibles efectes psicològics relacionats amb aquesta situació i proporcionaria a l'individu la capacitat de resistència enfront d'aquest estressor (Rutter, 2007).

És, per tant, el procés o mecanisme d'interacció entre l'individu i la situació, no l'experiència de victimització en si, allò que comporta un risc o es constitueix en protecció, configurant-se un punt d'inflexió o *turning point* en la vida d'aquest (Rutter, 1990).

Aquests resultats suposen l'obertura a un ampli camp de treball i grans possibilitats d'intervenció i prevenció terciària per als professionals que atenen a víctimes. Un millor coneixement de les variables implicades en els processos de protecció de menors víctimes permetrà un millor tractament d'aquests, així com la prevenció de problemes psicològics posteriors. Si bé l'estudi de la

resiliència i les variables de vulnerabilitat i protecció presents en víctimes menors és recent, els resultats obtinguts impulsen la realització de nous treballs que permetin aclarir l'efecte de les mateixes en el benestar psicològic d'aquests nens, nenes i joves.

## 4. Hipòtesis

L'estudi es basa en el model de risc acumulatiu o polivictimització. Segons aquest, múltiples esdeveniments victimitzants en la infància combinen el seu efecte sobre el desenvolupament de l'individu, a nivell psicopatològic o de salut (Finkelhor [et al.], 2005a). D'acord a aquestes premisses, s'hipotetitza:

- HIPÒTESI 1: La incidència i prevalença de la victimització i la polivictimització en mostra clínica superarà els valors trobats fins al moment en els estudis portats a terme amb població comunitària (Finkelhor [et al.], 2005a; Fundación Paz Ciudadana, 2004).
- HIPÒTESI 2: El risc de patir diferents tipus de victimització (delictes comuns, victimització per cuidadors, victimització per iguals, victimització sexual, exposició a violència i victimització per Internet) variarà en funció del sexe dels adolescents (Finkelhor i Ormrod, 2000).
- HIPÒTESI 3: Els individus amb un nombre elevat d'experiències de victimització interpersonal a la infantesa i/o adolescència presentaran una major taxa de simptomatologia psicopatològica que els menys victimitzats, existint un efecte dosi-resposta entre quantitat d'exposició (victimització o polivictimització en la infància) i grau de psicopatologia (Claus i Crittenden, 1991; Finkelhor [et al.], 2007).

## 5. Disseny de la recerca

### 5.1 Selecció de la unitat d'anàlisi

La unitat d'anàlisi d'aquest estudi ha estat els adolescents atesos a Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) de la xarxa pública catalana.

Els criteris d'inclusió han consistit en:

- Edat compresa entre 12 i 17 anys, per adequar-se a les característiques dels instruments de recollida d'informació utilitzats.
- L'adolescent ha realitzat una consulta al servei d'atenció psicològica i es troba en fase de diagnòstic.

Els criteris d'exclusió fan referència a dos supòsits:

- El jove presenta retard mental o indicis d'incapacitat per comprendre els enunciats de les proves o les explicacions de l'entrevistador.
- El jove presenta simptomatologia clínica que interfereix significativament en l'avaluació.

S'ha utilitzat un mostreig no probabilístic de casos consecutius en aquells centres que han accedit a participar en l'estudi. Per tal d'incrementar la representativitat de la mostra s'ha realitzat un estudi multicèntric en què han participat 13 CSMIJs distribuïts en funció de l'àrea metropolitana de Barcelona (5 centres al Barcelonès i 5 al Baix Llobregat) i rodalies (3 centres).

**Taula 1. Relació de centres participants segons ubicació**

Ubicació	Centres
Barcelonès	CSMIJ Sant Martí Sud CSMIJ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau CSMIJ Fundació Orienta - L'Hospitalet de Llobregat CSMIJ Sant Pere Claver - Montjuïc CSMIJ Fundació Eulàlia Torres de Beà - Sant Andreu



Baix Llobregat	CSMIJ Sant Joan de Déu - Cornellà de Llobregat CSMIJ Fundació Orienta - Castelldefels CSMIJ Fundació Orienta - El Prat de Llobregat CSMIJ Fundació Orienta - Gavà CSMIJ Fundació Orienta - Sant Boi de Llobregat
Rodalies	Psiquiatria i Salut Mental del Consorci Hospitalari de Vic CSMIJ Corporació Sanitària Parc Taulí - Sabadell CSMIJ Sant Joan de Déu - Granollers

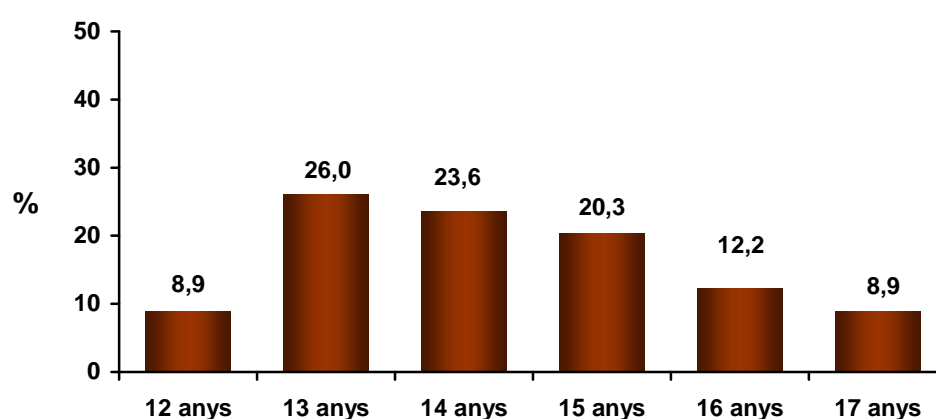
## 5.2 Característiques de la mostra

La mostra està configurada per 123 adolescents atesos a consulta clínica dels diversos CSMIJs. Les principals característiques de la mostra es descriuen a continuació.

### 5.2.1 Edat i sexe

Com mostra el Gràfic 1, els entrevistats tenen entre 12 i 17 anys ( $M= 14,28$  i  $D.T.= 1,43$ ), responent als criteris de selecció de la mostra, amb gairebé un 70% de joves d'entre 13 i 15 anys.

**Gràfic 1. Distribució segons edat dels entrevistats (n=123)**



Quant al sexe, el 36,9% dels participants en l'estudi són nois mentre que el 63,1% restant són noies.

### 5.2.2 Motiu de consulta

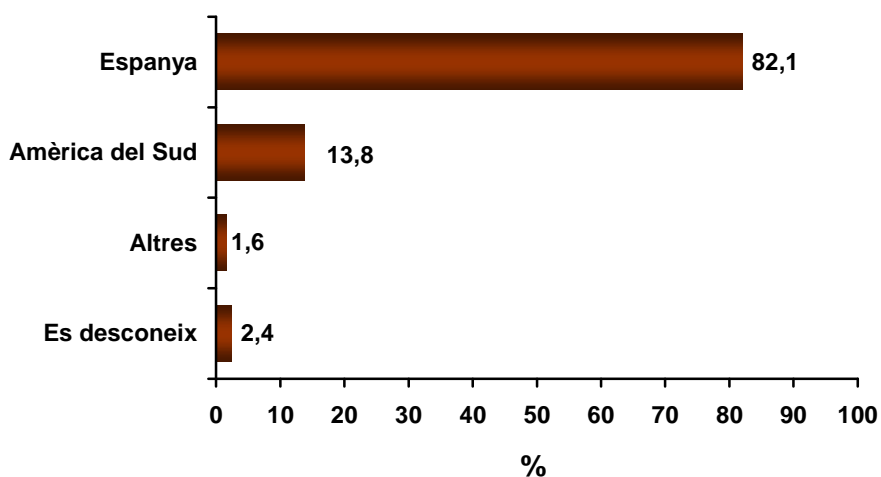
Els motius de consulta més freqüents fan referència a simptomatologia ansiosa (16,8%), problemes de relació (16,0%), problemes adaptatius relacionats amb esdeveniments vitals (13,6%) (com la separació dels pares, defunció d'un progenitor, trencaments sentimentals o altres) i a problemes de comportament (12,8%). També destaca la presència de simptomatologia depressiva (8,0%), les alteracions de la conducta alimentària (7,2%) i els dèficits atencionals (6,4%).

### 5.2.3 Context sociocultural

Per conèixer el context sociocultural dels participants s'ha obtingut informació del seu lloc de naixement, del nivell educatiu dels seus pares i de la situació laboral d'aquests.

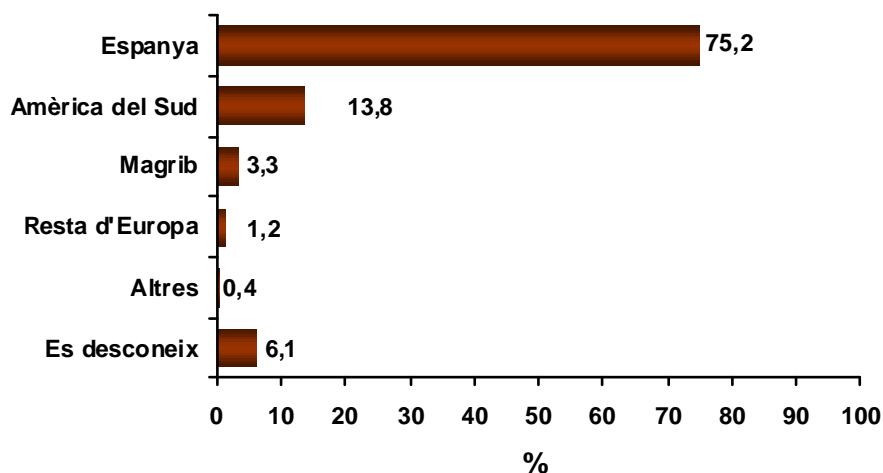
La majoria dels participants són nascuts a Espanya (82,1%) i, en segon lloc, destaca la procedència de països d'Amèrica del Sud (Argentina, Colòmbia, Equador, entre d'altres), tal i com il·lustra el Gràfic 2.

**Gràfic 2. Distribució segons lloc de naixement dels entrevistats (n=123)**



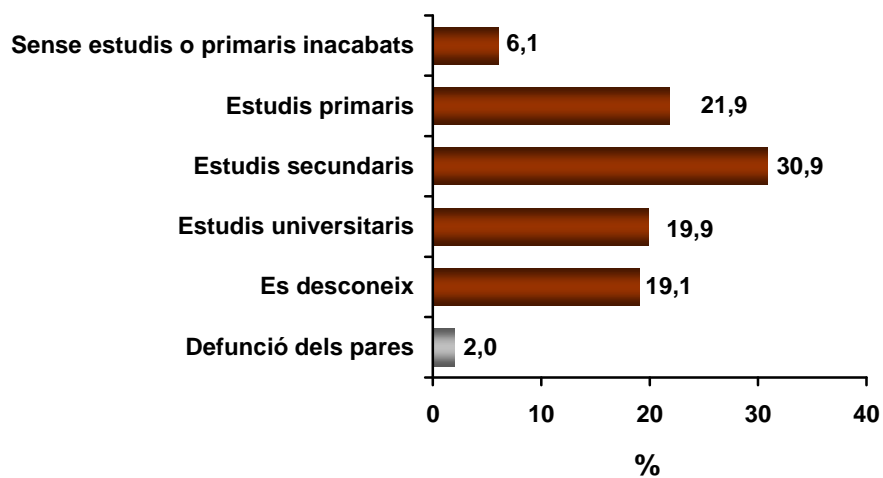
Com mostra el Gràfic 3, la distribució segons el país d'origen dels pares és força similar a la dels menors, exceptuant el fet que alguns pares varen néixer als països del Magrib.

**Gràfic 3. Distribució segons lloc de naixement dels pares (n=246)**



Al Gràfic 4 s'observa que el nivell educatiu dels pares és, en conjunt, mig, però hi hauria gairebé un 20% amb estudis superiors.

**Gràfic 4. Nivell educatiu dels pares (%) (n=246)**



Per últim, el 71,5% dels pares i el 63,4% de les mares es troben ocupats en el moment de realització de l'entrevista i la taxa d'atur se situa entre el 13,0% i el 17,9% respectivament.

### **5.3 Límits territorials i temporals de la recerca**

El límit territorial de la mostra ha estat circumscrit a la província de Barcelona, i més concretament, a les ciutats de Barcelona, Castelldefels, Cornellà de

Llobregat, Gavà, Granollers, l'Hospitalet de Llobregat, el Prat de Llobregat, Sabadell, Sant Boi de Llobregat i Vic.

Tal i com estava previst al pla de treball, la realització de l'estudi s'ha estès des del gener de 2011, coincidint amb l'obtenció de permisos i convenis amb els centres i el disseny de protocols, fins al novembre de 2011 que es fa entrega de la memòria que recull els resultats obtinguts.

## 5.4 Metodologia

### 5.4.1 Instruments

En la present investigació s'han utilitzat dos instruments de mesura d'ampli ús en l'àmbit internacional i s'ha creat un protocol específic *ad hoc* per la recollida de dades sociodemogràfiques.

#### A. Full de dades sociodemogràfiques

Elaborat per tal de recollir les dades sociodemogràfiques del jove (edat, sexe, lloc de naixement i nivell escolar del jove) i del seu entorn familiar (nivell d'estudis, ocupació actual i país d'origen dels pares).

#### B. Enquesta de victimització

Les preguntes han estat plantejades amb una doble perspectiva temporal: (a) la victimització experimentada pel jove al llarg de la vida, i (b) aquella que s'ha produït en l'últim any. S'han considerat sis àrees de possibles victimitzacions, les cinc primeres tal i com s'avaluen al *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ; Finkelhor [et al.], 2005b), i una sisena àrea afegida, seguint les recomanacions del National Survey of Children's Exposure to Violence (NatSCEV), i relativa a la victimització a través d'Internet.

Així, l'enquesta de victimització queda configurada de la següent manera:

- delictes comuns (e.g. furts, robatoris, vandalisme) (9 ítems)
- victimització per part de cuidadors (e.g. violència física, violència psicològica, negligència) (4 ítems)

- victimització per iguals i/o germans (e.g. assetjament, agressions físiques, violència verbal) (6 ítems)
- victimització sexual (e.g. abús sexual, agressió sexual, violació) (6 ítems)
- ser testimoni/victimització indirecta (e.g. violència entre els progenitors, violència comunitària) (9 ítems)
- victimització per Internet (e.g sol·licituds sexuals no desitjades per Internet, ciberbullying o assetjament per Internet) (2 ítems)

El qüestionari JVQ (en la seva versió per a pares i d'autoinforme) ha estat aplicat anteriorment a nens i joves d'entre 2 i 17 anys d'Estats Units d'Amèrica i Xile i els estudis psicomètrics realitzats han mostrat les excel·lents propietats d'aquest instrument en mostres comunitàries (e.g. Finkelhor [et al.], 2005b).

#### C. Qüestionari de psicopatologia

El *Youth Self-Report* (YSR; Achenbach i Rescorla, 2001) s'ha utilitzat per a avaluar el malestar psicològic en els joves entrevistats. Es tracta d'un qüestionari d'autoinforme que avalua diverses àrees referides a problemes emocionals i de conducta en adolescents com són: Ansietat/Depressió, Aïllament/Depressió, Queixes somàtiques, Problemes socials, Problemes de pensament, Problemes d'atenció, Transgressió de normes i Conducta agressiva. Les tres primeres àrees s'agrupen configurant la síndrome de banda ampla d'Internalització i les dues últimes la d'Externalització.

Els estudis realitzats amb mostres espanyoles donen suport a la qualitat de l'instrument com a mesura de psicopatologia (Sandoval, Lemos i Vallejo, 2006).

#### 5.4.2 Procediment

A continuació es descriu el procediment seguit en el desenvolupament del projecte tenint en compte les seves dues etapes: fase de disseny i fase d'execució.

### **5.4.2.1 Fase de disseny**

#### 5.4.2.1.1 Obtenció dels permisos i convenis necessaris

En primer lloc, es va obtenir el permís necessari per l'ús del JVQ contactant directament amb l'autor i el seu equip i es va demanar permís per a la seva traducció. En segon lloc, es va obtenir l'aprovació per part de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona (*Institutional Review Board*, IRB00003099) per a la realització de l'estudi. Posteriorment, es van obtenir els convenis de col·laboració amb els Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil participants en l'estudi. En tres casos el centre va requerir que la recerca fos prèviament aprovada també pel comitè d'ètica propi de la institució.

La selecció dels centres participants en l'estudi es va portar a terme de forma aleatòria, en funció de la seva localització en la província de Barcelona. Es va contactar amb 21 centres, dels quals el 61,9% va acceptar participar. En primer lloc, s'informava sobre la recerca al responsable del dispositiu i, un cop obtingut el compromís de col·laboració per part d'aquest, es realitzava una sessió d'informació amb la resta de l'equip de professionals demanant-los la seva col·laboració.

#### 5.4.2.1.2 Disseny dels protocols d'avaluació

Es va elaborar un protocol d'avaluació per a cada participant on s'inclouia: a) el full de consentiment informat; b) el full recordatori dels criteris d'inclusió; c) el full de dades sociodemogràfiques; d) el YSR (Achenbach i Rescorla, 2001); e) el JVQ (Finkelhor [et al.], 2005b); i f) el full d'observacions, sobre incidències en la recollida d'informació.

### **5.4.2.2 Fase d'execució**

#### 5.4.2.2.1 Selecció i formació dels entrevistadors

Els centres col·laboradors podien optar per l'administració dels tests per part d'una persona externa, proporcionada per l'equip de recerca, o per un professional adscrit al centre. La majoria de centres han preferit la primera opció i per això es va seleccionar i formar a un grup d'entrevistadors en relació

a les següents temàtiques: la victimologia de desenvolupament, les instruccions i forma d'aplicació dels instruments i registre de les respostes, així com les habilitats d'escolta i resposta davant la revelació de situacions de victimització de caràcter greu<sup>2</sup>.

#### 5.4.2.2.2 Obtenció de dades

Abans de la realització de l'entrevista s'informava als pares i als adolescents dels objectius generals de la recerca i se'ls hi demanava el consentiment per participar- hi. Al llarg de la recerca, s'han respectat els principis deontològics tal i com exposa el Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. En tot moment s'ha mantingut la confidencialitat de les dades.

L'aplicació dels qüestionaris es realitzava durant la fase de diagnòstic, en una única sessió. Se seguia el mateix ordre d'administració en totes les aplicacions: full de dades sociodemogràfiques, qüestionari de simptomatologia psicopatològica (YSR), i per últim, qüestionari de victimització (JVQ). L'ordre dels qüestionaris segueix altres protocols d'administració utilitzats en recerques similars (Pereda, 2006) amb l'objectiu de reduir al màxim la interferència del record dels successos victimitzants en les respostes de l'individu al qüestionari de psicopatologia. El full de dades sociodemogràfiques i l'enquesta de victimització s'han aplicat mitjançant una entrevista personal, mentre que per a l'administració del YSR l'entrevistador explicava les instruccions al jove i l'assessorava davant de qualsevol dubte.

#### 5.4.2.2.3 Gravació de les dades

Paral·lelament a la recollida de dades, es va procedir a la gravació de les mateixes en format electrònic. S'ha realitzat un control de qualitat de la base de dades seleccionant un 10% del total de protocols i verificant la correcció de les dades. A més a més, s'ha comprovat que totes les respostes registrades es trobin dins dels rangs possibles establerts per a cada una de les variables.

---

<sup>2</sup> En l'apartat d'agraïments pot consultar-se el llistat de col·laboradors que han participat en la recerca.

#### 5.4.2.2.4 Retorn d'informació als centres

A mesura que s'obtenien les dades dels participants s'elaborava un informe individual estandarditzat de resultats que s'enviava als centres per tal de què poguessin tenir un *feed-back* sobre els resultats de cada jove i poguessin incloure aquesta informació en la història clínica del pacient.

#### 5.4.2.2.5 Anàlisi de dades

Les diferents anàlisis de dades que es duen a terme s'han anat detallant a mesura que s'utilitzen al llarg d'aquest informe. De forma general, per tal de complir amb el primer objectiu, es presenten bàsicament freqüències, percentatges i d'altres descriptius univariants, mentre que per l'acompliment del segon dels objectius s'afegeixen comparacions entre grups i algunes mesures d'associació entre variables.

### 5.5 Planificació i recursos

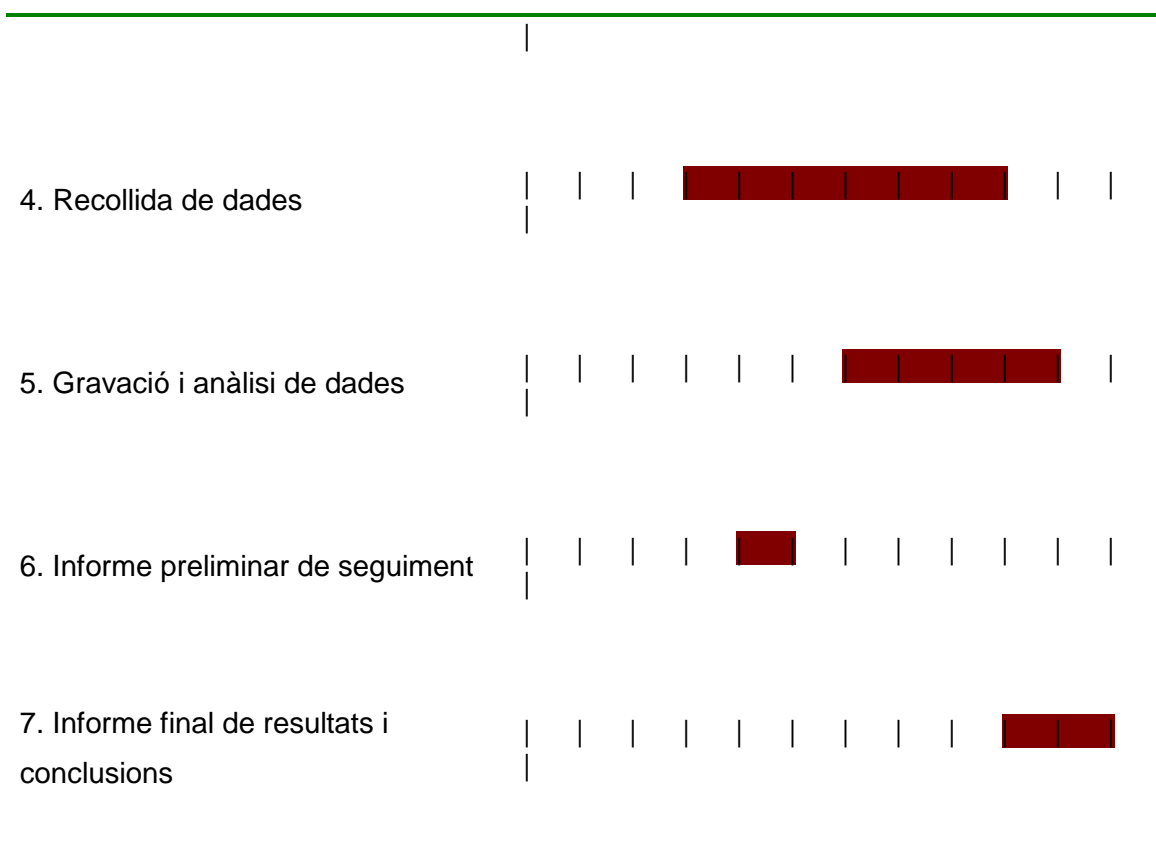
#### 5.5.1 Cronograma

El pla de treball temporalitzat, des de la data d'atorgament de l'ajut fins a la data màxima prevista per al lliurament de l'informe de resultats es resumeix en el següent quadre.

**Quadre 7. Cronograma**

Activitats/tasques	mesos											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Obtenció dels permisos i convenis	■	■										
2. Disseny dels protocols d'avaluació	■											
3. Selecció i formació dels entrevistadors	■	■	■									





### 5.5.2 Equip de recerca

L'equip de recerca ha estat configurat per: a) les autores del projecte que es presenta, que s'han encarregat del plantejament, el disseny, la planificació i l'execució de les tasques plantejades; b) un grup de 19 col·laboradors i col·laboradores que han realitzat les entrevistes als participants i han col·laborat en la introducció de dades i altres tasques vinculades amb el desenvolupament de la recerca; i finalment c) els professionals dels centres col·laboradors que han participat en la presentació del projecte als pares, la sol·licitud del consentiment als mateixos i a l'adolescent i, en algun cas, en la recollida d'informació<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> En la Taula 1 poden consultar-se els diferents CSMIJs que han participat en la recerca.

## 6. Resultats

### 6.1 Prevalença de la victimització al llarg de la vida

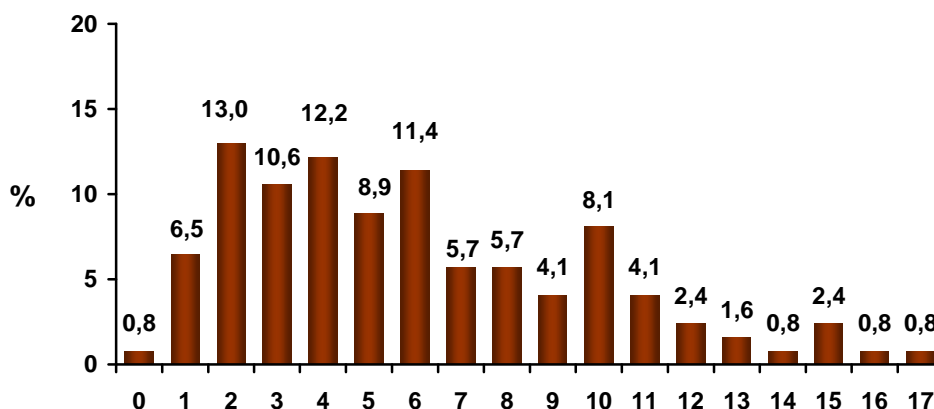
#### 6.1.1 Prevalença: resultats generals

El 99,2% dels adolescents entrevistats ha patit algun tipus de victimització al llarg de la seva vida, concretament, el 100% dels nois i el 98,7% de les noies.

Els joves viuen una mitjana de 5,99 formes diferents de victimització al llarg de la seva vida (nois:  $M= 6,13$ ;  $D.T.= 3,79$ ; noies:  $M= 5,94$ ;  $D.T.= 3,88$ ), amb un rang de victimitzacions que oscil·la entre 0 i 17.

El Gràfic 5 permet veure que, en consulta clínica, la vivència de fins a 6 esdeveniments seria força comú (63,4%), bastant menys habitual seria experimentar 7 o més victimitzacions (27,6%) i viure'n més d'11 seria força excepcional (8,9%).

Gràfic 5. Nombre de tipus de victimitzacions viscudes al llarg de la vida (n=123)

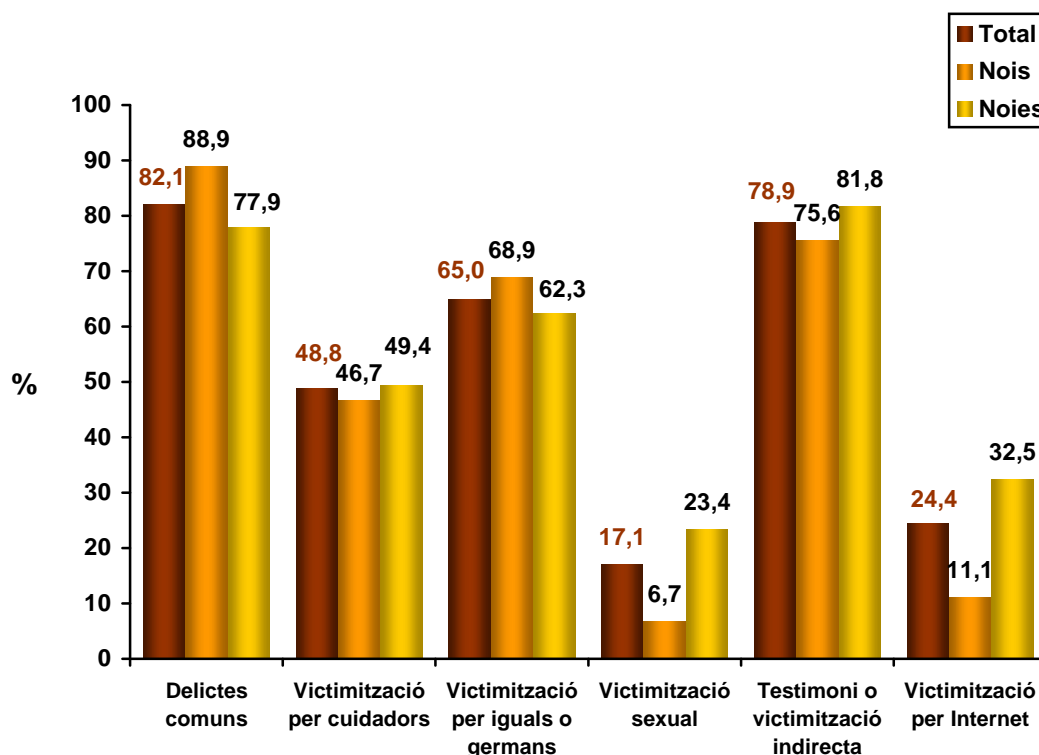


#### 6.1.2 Prevalença: resultats segons àrees de victimització

Tenint en compte els diferents tipus de victimització, un elevat percentatge d'adolescents ha patit alguna forma de delictes comú (82,1%) o algun tipus de victimització indirecta (78,9%). A continuació, se situaria la victimització per

iguals o germans (65%), la victimització per cuidadors (48,8%) i per últim, la victimització per Internet (24,4%) i la sexual (17,1%).

**Gràfic 6. Prevalença segons àrees de victimització (n=123)**



En relació a la comparació entre nois i noies en cada una de les àrees de victimització, els resultats indiquen que les noies pateixen *victimització sexual* (OR= 4,27) i *victimització per Internet* (OR= 3,85) amb més freqüència que els nois de forma significativa mentre que, en la resta d'àrees, no s'observen diferències estadísticament significatives.

Com ja s'ha indicat, el 82,1% dels joves ha patit algun tipus de *delicte comú*, per tant seria un tipus de victimització força estesa entre els adolescents que han participat a l'estudi. Concretament, com il·lustra la Taula 2, aquells delictes comuns més habituals són els robatoris sense violència (C2), les agressions sense arma (C5) i les amenaces d'agressió (C7). En canvi, les agressions amb arma (C4), i especialment els segrests (C8) o les agressions per discriminació (C9) són molt menys habituals.

En aquest mòdul s'observa una diferència significativa entre nois i noies quant als robatoris amb violència (C1), de manera que els nois en pateixen més sovint que les noies.

**Taula 2. Delictes comuns: percentatge per tipus d'esdeveniment i OR**

	Total	Nois	Noies	OR
C1. Robatori amb violència	21,1	35,6	13,0	0,27*
C2. Robatori sense violència	42,3	44,4	41,6	0,91
C3. Vandalisme	27,6	31,1	26,0	0,78
C4. Agressió amb arma	9,8	8,9	10,4	1,19
C5. Agressió sense arma	41,5	48,9	36,4	0,60
C6. Intent d'agressió	26,0	35,6	20,8	0,48
C7. Amenaça d'agressió	36,6	44,4	32,5	0,60
C8. Segrest	4,1	2,2	5,2	2,44
C9. Agressió per discriminació	7,3	6,7	7,8	1,18
Alguna victimització per delictes comuns	82,1	88,9	77,9	0,44

Com mostra la Taula 3, a l'entorn familiar, el tipus de victimització més freqüent<sup>4</sup> són els episodis de violència psicològica o emocional (39,0%), en els que algun cuidador ha insultat o ha dit coses dolentes o cruels al menor fent-lo sentir espantat o realment malament. En segon lloc, abunden els episodis de violència física (M1) que afecten a una quarta part de la mostra. El tracte negligent (M3) o els intents d'un dels pares per apartar o mantenir allunyat al menor de l'altre progenitor (M4) són poc freqüents, però tot i així aquest segon indicador posa de manifest certa conflictivitat familiar en aquells adolescents que venen a consulta clínica.

**Taula 3. Victimització per cuidadors: percentatge per tipus d'esdeveniment i OR**

	Total	Nois	Noies	OR
M1. Violència física	25,2	24,4	24,7	1,01
M2. Violència psicològica/emocional	39,0	33,3	41,6	1,42
M3. Negligència	4,1	2,2	5,2	2,41
M4. Interferència parental/Segrest familiar	8,1	8,9	7,8	0,87

<sup>4</sup> El lector ha de ser conscient que aquestes dades responen a formes de victimització i no poden equiparar-se a casos de maltractament infantil, ja que s'hi inclouen tant episodis de violència esporàdica com continuada, així com incidents de baixa gravetat o més propers a episodis de càstig corporal.

Alguna victimització per cuidadors	48,8	46,7	49,4	1,11
------------------------------------	------	------	------	------

En l'àrea de la *victimització per iguals o germans*, destaca especialment la prevalença de l'assetjament emocional (P5) i de les agressions físiques (P2), com es pot comprovar a la Taula 4.

En el primer cas s'observa una tendència no significativa a què les noies pateixin més freqüentment violència emocional per iguals que el nois (42,9% respecte a 31,1%); però són els nois qui significativament pateixen més sovint violència física a mans d'iguals o germans (42,2% respecte a 23,4%). Cal esmentar que les agressions per iguals (P2) són gairebé el doble de freqüents que aquelles situacions en què altres nens intimiden al menor (P4=16,3%) (per exemple perseguint-lo, estirant-li dels cabells o la roba, o obligant-lo a fer coses que no vol), conformant la violència entre iguals un ampli espectre de formes, que inclou la violència física com una de les més freqüents. Tot i que el percentatge es baix (2,4%), és de destacar que en nois i noies tan joves es donin els primers casos de violència en la parella (P6).

**Taula 4. Victimització per iguals o germans: percentatge per tipus d'esdeveniment i OR**

	Total	Nois	Noies	OR
P1. Agressió per una banda o grup	6,5	11,1	6,5	0,56
P2. Agressió per iguals o germans	30,1	42,2	23,4	0,42*
P3. Agressió genital no sexual	5,7	15,6	0,0	--
P4. Assetjament físic	16,3	8,9	20,8	2,69
P5. Assetjament emocional	38,2	31,1	42,9	1,66
P6. Violència en la parella	2,4	2,2	2,6	1,17
Alguna victimització per iguals o germans	65,0	68,9	62,3	0,75

La Taula 5 indica que el percentatge de *victimització sexual* és destacable en els joves entrevistats, especialment en les noies (23,4%). L'agressió sexual per part d'un adult conegut (S1), que pot incloure tant tocaments com relacions sexuals forçades, és l'incident més freqüent tant en nois (4,4%) com en noies (13,0%).

Atenent a altres situacions de victimització sexual amb contacte, nois i noies pateixen agressions sexuals per adults coneguts (S1) en major freqüència que per adults desconeguts (S2), però únicament les noies es veuen implicades en agressions sexuals per iguals i intents de violació (S3 i S4, respectivament). Les noies també tendeixen a patir més sovint aquelles victimitzacions sexuals que no impliquen contacte físic entre víctima i victimari (S5 i S6).

**Taula 5. Victimització sexual: percentatge per tipus d'esdeveniment i OR**

	Total	Nois	Noies	OR
S1. Agressió sexual per adult conegut	9,8	4,4	13,0	3,21
S2. Agressió sexual per adult desconegut	1,6	2,2	1,3	0,58
S3. Agressió sexual per iguals	2,4	0,0	3,9	--
S4. Violació: intent o consumada	4,9	0,0	7,8	--
S5. Exhibicionisme/Exposició sexual	5,7	0,0	9,1	--
S6. Assetjament sexual verbal	4,9	2,2	6,5	3,10
Alguna victimització sexual	17,1	6,7	23,4	4,27*

Quant a la *victimització indirecta*, la Taula 6 mostra que l'exposició a violència comunitària, en què el menor veu com agredeixen a una tercera persona amb o sense arma (W3= 34,1% i W4= 59,3%, respectivament), és bastant més comú que l'exposició a violència familiar, on el menor observa com un dels pares agredeix a l'altre (W1= 15,4%) o agredeix als germans del jove (W2= 10,6%).

Cal destacar que el fet de ser testimoni d'agressió sense arma (W4) és el tipus de victimització més freqüent de totes les avaluades en aquest mòdul, afectant a més de la meitat dels participants (59,3%). En segon lloc se situa el fet de ser testimoni d'agressió amb arma (W3) que assoleix una freqüència del 34,1%.

**Taula 6. Testimoni o victimització indirecta: percentatge per tipus d'esdeveniment i OR**

	Total	Nois	Noies	OR
W1. Testimoni de violència domèstica	15,4	17,8	14,3	0,77
W2. Testimoni de violència intrafamiliar a germans	10,6	13,3	9,1	0,65
W3. Testimoni d'agressió amb arma	34,1	35,6	33,8	0,94
W4. Testimoni d'agressió sense arma	59,3	55,6	62,3	1,26
W5. Robatori al domicili	13,0	17,8	10,4	0,52

W6. Assassinat de familiar o amic	4,9	6,7	3,9	0,57
W7. Testimoni d'assassinat	0,8	0,0	1,3	--
W8. Testimoni de tiroteig, terrorisme o disturbis	8,9	8,9	9,1	1,00
W9. Exposició a guerres o conflictes armats	0,8	0,0	1,3	--
Alguna victimització per testimoni o victimització indirecta	78,9	75,6	81,8	1,46

Pel que fa a les *victimitzacions per Internet*, val a dir que el 24,4% dels adolescents reconeix que s'ha utilitzat la xarxa per molestar-lo o assetjar-lo, s'han difós informacions negatives o cruels sobre ell/a o se li han fet insinuacions o sol·licituds de caire sexual, com pot veure's a la Taula 7. Entre els nois és més comuna la victimització per Internet sense connotacions sexuals que aquella de contingut sexual, en canvi en les noies la freqüència amb què es donen ambdós tipus de victimitzacions és similar (INT1= 18,2% i INT2= 19,5%, respectivament).

**Taula 7. Victimització per Internet: percentatge per tipus d'esdeveniment i OR**

	Total	Nois	Noies	OR
INT1. Assetjament per Internet	15,4	11,1	18,2	1,78
INT2. Sol·licituds sexuals no desitjades per Internet	12,2	0,0	19,5	--
Alguna victimització per Internet	24,4	11,1	32,5	3,85*

### 6.1.3 Victimització segons l'edat d'inici

L'anàlisi de l'edat en què els adolescents recorden que s'ha esdevingut el primer episodi de victimització d'un tipus concret aporta dades interessants des de la perspectiva de la victimologia del desenvolupament. La Taula 8 mostra els diferents tipus d'esdeveniments victimitzants segons l'edat d'inici (a partir de la *mediana*<sup>5</sup>) dels mateixos. S'han establert tres grups d'edat: infància (fins els 11 anys), adolescència inicial (12-13 anys) i adolescència mitjana (14-16 anys).

Pel que fa a les victimitzacions resultants de *delictes comuns*, s'observa que aquestes no només s'esdevenen durant l'adolescència inicial sinó que, en moltes ocasions, ja estan presents abans dels 12 anys. És interessant veure

<sup>5</sup> L'edat d'inici s'ha calculat a partir de la *mediana* perquè en distribucions asimètriques o en presència de valors atípics és més robusta que la mitjana aritmètica.

que, segons la informació aportada per les medianes d'edat, cap d'aquests tipus de victimització s'esdevé per primera vegada durant l'adolescència tardana (17-18 anys).

Les *victimitzacions per cuidadors* en general s'inicien durant la infància, per exemple la violència física comença entorn dels vuit anys, a excepció dels episodis de violència psicològica/emocional que tendeixen a aparèixer durant l'adolescència.

Pel que fa a la *victimització per iguals o germans*, pot aparèixer en qualsevol dels tres períodes d'edat establerts. Les agressions per iguals o germans i l'assetjament, sigui físic o emocional, és més típic que s'iniciïn durant la infància, mentre que les agressions als genitals sense connotacions sexuals o l'agressió per una banda o grup és més típic que apareguin a l'adolescència inicial. L'única victimització d'inici més habitual durant l'adolescència mitjana és la violència de parella.

L'edat d'inici dels diferents tipus de *victimització sexual* es concentren al període de l'adolescència, a excepció de l'agressió sexual per un adult conegut que comença durant la infància. És important destacar que l'edat d'inici de l'agressió sexual per iguals se situa a l'adolescència mitjana.

En el cas de les *victimitzacions indirectes*, l'edat d'inici més comuna se situa més aviat durant la infància. L'exposició a violència en el context familiar té un inici més primerenc (entorn els 9-10 anys) que l'exposició a agressions amb o sense arma al carrer (cap els 12 anys).

Per últim, les *victimitzacions per Internet* s'inicien a l'etapa de l'adolescència inicial, però quan tenen connotacions sexuals apareixen més aviat a l'adolescència mitjana .



**Taula 8. Edat d'inici (mediana (Md) i rang interquartílic (RI)) dels esdeveniments segons àrees de victimització**

<b>Mòduls JVQ</b>	<b>Infància (fins els 11 anys)</b>	<b>Adolescència inicial (12-13 anys)</b>	<b>Adolescència mitjana (14-16 anys)</b>
Delictes comuns	C3. Vandalisme (Md= 8; RI= 6,0) C8. Segrest (Md= 9; RI= 4,5) C9. Agressió per discriminació (Md= 10; RI= 5,5) C4. Agressió amb arma (Md= 11; RI= 7,5) C5. Agressió sense arma (Md= 11; RI= 6,0)	C1. Robatori amb violència (Md= 12; RI= 4,7) C2. Robatori sense violència (Md= 12; RI= 3,0) C6. Intent d'agressió (Md= 12; RI= 4,0) C7. Amenaça d'agressió (Md= 13; RI= 4,0)	
Victimització per cuidadors	M1. Violència física (Md= 8; RI= 5,0) M3. Negligència (Md= 9; RI= 4,5) M4. Interferència parental/Segrest familiar (Md= 11; RI= 8,0)	M2. Violència psicològica/emocional (Md= 12; RI= 5,2)	
Victimització per iguals o germans	P2. Agressió per iguals o germans (Md= 8; RI= 5,0) P5. Assetjament emocional (Md= 9; RI= 5,0) P4. Assetjament físic (Md= 11; RI= 5,00)	P3. Agressió genital no sexual (Md= 12; RI= 2,00) P1. Agressió per una banda o grup (Md= 13; RI= 1,0)	P6. Violència en la parella (Md= 15; RI= 2,0)*
Victimització sexual	S1. Agressió sexual per un adult conegut (Md= 9; RI= 7,0)	S4. Violació: intent o consumada (Md= 12,5; RI= 5,7) S2. Agressió sexual per adult desconegut (Md= 13; RI= 0,0)* S5. Exhibicionisme/Exposició sexual (Md= 13; RI= 4,0) S6. Assetjament sexual verbal (Md= 13,5; RI= 6,5)	S3. Agressió sexual per iguals (Md= 14; RI= 1,0)
Testimoni o victimització indirecta	W9. Exposició a guerres o conflictes armats (Md= 6; RI= 0,0)* W2. Testimoni de violència intrafamiliar a germans (Md= 9,5; RI= 5,7) W1. Testimoni de violència domèstica (Md= 10; RI= 6,0) W6. Assassinat de familiar o amic (Md= 10; RI= 7,7) W5. Robatori al domicili (Md= 11; RI= 4,75)	W3. Testimoni d'agressió amb arma (Md= 12; RI= 3,2) W4. Testimoni d'agressió sense arma (Md= 12; RI= 3,0) W8. Testimoni de tiroteig, terrorisme o disturbis (Md= 12; RI= 8,0)	W7. Testimoni d'assassinat (Md= 15; RI= 0,0)*
Victimització per Internet		INT1. Assetjament per Internet (Md= 13; RI= 2,0)	INT2. Sol·licituds sexuals no desitjades per Internet (Md= 14; RI= 1,0)

\*Mediana (Md) i rang interquartílic (RI) de l'edat d'inici calculada amb menys de 5 participants.

#### 6.1.4 Grau de malestar en el moment de produir-se la victimització

Per tenir un indicador de la gravetat dels diversos esdeveniments des de la percepció dels propis adolescents, es va demanar que valoressin el grau de malestar o estrès que els va generar la victimització en el moment en què es van produir els fets. Es va utilitzar una escala compresa entre *gens*= 1 i *molt*= 5, amb tres categories intermitges definides com *una mica*= 2, *regular*= 3, i *bastant*= 4. Els valors promig d'aquestes valoracions es poden observar a la Taula 9. Una visió general permet veure que, en conjunt, cap victimització és percebuda pels adolescents com generadora de gens o poc malestar, situant-se totes en un rang de regular a molt<sup>6</sup>.

Els incidents que causen més malestar (puntuació de 4,5 o superior) se situen en els mòduls relatius a la *victimització per cuidadors*, la *victimització sexual i ser testimoni o victimització indirecta*. Concretament aquest malestar es manifesta en situacions que fan referència a violència física o psicològica per part de cuidadors, a agressions sexuals per adults o intents de violació i a estar exposat a violència domèstica, guerres o conflictes armats, o ser testimoni d'un assassinat. La valoració que rep l'assassinat d'un familiar o amic no sembla concordar amb la gravetat del fet avaluat. Val a dir que la resposta positiva a l'ítem en qüestió no requereix ser testimoni del fet i en algun cas l'adolescent feia referència a persones que no havia conegut perquè havien mort abans de néixer o amb qui, malgrat ser familiars, hi mantenien poca relació.

Les dades posen de manifest que s'ha d'anar en compte en fer assumpcions sobre el malestar que provoquen determinats tipus de victimització *a priori*, ja que una amenaça d'agressió (C7) pot tenir un impacte similar per a la víctima que una agressió sense arma (C5), o l'assetjament per Internet (INT1) pot viure's amb la mateixa intensitat que l'assetjament físic per iguals *off-line* (P6), tal i com indiquen els joves avaluats.

---

<sup>6</sup> Cal ser prudents al valorar aquests resultats donat que, en algunes ocasions, les dades es basen en un nombre molt reduït de joves (per exemple, haver estat exposat a guerres o conflictes armats).

**Taula 9. Malestar (mitjana) en el moment de produir-se l'esdeveniment (escala de gens '1' a molt '5') segons àrees de victimització**

	Malestar																					
	Regular					Bastant										Molt						
	2,9	3,0	3,1	3,2	3,3	3,4	3,5	3,6	3,7	3,8	3,9	4,0	4,1	4,2	4,3	4,4	4,5	4,6	4,7	4,8	4,9	5,0
<b>Delictes comuns</b>																						
<b>Victimització per cuidadors</b>																						
<b>Victimització per iguals o germans</b>																						
<b>Victimització sexual</b>																						
<b>Testimoni o victimització indirecta</b>																						
<b>Victimització per Internet</b>																						

\*Mitjana de malestar calculada amb menys de 5 participants.

## 6.2 Victimització en l'últim any

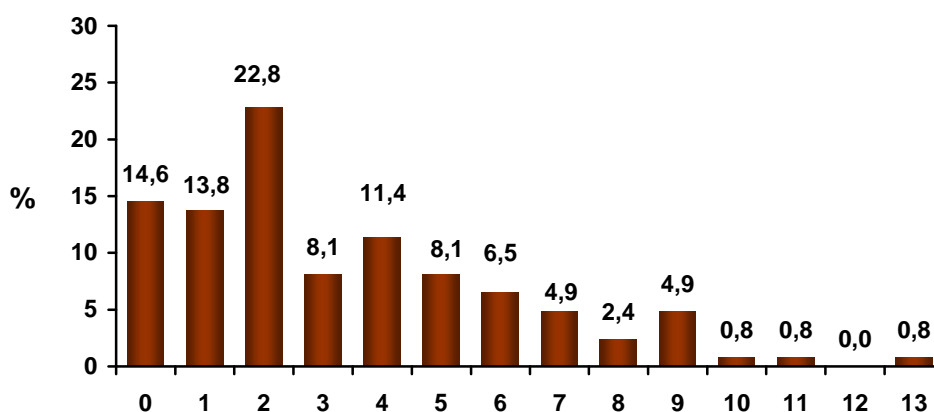
### 6.2.1 Incidència: resultats generals

El 85,4% dels adolescents ha patit alguna forma de victimització al llarg de l'últim any; concretament, el 91,1% dels nois i el 81,8% de les noies.

Els adolescents viuen una mitjana de 3,34 formes diferents de victimització al llarg del darrer any (nois  $M= 3,47$ ;  $D.T.= 2,86$ ; noies  $M= 3,29$ ;  $D.T.=2,83$ ), amb un rang de 0 a 13 victimitzacions.

Com es pot apreciar al Gràfic 7, la situació més comuna és aquella en la que el jove ha experimentat dos tipus de victimització diferents (22,8%), destacant que aquells adolescents que han viscut 8 o més tipus conformarien el 10% superior.

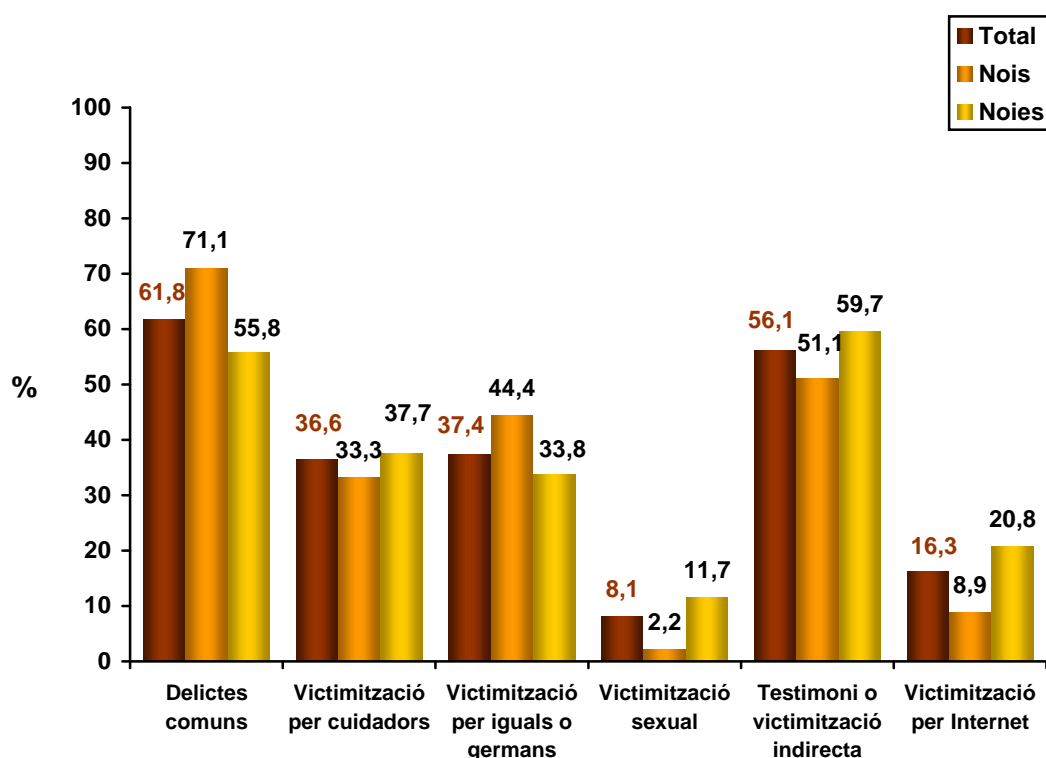
**Gràfic 7. Percentatge del nombre de tipus de victimitzacions viscudes durant l'últim any (n=123)**



### 6.2.2 Incidència: resultats segons àrees de victimització

Com mostra el Gràfic 8, tenint en compte únicament l'últim any, el percentatge d'adolescents provinents de consulta clínica que han patit algun delictes comú (61,8%) o algun tipus de victimització indirecta (56,1%) és bastant elevat. A continuació se situa la victimització per iguals o germans (37,4%) i la victimització per cuidadors (36,6%) i, per últim, la victimització per Internet (16,3%) i la sexual (8,1%).

**Gràfic 8. Incidència segons àrees de victimització (n=123)**



Tot i que no s'han trobat diferències estadísticament significatives entre nois i noies en la victimització informada durant l'últim any, sí que s'observa certa tendència a què les noies pateixin més freqüentment victimització sexual i victimització per Internet i els nois siguin víctimes de delictes comuns i de victimització per iguals o germans amb més freqüència.

Els *delictes comuns* més freqüents durant l'últim any segueixen la tendència trobada al llarg de la vida, com s'aprecia a la Taula 10. En aquest cas, obtenen una incidència entorn el 25% i es refereixen a robatoris sense violència (C2), agressions sense arma (C5) i amenaces d'agressió (C7). Els nois informen més sovint de robatoris amb violència i pateixen significativament més sovint agressions sense arma.

**Taula 10. Delictes comuns: percentatge per tipus d'esdeveniment i OR**

	Total	Nois	Noies	OR
C1. Robatori amb violència	12,2	20,0	7,9	0,34
C2. Robatori sense violència	22,2	22,2	22,1	0,99
C3. Vandalisme	14,6	11,1	17,1	0,88
C4. Agressió amb arma	8,1	8,9	7,9	0,58

C5. Agressió sense arma	25,2	31,1	20,8	0,36*
C6. Intent d'agressió	15,4	24,4	10,5	0,47
C7. Amenaça d'agressió	27,6	37,8	22,4	0,88
C8. Segrest	0,0	0,0	0,0	--
C9. Agressió per discriminació	4,1	4,4	3,9	0,88
Alguna victimització per delictes comuns	61,8	71,1	55,8	0,51

A l'entorn familiar, i com pot veure's a la Taula 11, el tipus de victimització més freqüent durant l'últim any tornen a ser els episodis de violència psicològica o emocional (M2). En segon lloc, se situen els episodis de violència física que, malgrat iniciar-se, com s'ha exposat en la Taula 8, preferentment durant la infància, es mantenen vigents en bastants casos (16,3%) durant l'adolescència.

**Taula 11. Victimització per cuidadors: percentatge per tipus d'esdeveniment i OR**

	Total	Nois	Noies	OR
M1. Violència física	16,3	15,6	15,8	1,02
M2. Violència psicològica/emocional	27,6	24,4	30,3	1,37
M3. Negligència	1,6	2,2	1,3	0,59
M4. Interferència parental/Segrest familiar	4,1	4,4	3,9	0,87
Alguna victimització per cuidadors	36,6	33,3	37,7	1,21

En l'àrea de la *victimització per iguals o germans*, els episodis que més es repeteixen en el passat recent són les agressions (P2) i l'assetjament emocional (P5), tot i que aquest últim experimenta una reducció important en relació a una perspectiva temporal més ampla, com mostra la Taula 12. D'altra banda, es comprova que la violència en la parella detectada al llarg de la vida correspon en tots els casos a episodis recents.

**Taula 12. Victimització per iguals o germans: percentatge per tipus d'esdeveniment i OR**

	Total	Nois	Noies	OR
P1. Agressió per una banda o grup	6,5	8,9	5,3	0,57
P2. Agressió per iguals o germans	17,9	24,4	14,5	0,52
P3. Agressió genital no sexual	2,4	6,7	0,0	--
P4. Assetjament físic	8,1	2,2	11,8	5,91
P5. Assetjament emocional	13,0	11,5	14,5	1,37
P6. Violència en la parella	2,4	2,2	2,6	1,19

Alguna victimització per iguals o germans	37,4	44,4	33,8	0,64
---	------	------	------	------

La Taula 13 indica que el percentatge de *victimització sexual* durant l'últim any és del 8,1%. Durant l'últim any, no hi ha casos d'agressions sexuals per adults desconeguts (S2) però sí hi ha algun cas per adults coneguts en noies (S1). Atenent a altres situacions de victimització sexual amb contacte, únicament les noies es veuen implicades en agressions sexuals per iguals i intents de violació (S3 i S4). Pel que fa a victimitzacions sexuals sense contacte, únicament es donen situacions d'assetjament sexual verbal (S6) en les noies, ascendint al 6,6%.

**Taula 13. Victimització sexual: percentatge per tipus d'esdeveniment i OR**

	Total	Nois	Noies	OR
S1. Agressió sexual per adult conegut	1,6	0,0	2,6	--
S2. Agressió sexual per adult desconegut	0,0	0,0	0,0	--
S3. Agressió sexual per iguals	1,6	0,0	2,6	--
S4. Violació: intent o consumada	2,4	0,0	3,9	--
S5. Exhibicionisme/Exposició sexual	0,0	0,0	0,0	--
S6. Assetjament sexual verbal	4,9	2,2	6,6	3,01
Alguna victimització sexual	8,1	2,2	11,7	5,82

L'*exposició a violència* afecta a més de la meitat dels participants (56,1%), com pot veure's a la Taula 14. Ser testimoni d'agressió sense arma (W4) és el tipus de victimització més freqüent de totes les avaluades (40,7%). També destaca la freqüència amb què els menors presenciaven agressions amb arma a terceres persones (W3= 20,3%). D'altra banda, l'exposició a violència familiar (W1 i W2) se situa entorn el 5% tant la que es produeixi entre els pares o la que es dirigeix cap als germans.

**Taula 14. Testimoni o victimització indirecta: percentatge per tipus d'esdeveniment i OR**

	Total	Nois	Noies	OR
W1. Testimoni de violència domèstica	5,7	4,4	6,6	1,51
W2. Testimoni de violència intrafamiliar a germans	4,9	4,4	5,3	1,19
W3. Testimoni d'agressió amb arma	20,3	20,0	20,8	1,05
W4. Testimoni d'agressió sense arma	40,7	33,3	45,5	1,67

W5. Robatori al domicili	2,4	2,2	2,6	1,19
W6. Assassinat de familiar o amic	0,8	2,2	0,0	--
W7. Testimoni d'assassinat	0,0	0,0	0,0	--
W8. Testimoni de tiroteig, terrorisme o disturbis	3,3	6,7	1,3	0,19
W9. Exposició a guerres o conflictes armats	0,0	0,0	0,0	--
Alguna victimització per testimoni o victimització indirecta	56,1	51,1	59,7	1,42

Com il·lustra la Taula 15, la *victimització a través de la xarxa* assoleix el 16,3% en conjunt. Tal i com s'ha comprovat en l'apartat anterior, a diferència dels nois, la noies es veuen afectades per situacions de victimització sexual a través d'Internet (INT2).

**Taula 15. Victimització per Internet: percentatge per tipus d'esdeveniment i OR**

	Total	Nois	Noies	OR
INT1. Assetjament per Internet	8,9	8,9	9,1	1,02
INT2. Sol·licituds sexuals no desitjades per Internet	7,3	0,0	11,7	--
Alguna victimització per Internet	16,3	8,9	20,8	2,69

### 6.2.3 Característiques de la victimització: ocurrència dels episodis

Addicionalment, després que l'adolescent respongui afirmativament sobre la vivència d'una determinada forma de victimització se li demana que informi de quantes vegades ha hagut d'afrontar aquella situació. Cal tenir en compte que, en el context de la victimologia del desenvolupament no només és important explorar els esdeveniments victimitzants viscuts per l'adolescent, sinó també la freqüència amb què l'hi han ocorregut, donat que la gravetat de les conseqüències podria variar depenent de si es tracta d'un fet aïllat o poc freqüent o, pel contrari, es caracteritza per ser un esdeveniment més aviat recurrent. Precisament, l'entrevista realitzada permet preguntar al jove sobre el nombre d'ocasions que li ha ocorregut un tipus de victimització concret al llarg de l'últim any.



Els principals resultats sobre l'ocurrència dels diferents esdeveniments durant l'últim any es presenten a la Taula 16, on s'han establert tres categories diferents<sup>7</sup>: a) menys de 2 episodis, b) de 2 a 4 episodis, i c) 5 o més episodis.

En general, s'observa que la gran majoria de victimitzacions avaluades es donen entre 1 i 4 vegades i una minoria presenta ocurrencies de 5 o més vegades en l'últim any.

Els *delictes comuns* relatius a robatoris (C1 i C2), agressions (C4 i C5) i intents (C6) o amenaces d'agressió (C7), tot i ser viscuts per un nombre important de menors, presenten ocurrencies properes al que podríem qualificar d'episodi únic ( $Md=1$ ). En canvi, les agressions per discriminació tenen ocurrencies bastant elevades ( $Md=10$ ), presentant-se com una condició més aviat crònica en la vida dels adolescents.

En relació als episodis de *victimització per cuidadors*, les situacions d'interferència parental (M4), violència física o psicològica (M1 i M2) acostumen a donar-se entre dues i tres vegades al llarg de l'últim any, mentre que el tracte negligent (M3) apareix de forma més continuada ( $Md=7,5$ ).

Pel que fa a la *victimització per iguals o germans*, és poc habitual que aquesta tinguin caràcter crònic, si bé tant l'agressió física per iguals o germans (P2), l'agressió genital no sexual (P3) com l'assetjament emocional (P5) acostumen a repetir-se entre dues i tres vegades al llarg d'un any.

La *victimització sexual* amb contacte (S1, S3 i S4) presenta ocurrencies properes a l'episodi únic, mentre que l'assetjament sexual verbal (S6) obté una mediana d'ocurrència de 2. Per tant, sembla ser que durant l'adolescència, i tenint en compte un marc temporal d'un any, aquestes formes de victimització tendeixen a ser esdeveniments bastant puntuals.

Tots els esdeveniments considerats dintre de *l'exposició a violència comunitària* (W3 a W9) són d'episodi únic. En canvi, *l'exposició a violència familiar* tendeix a produir-se més d'una vegada a l'any: quant és entre els pares la mediana és de

---

<sup>7</sup> L'ocurrència s'ha calculat a partir de la *mediana* perquè en distribucions asimètriques o en presència de valors atípics és més robusta que la mitjana aritmètica.

dues vegades, i quan és de pares a germans s'incrementa fins a cinc vegades. Així, ser testimoni de violència intrafamiliar a germans sembla respondre a una dinàmica familiar de resolució de problemes més instaurada que els episodis de violència entre els pares.

Per últim, les *victimitzacions* que s'esdevenen *a través de la xarxa* són en general bastant esporàdiques, ocurrent entre una i dues vegades l'any.

**Taula 16. Ocurrència (mediana (*Md*) i rang interquartílic (*Rl*) dels esdeveniments segons àrees de victimització**

<b>Mòduls JVQ</b>	<b>Menys de 2 episodis en un any</b>	<b>De 2 a 4 episodis en un any</b>	<b>5 o més episodis en un any</b>
Delictes comuns	C1. Robatori amb violència ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 1,0) C2. Robatori sense violència ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 1,0) C5. Agressió sense arma ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 3,2) C6. Intent d'agressió ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 1,0) C7. Amenaça d'agressió ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> =1,0) C4. Agressió amb arma ( <i>Md</i> = 1,5; <i>Rl</i> = 3,0)	C3. Vandalisme ( <i>Md</i> = 2; <i>Rl</i> = 2,2)	C9. Agressió per discriminació ( <i>Md</i> = 10; <i>Rl</i> = 15,0)
Victimització per cuidadors		M1. Violència física ( <i>Md</i> = 2; <i>Rl</i> = 2,0) M4. Interferència parental/Segrest familiar ( <i>Md</i> = 2; <i>Rl</i> = 0,7)* M2. Violència psicològica/emocional ( <i>Md</i> = 3; <i>Rl</i> = 5,0)	M3. Negligència ( <i>Md</i> = 7,5; <i>Rl</i> = 5,0)*
Victimització per iguals o germans	P1. Agressió per una banda o grup ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 4,5) P6. Violència en la parella ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 1,0)* P4. Assetjament físic ( <i>Md</i> = 1,5; <i>Rl</i> = 1,7)	P2. Agressió per iguals o germans ( <i>Md</i> = 2; <i>Rl</i> = 4,0) P3. Agressió genital no sexual ( <i>Md</i> = 2; <i>Rl</i> = 2)* P5. Assetjament emocional ( <i>Md</i> = 3; <i>Rl</i> = 8,2)	
Victimització sexual	S1. Agressió sexual per un adult conegut ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 0,0)* S4. Violació: intent o consumada ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 0,0)* S3. Agressió sexual per iguals ( <i>Md</i> = 1,5; <i>Rl</i> = 1,0)*	S6. Assetjament sexual verbal ( <i>Md</i> = 2; <i>Rl</i> = 1,2)	
Testimoni o victimització indirecta	W3. Testimoni d'agressió amb arma ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 2,0) W4. Testimoni d'agressió sense arma ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 2,0) W5. Robatori al domicili ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 0,0)* W6. Assassinat de familiar o amic ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 0,0)* W8. Testimoni de tiroteig, terrorisme o disturbis ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 0,0)*	W1. Testimoni de violència domèstica ( <i>Md</i> = 3; <i>Rl</i> = 3,0)	W2. Testimoni de violència intrafamiliar a germans ( <i>Md</i> = 5; <i>Rl</i> = 8,7)
Victimització per Internet	INT2. Sol·licituds sexuals no desitjades per Internet ( <i>Md</i> = 1; <i>Rl</i> = 0,0)	INT1. Assetjament per Internet ( <i>Md</i> = 2; <i>Rl</i> = 1,0)	

\*Mediana (*Md*) i rang interquartílic (*Rl*) de la freqüència calculada a partir de menys de 5 subjectes.

\*\*No es mostren aquells ítems amb cap ocurrència (C8, S2, S5, W7 i W9).

#### **6.2.4 Característiques de la victimització: lesions físiques de l'últim episodi**

Per aquelles victimitzacions que impliquen l'ús de la força o que poden implicar dany físic es demanava al jove informació sobre la presència i tipus de lesions sofertes en el últim episodi. Els resultats de l'anàlisi d'aquesta informació apareixen a la Taula 17.

En global, es pot dir que el 30,1% dels joves entrevistats ha patit alguna lesió derivada d'un o més episodis de victimització. El 17,9% pateix una lesió de caràcter lleu (petit blau, rascada o tall) fruit de la victimització i el 8,1% de caràcter moderat (blau gran, tall gran o profund, ull de vellut o hemorràgia nasal). Les lesions més greus són menys freqüents però presents, com per exemple patir un esquinç, ós o dent trencada o quedar-se inconscient (2,4% o 0,8%, respectivament).

Per mòduls, s'observa que els delictes comuns produeixen lesions en aproximadament el 20% dels casos, la victimització per iguals o germans en el 15% i la victimització per cuidadors en el 10%. D'altra banda, la victimització sexual i per exposició a tiroteigs, disturbis (W8) o guerres (W9) produeix en molts pocs casos lesions físiques en el grup analitzat.

**Taula 17. Presència i tipus de lesions resultants de la victimització durant l'últim any per mòduls (%)**

Victimitzacions	Tipus de lesió (%)							
	Cap lesió	Petit blau, rascada o tall	Blau gran, tall gran o profund, ull de vellut o hemorràgia nasal	Esquinç, os trencat o dent trencada	Ferida o lesió interna	Quedar-se sense sentit o inconscient	Altre tipus de mal que va durar fins el dia següent	Altres
Delictes comuns <sup>1</sup>	80,5	10,6	4,9	1,6	-	-	0,8	1,6
Victimització per cuidadors <sup>2</sup>	90,2	4,9	2,4	0,8	-	-	1,6	0,8
Victimització per iguals o germans <sup>3</sup>	85,4	9,8	4,9	-	-	-	0,8	-
Victimització sexual <sup>4</sup>	98,4	0,8	-	-	-	0,8	-	-
Testimoni o victimització indirecta <sup>5</sup>	100,0	-	-	-	-	-	-	-
<b>Global</b>	<b>69,9</b>	<b>17,9</b>	<b>8,1</b>	<b>2,4</b>	<b>-</b>	<b>0,8</b>	<b>2,4</b>	<b>1,6</b>

<sup>1</sup> Inclou: C1, C3, C4, C5, C6, C8 i C9.

<sup>2</sup> Inclou: M1, M3 i M4.

<sup>3</sup> Inclou: P1, P2, P3, P4 i P6.

<sup>4</sup> Inclou: S1, S3, S3 i S4.

<sup>5</sup> Inclou: W8 i W9.

### 6.2.5 Característiques de la victimització: victimaris en l'últim episodi

L'entrevista realitzada amb els joves també demanava informació sobre les característiques del victimari en relació a l'últim episodi. Així, es preguntava sobre el nombre de participants en el fet, el tipus de relació amb els victimaris o les característiques de sexe i edat dels mateixos, informant prèviament que es consideraven homes o dones aquelles persones amb 18 anys o més i nois o noies aquelles menors de 18 anys.

Tal i com s'observa a la Taula 18 relativa als diferents tipus de *delictes comuns*, la participació de més d'una persona és freqüent en robatoris (C1 i C2), vandalisme (C3), agressió amb arma (C4) i intents d'agressió (C6) (entorn el 40% dels casos) i especialment destacable en els casos d'agressió per discriminació (C9) (80%). Quant al tipus de relació, el més freqüent és que els delictes comuns siguin perpetrats per persones desconegudes o per nois i noies que són amics, veïns o companys d'escola. La participació d'amics, veïns o companys és destacable en la majoria de delictes comuns (C2, C3, C5, C6 i C7) i especialment en les agressions per discriminació (C9) (80,0%). La implicació de persones desconegudes és destacable en els robatoris amb violència (53,0%) i els intents d'agressió (52,6%). Quant al sexe del victimari, s'observa una major implicació del sexe masculí excepte en els robatoris sense violència.

Quant a la *victimització per cuidadors* (Taula 19), el més freqüent és que hi hagi un únic victimari però en alguns casos (entre el 12,5% i el 20%) s'impliquen altres persones. Els principals perpetradors són els pares, però amb freqüències baixes podem trobar altres familiars i germans o germanastres (generalment majors d'edat). En les situacions de violència física hi ha una participació equilibrada del pare i la mare, però en la violència psicològica o emocional destaca més la mare de la víctima com a perpetradora (60%). En els casos de negligència durant l'adolescència, els joves únicament valoren la implicació de la mare; i, pel que fa als d'interferència parental, a part del pare pot estar implicada la parella d'un dels pares. Quant el sexe del victimari, la distribució es força equitativa excepte en el cas de la negligència.

Pel que fa a la *victimització per iguals o germans* (Taula 20), la implicació de més d'un victimari s'esdevé en algunes ocasions en les agressions (P2) i l'assetjament físic (P4), però molt sovint en l'assetjament emocional (P5) (75,0%) que generalment és perpetrat per amics, veïns o companys d'escola (71,4%). En les agressions, participen més sovint els germans o germanastres (68,9%) que altres coneguts menors d'edat (22,7%), el mateix s'esdevé en l'assetjament físic (50,0% i 30,0%, respectivament). Per últim, s'observa un predomini del sexe masculí.

La *victimització sexual* (Taula 21) en què hi ha contacte físic és perpetrada en tots els casos per un únic victimari, en canvi en l'assetjament sexual verbal participen altres persones en el 33,3% dels casos. A aquestes edats, els abusos per part d'adults coneguts no impliquen a familiars sinó a altres adults coneguts (professors, entrenadors, veïns); val a dir però que el nombre de casos és força reduït per extreure conclusions fermes. En els casos de violació de què disposem s'observa una participació per igual de parelles sentimentals, coneguts menors d'edat (amics, veïns i companys d'escola) i adults coneguts no familiars. El predomini del sexe masculí entre els perpetradors és absolut en aquest tipus de victimitzacions.

Pel que fa a la *victimització indirecta* (Taula 22), en el context familiar trobem que la participació d'un únic victimari es la norma quan es refereix a l'exposició a violència entre els pares o parelles d'aquests, però que sovint implica a més d'una persona (50% dels casos) quan es parla de l'exposició a violència cap als germans. Pel que fa a l'exposició a violència comunitària també acostumen a estar implicades diverses persones. La participació del pare del menor és més freqüent que la de la mare i, en general, s'observa un predomini del sexe masculí entre els perpetradors.

Quant a la *victimització per Internet* (Taula 23), s'observa que aquest medi no només és utilitzat per menors d'edat sinó també per adults. En l'assetjament per Internet si només atenem als victimaris menors d'edat, podria haver més noies implicades que nois. En els casos de sol·licituds sexuals no desitjades per Internet hi ha un predomini masculí. El tipus de relació que es manté amb el victimari en els casos de victimització per Internet és bastant variada,

únicament destacaria en l'assetjament sense connotacions sexuals, que podria englobar-se com a forma de *ciberbullying*, la participació d'amics o coneguts de l'escola respecte a d'altres col·lectius.



**Taula 18. Delictes comuns: presència d'un únic victimari, tipus de relació més freqüent i característiques del victimari (%)**

	n	Un victimari	Tipus de relació més freqüent amb el victimari	(%)	Característiques victimari**			
					Home	Dona	Noi	Noia
C1. Robatori amb violència	15	66,7	Persona desconeguda	53,0	46,7	6,7	40,0	6,7
			Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys)	20,0				
C2. Robatori sense violència	27	63,2	Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys)	53,8	16,0	40,0	20,0	28,0
			Persona desconeguda	34,6				
C3. Vandalisme	18	64,7	Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys)	50,0	16,7	0,0	44,4	36,8
			Germà/ana o germanastre/a	22,3				
C4. Agressió amb arma	10	60,0	Persona desconeguda	30,0	40,0	20,0	50,0	10,0
			Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys)	30,0				
C5. Agressió sense arma	31	71,0	Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys)	50,0	29,0	16,1	41,9	22,6
			Persona desconeguda	23,3				
C6. Intent d'agressió	19	61,1	Persona desconeguda	52,6	21,1	0,0	52,6	33,3
			Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys)	47,4				
C7. Amenaça d'agressió	34	81,8	Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys)	52,9	17,6	8,8	47,1	26,5
			Persona desconeguda	23,5				
C9. Agressió per discriminació	5	20,0	Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys)	80,0	33,3	0,0	60,0	20,0
			Persona desconeguda	20,0				

\*No es mostren aquells ítems amb cap ocurrència (C8).

\*\*Les característiques del victimari poden sumar més de 100% per la implicació de més d'una persona o no arribar-hi, ja que no s'han inclòs les respostes 'No sap/No contesta'.

**Taula 19. Victimització per cuidadors: presència d'un únic victimari, tipus de relació més freqüent i característiques del victimari (%)**

	n	Un victimari	Tipus de relació més freqüent amb el victimari	(%)	Característiques victimari**			
					Home	Dona	Noi	Noia
M1. Violència física	20	80,0	Pare	50,0	52,0	48,0	0,0	0,0
			Mare	55,5				
M2. Violència psicològica/emocional	34	87,5	Mare	51,5	51,5	51,4	0,0	0,0
			Pare	39,4				
M3. Negligència	2	100,0	Mare	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0
M4. Interferència parental/Segrest familiar	5	80,0	Mare	60,0	60,0	60,0	0,0	0,0
			Pare	40,0				
			Parella actual d'un dels pares	20,0				

\*\*Les característiques del victimari poden sumar més de 100% per la implicació de més d'una persona o no arribar-hi, ja que no s'han inclòs les respostes 'No sap/No contesta'.

**Taula 20. Victimització per iguals o germans: presència d'un únic victimari, tipus de relació més freqüent i característiques del victimari (%)**

	n	Un victimari	Tipus de relació més freqüent amb el victimari	(%)	Característiques victimari**			
					Home	Dona	Noi	Noia
P1. Agressió per una banda o grup	8	12,5*	(no pertinent)		0,0	0,0	100,0	0,0
P2. Agressió per iguals o germans	22	81,0	Germà/ana o germanastre/a Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys)	68,9 22,7	31,8	13,6	45,5	18,2
P3. Agressió genital no sexual	3	100,0	Noi/a amb qui surts o sorties Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys)	66,7 33,3	0,0	0,0	100,0	0,0
P4. Assetjament físic	10	80,0	Germà/ana o germanastre/a Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys)	50,0 30,0	30,0	10,0	30,0	30,0
P5. Assetjament emocional	16	25,0	Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys) Persona desconeguda	71,4 21,4	6,3	0,0	62,5	43,8
P6. Violència en la parella	3	100,0	Noi/a amb qui surts o sorties	100,0	33,3	0,0	33,3	33,3

\*Es probable que el menor hagi estat atacat per un grup o banda però que l'autor de l'agressió sigui un dels seus integrants.

\*\*Les característiques del victimari poden sumar més de 100% per la implicació de més d'una persona o no arribar-hi, ja que no s'han inclòs les respostes 'No sap/No contesta'.

**Taula 21. Victimització sexual: presència d'un únic victimari, tipus de relació més freqüent i característiques del victimari (%)**

	n	Un victimari	Tipus de relació més freqüent amb el victimari	(%)	Característiques victimari**			
					Home	Dona	Noi	Noia
S1. Agressió sexual per adult conegut	2	100,0	Adult conegut no familiar (professor, entrenador...)	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
S3. Agressió sexual per iguals	2	100,0	Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys) No sap/No contesta	50,0 50,0	0,0	0,0	50,0	0,0
S4. Violació: intent o consumada	3	100,0	Noi/a amb qui surts o sorties Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys) Adult conegut no familiar (professor, entrenador...)	33,3 33,3 33,3	66,7	0,0	33,3	0,0
S6. Assetjament sexual verbal	6	66,7	Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys) Persona desconeguda Noi/a amb qui surts o sorties	50,0 33,3 16,7	33,3	0,0	66,7	0,0

\*No es mostren aquells ítems amb cap ocurrència (S2 i S5).

\*\*Les característiques del victimari poden sumar més de 100% per la implicació de més d'una persona o no arribar-hi, ja que no s'han inclòs les respostes 'No sap/No contesta'.

**Taula 22. Testimoni o victimització indirecta: presència d'un únic victimari, tipus de relació més freqüent i característiques del victimari (%)**

	n	Un victimari	Tipus de relació més freqüent amb el victimari	(%)	Característiques victimari**			
					Home	Dona	Noi	Noia
W1. Testimoni de violència domèstica	7	100,0	Pare Mare Parella actual d'un dels pares	57,1 28,6 14,3	71,4	28,6	0,0	0,0
W2. Testimoni de violència intrafamiliar a germans	6	50,0	Pare Mare Parella actual d'un dels pares	50,0 33,3 33,3	66,7	83,3	0,0	0,0
W3. Testimoni d'agressió amb arma	25	39,1	Persona desconeguda Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys)	72,0 28,0	52,0	12,0	32,0	16,0
W4. Testimoni d'agressió sense arma	50	43,9	Persona desconeguda Amic/iga, veí/ina o company/a d'escola (<18 anys)	46,8 44,7	31,1	4,4	62,2	15,6
W5. Robatori al domicili	3	50,0	Persona desconeguda Germà/ana o germanastre/a	50,0 50,0	100,0	0,0	0,0	0,0
W6. Assassinat de familiar o amic	1	No ho sap	No ho sap					

\*No es mostren aquells ítems amb cap ocurrència (W7 i W9) o on la pregunta no és pertinent (W8 i W9).

\*\*Les característiques del victimari poden sumar més de 100% per la implicació de més d'una persona o no arribar-hi, ja que no s'han inclòs les respostes 'No sap/No contesta'.

**Taula 23. Victimització per Internet: presència d'un únic victimari, tipus de relació més freqüent i característiques del victimari (%)**

	n	Un victimari	Tipus de relació més freqüent amb el victimari	(%)	Característiques victimari**			
					Home	Dona	Noi	Noia
INT1. Assetjament per Internet	11	66,3	Amic/iga o conegut de l'escola Noi/a amb qui surts o sorties Familiar adult	30,0 10,0 10,0	18,2	0,0	18,2	27,3
INT2. Sol·licituds sexuals no desitjades per Internet	9	77,8	Amic/iga o conegut de l'escola Amic/iga o conegut d'altres llocs Altres	25,0 25,0 25,0	33,3	0,0	33,3	0,0

\*\*Les característiques del victimari poden sumar més de 100% per la implicació de més d'una persona o no arribar-hi, ja que no s'han inclòs les respostes 'No sap/No contesta'.

### 6.3 Perfil dels adolescents polivictimitzats

A l'estudiar el fenomen de la polivictimització, atenent als suggeriments de Finkelhor [et al.] (2007), s'han establert tres grups de víctimes tenint en compte el número de victimitzacions que han patit els adolescents al llarg de la seva vida. Concretament, un primer grup ha quedat format pels adolescents que han sofert un número de victimitzacions inferior o igual a la mitjana d'esdeveniments corresponent al grup d'adolescents entrevistats, un segon grup que ha quedat format pels participants que han patit un número d'esdeveniments superior a aquest mateix valor i, finalment, dins d'aquest segon grup s'ha definit un tercer grup d'adolescents que s'estableix agafant com a punt de tall el percentil 90.

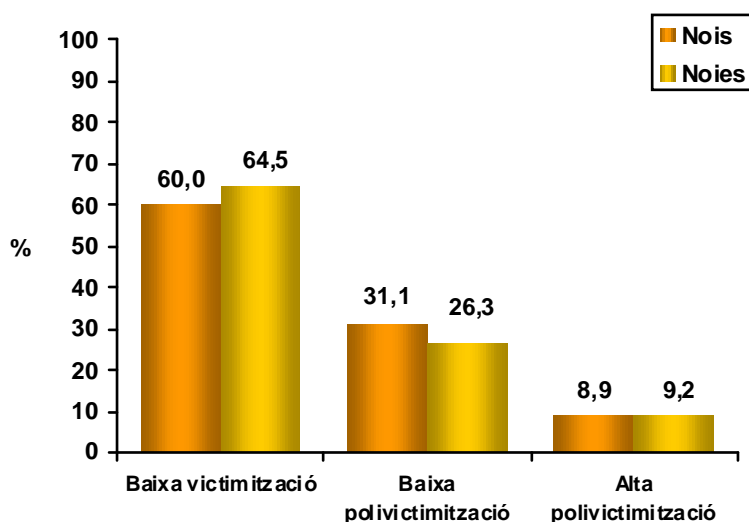
D'aquesta manera, els tres grups han quedat definits com segueix:

- a) grup de *baixa victimització*, on s'inclouen els adolescents que han patit entre 1 i 6 tipus d'esdeveniments victimitzants;
- b) grup de *baixa polivictimització*, format per aquells adolescents que han sofert entre 7 i 11 esdeveniments; i
- c) grup d'*alta polivictimització* on s'inclouen els adolescents que han patit 12 o més esdeveniments victimitzants diferents.

Seguint aquesta diferenciació, el 63,1% dels adolescents víctimes entraria a la classificació de grup de baixa victimització, el 27,9% al de baixa polivictimització i, finalment, el 9,0% formaria part del grup d'alta polivictimització.

Adicionalment, al Gràfic 9 es mostra el percentatge d'adolescents per cada un dels grups tenint en compte el sexe i, com s'hi pot observar, els percentatges de nois i noies que es classifiquen en cada una de les categories establertes és molt similar.

**Gràfic 9. Prevalença segons àrees de victimització (n= 121)**



Entrant en més detall, les característiques d'aquests tres grups d'adolescents pel que fa a algunes variables demogràfiques, com el sexe i l'edat, i els diferents tipus d'esdeveniments victimitzants soferts, es mostren a la Taula 24.

**Taula 24. Polivictimització: percentatge per variables sociodemogràfiques, tipus de victimització i V de Cramer (V).**

	Baixa victimització (n= 77)	Baixa polivictimització (n= 34)	Alta polivictimització (n= 11)	V de Cramer
<i>Variables sociodemogràfiques</i>				
Nois (%)	35,5	41,2	36,4	0,05
Edat (M i D.T.)	14,0 (1,33)	14,8 (1,65)	14,5 (0,93)	--
<i>Victimització (%)</i>				
C. Delictes comuns	74,0	97,1	100,0	0,30
M. Victimització per cuidadors	32,5	73,5	90,9	0,45
P. Victimització per iguals o germans	50,6	88,2	100,0	0,42
S. Victimització sexual	7,8	26,5	54,5	0,38
W. Testimoni o victimització indirecta	71,4	91,2	100,0	0,27
INT. Victimització per Internet	16,9	26,5	72,7	0,36

Com es podria esperar, donat que la pròpia definició de polivictimització implica l'acumulació d'esdeveniments victimitzants, el percentatge d'adolescents víctimes s'incrementa del grup de baixa victimització, passant pel grup de baixa polivictimització, fins al grup d'alta polivictimització. És de destacar que la

totalitat de joves amb alta polivictimització ( $n= 11$ ) han patit algun tipus de delictes comú, de victimització per iguals o germans i de victimització indirecta.

Al comparar els tres grups quant a sexe i edat, no es troben diferències estadísticament significatives pel que fa a la relació entre el tipus de víctima i el sexe ( $\chi^2(2)= 0,325$ ;  $p > 0,05$ ;  $V= 0,05$ ), però sí que es troben diferències pel que fa a l'edat dels adolescents dels tres grups establerts ( $F(2,119)= 3,258$ ;  $p < 0,05$ ). Concretament, les comparacions *a posteriori* indiquen diferències entre el grup de baixa victimització i el grup de baixa polivictimització, amb una grandària de l'efecte de  $d= 0,56$ . Aquesta dada podria explicar-se parcialment pel pas del temps, en el sentit que a mesura que van passant els anys és més probable que un nen o nena hagi sofert més esdeveniments victimitzants. Tal i com planteja Finkelhor, Ormrod i Turner (2009), per tal de corregir l'efecte del pas del temps i conèixer les característiques de les polivíctimes, caldria especificar una definició de polivictimització per a diferents grups d'edat. Tanmateix, donada la grandària mostral utilitzada en aquest projecte, no ha estat possible definir diferents grups de nois i noies polivíctimes en funció de la seva edat.

En analitzar la relació existent entre el grup de pertinença i l'experiència de victimització segons els mòduls, es troben associacions estadísticament significatives en tots els casos<sup>8</sup>, amb coeficients de contingència de Cramer que oscil·len entre  $V= 0,27$  per la victimització indirecta i  $V= 0,45$  per la victimització per cuidadors. Com s'ha comentat amb anterioritat, en ambdós casos els grups queden ordenats de menor a major percentatge d'adolescents que ha sofert el corresponent tipus de victimització, des del grup de baixa victimització fins el grup d'alta polivictimització.

Per tal de conèixer, amb més profunditat, com es distribueixen els diferents tipus d'esdeveniments victimitzants de cada un dels sis mòduls en els tres grups establerts s'ha repetit l'anàlisi anterior per cada esdeveniment.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Cal tenir en compte que, en certes anàlisis, les freqüències esperades d'algunes caselles són inferiors a 5.

<sup>9</sup> De nou, per tal d'interpretar els resultats, cal tenir present que en certes anàlisis les freqüències esperades d'algunes caselles són inferiors a 5.

En el cas dels *delictes comuns*, els resultats es mostren a la Taula 25. Cal destacar la rellevància de l'associació en l'agressió per discriminació ( $V= 0,48$ ), l'agressió sense arma ( $V= 0,47$ ) i l'agressió amb arma ( $V= 0,45$ ), on el grup d'alta polivictimització es troba clarament més victimitzat que la resta de grups, amb un percentatge de victimització del 45,5%, 90,9%, i 36,4%, respectivament.

**Taula 25. Delictes comuns: percentatge per grup de victimització i V.**

	Baixa victimització (n= 77)	Baixa polivictimització (n= 34)	Alta polivictimització (n= 11)	V de Cramer
C1. Robatori amb violència	10,4	35,3	54,5	0,28
C2. Robatori sense violència	35,1	50,0	72,7	0,20
C3. Vandalisme	20,8	41,2	36,4	0,18
C4. Agressió amb arma	0,0	23,5	36,4	0,45
C5. Agressió sense arma	24,7	64,7	90,9	0,47
C6. Intent d'agressió	16,9	41,2	45,5	0,23
C7. Amenaça d'agressió	22,1	61,8	63,6	0,40
C8. Segrest	2,6	8,8	0,0	0,15
C9. Agressió per discriminació	1,3	8,8	45,5	0,48

Pel que fa a la *victimització per cuidadors* (vegeu la Taula 26), és especialment destacable l'associació en el cas de la la violència física ( $V= 0,54$ ) i la violència psicològica/emocional ( $V= 0,43$ ), on el grup d'alta polivictimització presenta un percentatge de 81,8% i 90,9%, respectivament.

**Taula 26. Victimització per cuidadors: percentatge per grup de victimització i V.**

	Baixa victimització (n= 77)	Baixa polivictimització (n= 34)	Alta polivictimització (n= 11)	V de Cramer
M1. Violència física	9,1	44,1	81,8	0,54
M2. Violència psicològica/emocional	24,7	55,9	90,9	0,43
M3. Negligència	2,6	2,9	18,2	0,22
M4. Interferència parental/Segrest familiar	3,9	14,7	18,2	0,21

A la Taula 27 es presenten les dades pel mòdul de *victimització per iguals o germans*. En analitzar els diferents esdeveniments per separat, destaca primordialment l'assetjament físic ( $V= 0,53$ ), on en el grup de baixa victimització obté una prevalença de 5,2%, en el grup de baixa polivictimització de 23,5% i, finalment, de 72,7% en el grup d'alta polivictimització.

**Taula 27. Victimització per iguals o germans: percentatge per grup de victimització i V.**

	Baixa victimització (n= 77)	Baixa polivictimització (n= 34)	Alta polivictimització (n= 11)	V de Cramer
P1. Agressió per una banda o grup	3,9	8,8	45,5	0,41
P2. Agressió per iguals o germans	18,2	47,1	63,6	0,36
P3. Agressió genital no sexual	2,6	14,7	0,0	0,24
P4. Assetjament físic	5,2	23,5	72,7	0,53
P5. Assetjament emocional	28,6	52,9	63,6	0,27
P6. Violència en la parella	1,3	2,9	9,1	0,14

En relació a la *victimització sexual, testimoni o victimització indirecta i victimització per Internet*, a les Taules 28 a 30 es presenten els percentatges observats en els tres grups de víctimes específics per cada un dels esdeveniments del tres mòduls.

En tots els casos la magnitud de l'associació entre el grup de pertinença i el tipus d'esdeveniment és destacable, però inferior a les observades en la resta de mòduls. En el cas de la victimització sexual destaca l'agressió sexual per adult desconegut ( $V= 0,41$ ), on únicament el grup d'alta polivictimització ha patit aquest esdeveniment. Haver estat testimoni de violència intrafamiliar a germans és l'esdeveniment amb una intensitat d'associació més destacada ( $V= 0,33$ ) pel que fa al mòdul de victimització indirecta, amb una prevalença del 45,5% en el grup d'alta polivictimització. Finalment, en el cas del mòdul de victimització per Internet, l'assetjament mitjançant aquest medi és l'esdeveniment que presenta un major grau d'associació en relació al grup de victimització ( $V= 0,35$ ), on el grup d'alta polivictimització presenta una prevalença que ascendeix a 54,5%.

**Taula 28. Victimització sexual: percentatge per grup de victimització i V.**

	Baixa victimització (n= 77)	Baixa polivictimització (n= 34)	Alta polivictimització (n= 11)	V de Cramer
S1. Agressió sexual per adult conegut	3,9	23,5	9,1	0,29
S2. Agressió sexual per adult desconegut	0,0	0,0	18,2	0,41
S3. Agressió sexual per iguals	0,0	2,9	18,2	0,33



S4. Violació: intent o consumada	1,3	8,8	18,2	0,25
S5. Exhibicionisme/Exposició sexual	1,3	8,8	27,3	0,32
S6. Assetjament sexual verbal	2,6	5,9	18,2	0,18

**Taula 29. Testimoni o victimització indirecta: percentatge per grup de victimització i V.**

	Baixa victimització (n= 77)	Baixa polivictimització (n= 34)	Alta polivictimització (n= 11)	V de Cramer
W1. Testimoni de violència domèstica	10,4	17,6	45,5	0,27
W2. Testimoni de violència intrafamiliar a germans	3,9	17,6	36,4	0,33
W3. Testimoni d'agressió amb arma	20,8	55,9	63,6	0,27
W4. Testimoni d'agressió sense arma	48,1	70,6	100,0	0,26
W5. Robatori al domicili	6,5	29,4	9,1	0,24
W6. Assassinat de familiar o amic	7,8	0,0	0,0	0,17
W7. Testimoni d'assassinat	0,0	2,9	0,0	0,11
W8. Testimoni de tiroteig, terrorisme o disturbis	2,6	11,8	45,5	0,30
W9. Exposició a guerres o conflictes armats	0,0	2,9	0,0	0,15

**Taula 30. Victimització per Internet: percentatge per grup de victimització i V.**

	Baixa victimització (n= 77)	Baixa polivictimització (n= 34)	Alta polivictimització (n= 11)	V de Cramer
INT1. Assetjament per Internet	9,1	17,6	54,5	0,35
INT2. Sol·licituds sexuals no desitjades per Internet	9,1	14,7	27,3	0,20

## 6.4 Relació entre victimització i psicopatologia

Per tal de determinar el nivell de simptomatologia psicològica dels adolescents s'ha aplicat el YSR, amb el qual s'han obtingut tres puntuacions per cada participant: a) simptomatologia *internalitzant*, que inclou les escales d'Ansietat/Depressió, Aïllament/Depressió, i Queixes somàtiques; b) simptomatologia *externalitzant*, que inclou les escales de Transgressió de normes i Conducta agressiva; i c) simptomatologia *general*, que a més a més de les dues puntuacions anteriors inclou les escales de Problemes socials, Problemes de pensament, i Problemes d'atenció.

Cal puntualitzar que, a l'estudiar la relació entre la presència de simptomatologia psicològica i el nivell o grau de victimització, s'ha seguit treballant amb la divisió en tres grups presentada a l'apartat anterior, a saber: grup de *victimització* (entre 1 i 6 esdeveniments victimitzants), grup de *baixa polivictimització* (entre 7 i 11 esdeveniments victimitzants) i grup d'*alta polivictimització* (12 o més esdeveniments victimitzants).

Les puntuacions obtingudes en l'instrument de psicopatologia YSR per cada un dels grups de víctimes es presenten a la Taula 31. Com s'hi pot observar, la tendència en les tres puntuacions del YSR és la mateixa, és a dir, el grup de baixa victimització obté les puntuacions més baixes, seguit del grup de baixa polivictimització que presenta puntuacions lleugerament superiors i, finalment, el grup d'alta polivictimització que obté les puntuacions més elevades. En aquest sentit, la tendència sembla definir-se en la direcció de a més grau de victimització més nivell de malestar psicològic internalitzant, externalitzant i general.

**Taula 31. Puntuacions del YSR (M i D.T.) per grup de victimització.**

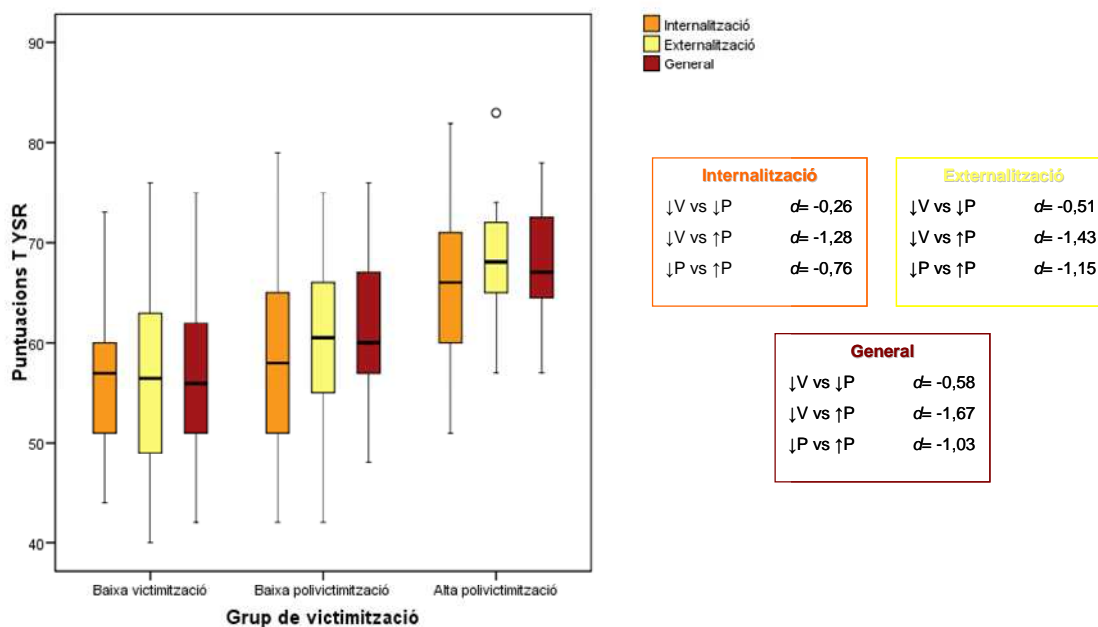
	Baixa victimització (n= 74)	Baixa polivictimització (n= 34)	Alta polivictimització (n= 11)
Simptomatologia internalitzant	56,4 (6,71)	58,4 (9,24)	65,6 (10,15)
Simptomatologia externalitzant	55,8 (9,39)	60,3 (7,61)	68,8 (6,73)
Simptomatologia general	56,9 (6,98)	61,0 (7,41)	68,4 (6,26)

Aquesta aparent tendència s'ha analitzat estadísticament, obtenint diferències significatives en la simptomatologia internalitzant ( $F(2,118)= 6,813$ ;  $p < 0,05$ ), externalitzant ( $F(2,118)= 11,968$ ;  $p < 0,05$ ), així com en la simptomatologia general ( $F(2,118)= 14,427$ ;  $p < 0,05$ ).

Les anàlisis *a posteriori* han mostrat que aquestes diferències es donen entre tots els grups en el cas de les puntuacions en simptomatologia externalitzant i general (tots els  $p$  valors  $< 0,05$ ), mentre que en el cas de la simptomatologia internalitzant les diferències es donen entre totes les comparacions dos a dos exceptuant la comparació entre el grup de baixa victimització i el grup de baixa polivictimització. La magnitud d'aquestes diferències ( $d$  de Cohen) es mostren

al Gràfic 10, on es representen les distribucions de les puntuacions mitjançant diagrames de caixes.

**Gràfic 10. Distribució de les puntuacions T del YSR segons grup de victimització.**



↓V: Grup de baixa victimització; ↓P: Grup de baixa polivictimització; ↑P: grup d'alta polivictimització

Com pot observar-se, a excepció de les comparacions entre els grups de baixa victimització i baixa polivictimització, tota la resta de comparacions presenten grandàries de l'efecte entre moderades (*internalització* en la comparació ↓P versus ↑P) i elevades, en aquest últim cas destacant especialment aquelles relatives a la comparació entre el grup de baixa victimització i alta polivictimització (↓V versus ↑P).

Seguint el plantejament dels treballs de Finkelhor, Ormrod i Turner (2007, 2009), per tal d'explorar la contribució de cada mòdul de victimització a l'explicació del nivell de simptomatologia internalitzant, externalitzant i general en comparació a la contribució de l'acumulació d'esdeveniments victimitzants, les dades es van sotmetre a una regressió múltiple pas a pas. A la Taula 32 es mostren els resultats d'aquestes anàlisis, on s'especifiquen els coeficients de regressió estandarditzats ( $\beta$ ), el valor de l'estadístic  $t$  i el corresponent  $p$  valor que informen sobre la contribució específica de cada una de les variables que han entrat a formar part del model, així com el coeficient de determinació

corregit ( $R^2$ ) que informa de la variabilitat explicada pel model de regressió en qüestió.

**Taula 31. Puntuacions del YSR (M i D.T.) per grup de victimització.**

	Internalització			Externalització			General		
	$\beta$	$t$	$p$	$\beta$	$t$	$p$	$\beta$	$t$	$p$
C. Delictes comuns									
M. Victimització per cuidadors	0,249	2,905	0,004				0,362	4,491	< ,001
P. Victimització per iguals o germans									
S. Victimització sexual	0,212	2,499	0,014				0,252	3,160	0,002
W. Testimoni o victimització indirecta									
INT. Victimització per Internet	0,233	2,756	0,007				0,181	2,282	0,024
Número total de victimitzacions				0,481	5,980	< 0,001			
Coeficient de determinació ( $R^2$ )		0,22			0,22			0,31	

Com pot observar-se, *l'acumulació d'esdeveniments victimitzants* presenta una destacada contribució en l'explicació de la simptomatologia externalitzant, mentre que en el cas de la simptomatologia internalitzant i la general agafaria el relleu la *victimització per cuidadors*, la *victimització sexual* i la *victimització per Internet*.

## 7. Conclusions

El present estudi, emmarcat dins la perspectiva de la victimologia del desenvolupament (Finkelhor, 2007), mostra que la victimització infantojuvenil al nostre país és un problema molt més estès del que inicialment podria plantejar-se.

Ampliant els treballs previs portats a terme a altres zones de l'Estat espanyol a partir de les pròpies respostes dels joves, com els d'Hava (1995) i Lila [et al.] (2008), i incloent-hi una àmplia tipologia de formes de victimització, els resultats obtinguts indiquen que pràcticament la totalitat dels nois i noies entrevistats manifesten haver estat víctimes d'un o més esdeveniments vinculats a delictes comuns, formes de victimització per part de cuidadors, victimitzacions per part d'iguals i/o germans, victimitzacions sexuals, formes de victimització indirectes, com l'exposició a violència en la família o la comunitat, i victimització a través de les noves tecnologies.

Seguint la nomenclatura proposada per Finkelhor (2007) alguns d'aquestes victimitzacions poden considerar-se *pandèmiques* quan es pren una perspectiva temporal ampla, com els robatoris sense violència o el fet de ser víctima o testimoni d'agressions sense arma. La violència emocional per part de cuidadors i iguals també està força present, almenys en col·lectius de risc com pot considerar-se el provinent de consulta clínica.

Els resultats d'aquest estudi superen, a nivell general, els obtinguts en els estudis nacionals anteriors, si bé el fet que el present treball tingui com a grup d'anàlisi a adolescents consultants en centres de salut mental, mentre que els treballs d'Hava (1995) i Lila [et al.] (2008) se centressin en mostra comunitària, podria explicar les dades trobades. Els diferents instruments utilitzats per a obtenir les dades també pot trobar-se a la base d'aquestes diferències.

Quan es comparen els resultats obtinguts al nostre país, amb aquells que s'han obtingut en treballs nordamericans (Finkelhor [et al.], 2005a) i xilens (Fundación Paz Ciudadana, 2004) amb el mateix instrument de victimització, poden

observar-se diferències que no estan basades en la metodologia, si bé ho poden estar en les societats avaluades.

Els *robaments, furts i agressions físiques* en l'últim any semblen produir-se en un percentatge de joves xilens lleugerament inferior (28,6% en global per a robaments i furts i 17,6% d'agressions físiques), així com el *maltractament físic per part de cuidadors*, que es dona en un 12,4% dels casos. No es proporcionen dades d'altres formes de victimització, no sent possible, per tant, observar si aquesta línia de resultats es repeteix en totes les victimitzacions analitzades. Cal tenir en compte que, en aquest estudi, la mostra es refereix a joves de la població comunitària i no a adolescents clínics.

En relació als treballs de Finkelhor i el seu equip (Finkelhor [et al.], 2005a) en què presenten la incidència dels diferents tipus de victimització en l'últim any per joves de 13 a 17 anys, s'observen tan similituds com diferències. Quan a *delictes comuns*, hi ha més coincidències que diferències, excepte en els robatoris sense violència o en els intents d'agressió que serien més freqüents en la mostra catalana. Quant a *victimització física i psicològica per part de cuidadors*, els resultats són superiors en el present estudi (16,3 i 27,6% en aquest estudi respecte a 6,7 i 14,3%), fet que podria reflectir una major conflictivitat familiar en mostres clíniques. També s'observa aquesta tendència quan es té en compte l'*exposició a violència familiar* (5,7 i 4,9% respecte a 2,8 i 1,5%). La *victimització per part d'iguals o germans* mostra una tendència inversa, sent superior en la mostra comunitària nordamericana. En relació a la *victimització sexual*, la freqüència d'agressions sexuals per part d'adults és similar (1,6 i 0,0% respecte a 1,2 i 0,8%), però a la mostra nordamericana hi haurien més intents de violació o violacions consumades (2,4% en aquest estudi respecte a 6,8%). Per últim, quant a l'*exposició a violència comunitària*, les freqüències són similars en el cas de presenciar agressions però són superiors en la mostra nordamericana en referència als robatoris al domicili i en aquelles situacions de violència més extrema (assassinats, tiroteigs).

Els resultats obtinguts en el present estudi il·lustren la importància de recollir informació sobre experiències de victimització a partir de les respostes proporcionades pels propis menors, si bé escassos estudis han seguit aquesta

metodologia al nostre país i cap d'ells ho ha fet amb joves consultants en centres de salut mental. La rellevància d'aquest mètode radica en la manca de coneixement existent per part de les autoritats oficials de moltes d'aquestes victimitzacions, que no arriben a ser notificades i que, en un nombre important de casos, refereixen a delictes inclosos en el nostre Codi Penal.

Com a exemple, destaquen les formes de *victimització sexual* que, en el present estudi, si bé són el tipus de victimització menys freqüent, es produeixen en un nombre important de casos, seguint la línia d'estudis de prevalença anteriors, tant de l'àmbit nacional (López, 1994; Pereda i Forns, 2007) com internacional (Pereda [et al.], 2009). Factors com el secretisme que caracteritza les formes de victimització sexual i, especialment l'abús sexual, la vergonya que experimenta la víctima a l'explicar el que ha viscut, el sentiment de culpa que presenta, o la por a les sancions criminals que implica la denúncia d'aquests fets, fan que únicament un petit nombre de víctimes denunciïn el que estan vivint en el moment que es produeix, subestimant les estadístiques oficials la dimensió real del problema (Finkelhor, 1994). En relació a aquesta subestimació, diversos estudis han confirmat que només un petit percentatge de casos de victimització sexual són denunciats a una autoritat oficial (entre un 3 i un 5% segons Finkelhor i Hotaling, 1984; menys d'un 10%, segons Fleming, 1997; un 12,3% al nostre país segons López, 1994).

En línia amb la perspectiva de la victimologia del desenvolupament, i en funció dels resultats obtinguts en el present estudi, no totes les formes de victimització s'inicien en les mateixes edats ni es produeixen amb igual freqüència en nois i noies, el que hauria de permetre establir períodes i grups de risc per a victimitzacions específiques a partir de l'anàlisi del moment d'inici i la freqüència segons el sexe dels diferents tipus de victimització. És important destacar que la majoria de victimitzacions s'inicien o bé durant la infància o bé durant els primers anys de l'adolescència (12-13 anys), i que molt poques ho fan després dels 13 anys. Per tant, es confirma la idea de que els menors estan subjectes a les mateixes victimitzacions que els adults i, alhora, han d'afrontar aquelles formes de victimització pròpies de la seva edat (Finkelhor, 2007).

Atenent al tipus d'esdeveniments, durant la infància s'inicien la majoria de les victimitzacions relacionades amb l'entorn més proper del menor (violència física per cuidadors, negligència, interferència parental, exposició a violència familiar) però també les agressions per iguals. És interessant posar de manifest que durant la infància l'única victimització sexual present és la que s'esdevé a mans d'adults coneguts. A l'adolescència apareixen nous tipus de victimització, la majoria fora d'aquest àmbit més proper. Per tant, bona part de la victimització en menors, especialment a la infància, sol ser comesa, per adults de l'entorn més proper. A més, cal tenir en compte que la victimització per cuidadors acostuma a tenir un caràcter més recurrent que la majoria d'esdeveniments. Aquest fet mostra les enormes dificultats que suposa que aquests casos siguin coneguts per les autoritats a menys que un adult preguntí al menor, directament, per la seva experiència. Cal tenir en compte que, si bé no totes aquestes formes de victimització suposen delictes, sí configuren una part important de la biografia del menor que cal considerar i valorar, especialment des de l'àmbit clínic, donades les implicacions que poden arribar a tenir en el seu desenvolupament.

Val a dir que les formes de victimització més vinculades a l'àmbit domèstic que a victimitzacions causades fora de la unitat familiar o per persones desconegudes, mostren, com ha estat constatat per altres autors, la denominada *paradoxa de la violència familiar*, que descriu com la família és alhora la institució social més afectuosa i cuidadora i la més violenta i maltractadora (Finkelhor i Ormrod, 2000; Straus, 2008).

Quant s'analitza el perfil del victimari dels episodis més recents de victimització, s'observa un canvi de patró respecte al que s'ha descrit en aquest apartat, incrementant-se la participació dels iguals. En quant al sexe, si bé trobem una majoria d'agressors de sexe masculí, especialment en tots aquells delictes comuns on s'utilitza la violència i en aquells que conformen la denominada victimització sexual; en la violència psicològica o emocional destaca més la mare de la víctima com a perpetradora, així com en la negligència, i en l'assetjament per Internet, on són les noies les que utilitzen, novament, la Xarxa, en aquest cas per a victimitzar a d'altres. La consideració social de l'home com a victimari i la dona com a víctima (vegi's Redondo i Echeburúa,



2010 per a una anàlisi en profunditat d'aquesta creença) és, en funció dels resultats obtinguts, un error que com a professionals cal desterrar, tenint en compte les característiques específiques i particulars de cada forma de victimització.

Seguint amb el perfil del victimari dels episodis més recents, es constata que els *delictes comuns* són l'únic tipus d'esdeveniments on es troben implicats realment individus desconeguts i, tot i així, la participació de coneguts com amics, veïns o companys d'escola és rellevant. En la resta de victimitzacions, predominen persones que formen part del context proper del menor. A part d'amics o companys d'escola, s'observa el paper de germans o germanastres en algunes victimitzacions relacionades amb la propietat (vandalisme, robatoris al domicili) i en l'assetjament físic o de la parella sentimental en la victimització sexual. També queda patent la participació de pares en la victimització per cuidadors, deixant en segon terme a altres familiars o persones que poden tenir cura del menor.

Per la victimologia del desenvolupament les diferències entre nois i noies també són importants per a la comprensió d'aquest fenomen. En aquest sentit, destaca l'elevada freqüència de *victimització sexual* i *victimització per Internet*, especialment de caire sexual, en noies, tal i com ja s'ha obtingut en treballs anteriors on la ratio de prevalença de l'abús sexual s'ha situat en un home víctima per cada 2,5 dones (Pereda [et al.], 2009).

En relació a la *violència de parella*, s'ha de considerar, per les seves implicacions pràctiques, que aquesta s'inicia ja en l'adolescència mitjana i té una freqüència similar en nois i noies, tal i com s'ha obtingut en altres estudis nacionals (Muñoz-Rivas [et al.], 2007) i internacionals (vegi's, per exemple, el treball d'Straus, 1999 sobre aquest tema) on els homes afirmen haver comès més violència contra les seves parelles i, al seu torn, haver estat també víctimes de més violència.

Respecte a les *victimitzacions per Internet amb connotacions sexuals* aquestes solen aparèixer, en funció dels resultats obtinguts, en noies a l'adolescència mitjana. Des de l'àmbit victimològic, i sense oblidar l'existència d'assetjadors

cibernètics, principalment homes heterosexuels, motivats per dur a terme aquestes conductes (Wolak, Finkelhor i Mitchell, 2004), les explicacions al predomini de víctimes de sexe femení són diverses i, principalment, es relacionen amb les conductes que aquestes menors mantenen a Internet, amb un ús més freqüent de la Xarxa per comunicar-se, establir relacions socials, tant amb coneguts com amb desconeguts, i una major tendència a utilitzar aquest mitjà per compartir intimitats i experiències personals, la qual cosa les situa en una posició d'alt risc (Baumgartner, Valkenburg i Peter, 2010). En aquest sentit, la conducta d'aquestes menors proporciona senyals ambigus a presumptes assetjadors que les porta a ser víctimes d'aquests requeriments sexuals, fins i tot quan no els desitgen.

Seguint la descripció del perfil victimològic dels menors exposats a assetjament sexual a Internet, l'edat de les víctimes s'allunya de l'etapa prepuberal característica dels abusos sexuals a menors al món real i que ha estat adoptada com a criteri de punibilitat en el Codi Penal espanyol per a aquestes situacions. Cal destacar que, atès que aquests menors tenen 13 anys o més, aquestes conductes no serien sancionables penalment al nostre país. Les conductes referides a aquests menors, majors de 13 anys, podrien castigar-se com a delictes d'abús sexual (Art. 183) únicament si hi hagués contacte entre victimari i víctima al món real i el victimari actués prevalent-se d'una relació de superioritat o utilitzant engany. També podrien atribuir-se l'ofensor un delictes de corrupció de menors (Art. 189-4), difusió de pornografia entre menors (Art. 186), o captació o utilització d'un menor per elaborar material pornogràfic (Art. 189-1), en funció de les conductes que hagués dut a terme.

És indubtable que, sense una discussió explícita en la qual es proporcionï informació clara i evident sobre els potencials riscos i perills d'Internet, els nens, nenes i adolescents no poden associar el contacte i la relació amb un desconegut a través de la xarxa amb una potencial amenaça per a la seva seguretat. És responsabilitat dels adults ajudar als joves a ser conscients de les conductes de risc i de les seves possibles implicacions, per educar-los en la prevenció d'aquestes situacions. Un menor sense informació respecte als perills d'Internet és un menor d'alt risc, especialment perquè aquest interès i curiositat

respecte al sexe, afegit a la seva immaduresa i inexperiència en aquest àmbit, juntament amb la seva impulsivitat característica del període evolutiu en el qual es troba, el converteixen en altament vulnerable.

És important tenir en compte que els incidents que causen un major malestar als joves, segons el nivell de malestar informat pel menor respecte al moment de produir-se la victimització, són els referits a ser víctima de la *violència física o psicològica per part dels propis cuidadors, estar exposat a les agressions entre els pares, la victimització sexual per part d'adults i ser testimoni de situacions de violència extrema* (assassinats, guerres o conflictes armats). Per tant, en la línia del que planteja Finkelhor (2007), és probable que les situacions amb més potencial traumàtic estiguin vinculades a l'entorn més proper pel sentiment de *traïció* que comporten, així com al sentiment d'*estigmatització* força present, especialment en la victimització sexual (Finkelhor i Browne, 1985). Afegir que tots aquests esdeveniments generen en el menor sentiments d'inseguretat i por davant el risc de perdre la pròpia vida o la integritat física o emocional (Weinstein, 1989), incidint sobre la confiança en si mateix, en els altres i en el futur (Janoff-Bulman, 1989)

En referència al nivell de malestar, també es posa de manifest que és important no descartar formes de victimització que poden semblar, inicialment i segons la valoració de l'adult, menys greus, i comptar amb la percepció del propi menor respecte a la vivència de l'esdeveniment. Com a exemple de l'estudi, els joves indiquen que les *amenaces d'agressió* o l'*assetjament sexual verbal* es troben vinculats a elevats nivells de malestar. En aquest sentit, tenir en compte no només la presència de l'esdeveniment victimitzant, sinó la percepció que en fa el jove respecte al nivell de malestar associat, és primordial. Dos infants poden viure el mateix episodi i percebre'l de forma molt diferent, en funció de múltiples variables mediadores que actuen incrementant el risc de malestar o compensant aquest. En paraules de Lazarus (1999) "*stress and emotion depend on how an individual evaluates (appraises) transactions with the environment*" (p. 36).

És important valorar que un grup significatiu de menors ha patit lesions físiques, derivades de l'experiència de victimització. Si bé aquestes lesions físiques no solen ser greus, les conseqüències psicològiques que es deriven de

la victimització infantojuvenil poden ser múltiples i perdurar al llarg del cicle evolutiu del menor, configurant efectes a llarg termini que afecten negativament al seu estat emocional, la seva forma de relacionar-se i la seva visió del futur.

En relació al risc de problemes psicològics que pot presentar el menor, la recerca realitzada posa de manifest que l'acumulació de victimitzacions, fenomen conegut com a polivictimització (Finklehor [et al.], 2007), suposa un elevat risc de desajustos en el desenvolupament normal de l'adolescent. Una de les forteses del nostre estudi és que avalua una ampla varietat de tipus de victimització, el que permet detectar els individus polivictimitzats, analitzar el seu perfil i valorar els efectes de l'acumulació de situacions de victimització en el seu benestar. L'anàlisi del perfil d'aquests subjectes permet observar una elevada associació entre la condició de polivíctima i les *victimitzacions per part de cuidadors* de tipus físic i psicològic, la *victimització sexual* (especialment per adults desconeguts) i la *victimització per Internet*. A nivell més específic, també s'observa associació amb les agressions, sovint de caràcter discriminatori o per bandes, i l'assetjament o intimidació física per iguals. Aquests desajustos dels que parlem farien referència a la presència de simptomatologia internalitzant, externalitzant i general en el grup d'alta polivictimització en major mesura que en els adolescents amb baixa victimització. Concretament, les polivíctimes provinents de consulta clínica es caracteritzarien per presentar nivells més elevats d'ansietat i depressió, i més especialment exhibir conductes agressives i delictives, així com problemes socials i d'atenció.

Fent una anàlisi més detallada del paper que juga la *polivictimització* en el desenvolupament de psicopatologia, s'observa, seguint a Widom (1989), que quan les experiències de victimització constitueixen una constant que es produeix en la majoria de contextos en els que es desenvolupa l'infant, aquest acaba incorporant conductes violentes i disocials com a forma de relacionar-se amb els altres i protegir-se a sí mateix. Mentre que la *victimització per cuidadors*, la *victimització sexual* i la *victimització per Internet* són les formes de victimització més relacionades amb respostes internalitzants -síntomes d'ansietat, aïllament i conductes depressives- per part del jove.

En molts dels joves entrevistats en el present estudi la victimització no és un esdeveniment puntual, sinó una condició vital crònica. Només cal observar la varietat i freqüència de victimitzacions que molts nois i noies expliquen haver patit en només l'últim any previ a la realització de l'entrevista. Destaquen especialment per la seva recurrència anual l'*agressió per discriminació*, la *negligència* i *ser testimoni de violència intrafamiliar a germans*, que es donen, a nivell general, en cinc o més episodis per any.

En síntesi, tal com constaten els resultats d'aquest estudi, en línia amb els estudis internacionals i els treballs duts a terme al nostre país, els nens, nenes i joves són víctimes de múltiples experiències victimitzants amb una freqüència molt superior als adults, malgrat l'escassa formació dels professionals per atendre les necessitats d'aquests grups d'edat i de les falses creences que existeixen respecte a la violència dirigida a la infància.

## 8. Propostes

Les propostes i implicacions que es deriven de la recerca realitzada poden agrupar-se en diferents nivells, segons la seva finalitat i a qui es dirigeixin.

En relació a l'àmbit de la investigació, cal tenir en compte l'existència de diverses limitacions del present estudi que haurien de contemplar-se en futures investigacions amb la intenció de millorar-lo i que es detallen a continuació.

En primer lloc, per tal de generalitzar els resultats que es presenten en aquest projecte a la resta de la població clínica adolescent catalana, caldria incrementar la mostra seleccionant els diferents centres de salut mental col·laboradors i els joves participants amb un disseny de recollida de dades que maximitzi la generalització de resultats a la totalitat del col·lectiu d'interès. A més a més, seria interessant fer extensiu aquest tipus d'estudi a la resta de l'estat espanyol. Tanmateix, en aquest sentit, cal ser conscients que, si qualsevol estudi que implica un procés de recollida de dades és costós temporal i econòmicament, quan es tracta de població clínica menor d'edat cal afegir-hi la dificultat d'accessibilitat a la mostra.

També cal tenir en compte que el present estudi s'ha limitat exclusivament a mostra clínica, donat que fins ara dins de la recerca victimològica nacional i internacional havia suposat un gran buit, però en futurs estudis sobre aquesta mateixa temàtica s'avaluaran adolescents provinents de la població comunitària per tal d'analitzar les similituds i diferències entre aquests dos col·lectius. Val a dir que dins l'equip de recerca ja estem treballant en el disseny, planificació i organització d'aquesta nova fase investigadora.

L'instrument JVQ està dissenyat de tal manera que un mateix episodi victimitzant pot classificar-se en més d'un esdeveniment victimitzant, i per extensió, en més d'un mòdul. Dit d'una altra manera, certs esdeveniments victimitzants poden solapar-se des del punt de vista de l'adolescent, com ara ser víctima de victimització per iguals o germans i de delictes comuns (per exemple, agressió per banda o grup i agressió sense arma, respectivament), fet que en alguns casos pot representar una sobreestimació del número

d'esdeveniments patits i, en conseqüència, afectar als resultats a l'hora de classificar els joves en el grup de victimització (baixa victimització, baixa polivictimització i alta polivictimització). Val a dir, però, que el percentatge de casos que en el present estudi podrien ser susceptibles de ser classificats doblement en més d'un esdeveniment victimitzant es limita un 13,0% de la totalitat de joves entrevistats.

Una altra limitació prové de la pròpia definició de polivíctima. Actualment no sembla haver-hi un acord en com definir la polivictimització, fins al punt que diverses publicacions científiques han optat per utilitzar definicions diferents d'aquest mateix concepte. En aquest context, a més, tenint en compte que la definició de polivíctima fa referència a l'acumulació d'esdeveniments victimitzants, cal afegir-hi l'efecte que el pas del temps suposa en aquesta definició. En altres paraules, sembla lògic pensar que un adolescent que és més gran quant a edat que un altre de més jove té més possibilitats d'haver patit algun esdeveniment victimitzant pel sol fet de tenir més anys que el noi o noia més jove en qüestió. En aquest context, el recent treball de Finkelhor, Ormrod i Turner (2009) postula que caldria incorporar l'edat com a factor a tenir en compte en la definició de polivíctima, la qual cosa no s'ha contemplat en el present estudi.

En l'estudi de la relació entre la polivictimització i el nivell de psicopatologia, cal tenir en compte que en cap cas podem parlar de causalitat, com a conseqüència del disseny transversal utilitzat en aquesta recerca. Seria interessant que futurs estudis abordessin aquesta temàtica, per exemple amb la realització d'estudis longitudinals (com, per exemple, els portats a terme per l'equip liderat per la Cathy Spatz Widom, e.g. McIntyre i Widom, 2011), tot i l'increment considerable dels costos que suposen. A més a més, malgrat Finkelhor [et al.] (2005c) comprova que l'acumulació d'esdeveniments té un efecte més desestabilitzant que la cronicitat, o repetició d'un mateix esdeveniment de manera continuada, caldria comprovar si aquests resultats es confirmen en futurs estudis.

Com a *propostes i implicacions relacionades amb l'àmbit professional d'atenció a víctimes*, destaquem les que es presenten a continuació i que únicament pretenen ser guies que il·lustrin les necessitats més evidents en aquest àmbit.

#### 1. Promoure la formació específica dels professionals.

La falta de formació específica dels professionals públics i privats que tracten amb víctimes i han d'assistir-les és un problema real al nostre país. A més de les conseqüències adverses que pot presentar un menor després de l'experiència de victimització, els professionals que treballen amb víctimes han de ser conscients del risc de victimització secundària que suposa qualsevol intervenció que no estigui basada en una formació especialitzada. Aquests professionals han de conèixer i aplicar els principis de la *victimologia del desenvolupament* en la seva pràctica diària, atès que aquesta perspectiva teòrica engloba aquells resultats obtinguts directament amb menors víctimes, mostrant la realitat a la que s'exposen els nens, nenes i joves, les característiques i conseqüències de la victimització en edats primerenques i les necessitats i formes d'intervenció i prevenció específiques. Els professionals han de tenir en compte l'existència de múltiples formes de victimització de menors, que no sempre coincideixen amb les tipologies delictives que poden trobar-se en el Codi Penal espanyol, però que suposen un greu risc per al correcte desenvolupament de la víctima i impliquen, en molts casos, la necessitat d'intervenció per part dels professionals de l'àmbit psicosocial. En aquest sentit, els canvis i avenços tecnològics suposen l'aparició de noves formes de victimització, adaptades a aquests nous recursos, com el ciberbullying, l'online grooming o el sexting, que els professionals que treballen amb víctimes han de conèixer, detectar i saber valorar. Per tot això, és imprescindible que els professionals que atenen a víctimes menors d'edat comptin amb una continua actualització dels seus coneixements.

#### 2. Proporcionar informació sobre el procés judicial al menor víctima.

La recuperació psicosocial del menor víctima ha de ser l'objectiu prioritari del sistema de justícia quan es treballa amb aquest col·lectiu, donat que el menor es troba en període de desenvolupament i les repercussions que poden derivar-



se de la victimització, tant per a ell com per a la societat de la qual forma part, a llarg termini, són enormes. S'ha constatat que l'entorn judicial és intimidant per al menor víctima que ha de declarar, establint-se que un major nombre d'entrevistes, múltiples exàmens i proves posteriors a l'experiència victimitzant i, especialment, el contacte amb diferents professionals relacionats amb el cas augmenta considerablement el seu malestar psicològic. Testificar, en si mateix, no suposa un succés traumàtic per al menor, però sí té efectes negatius sobre el seu estat emocional fer-ho en diverses ocasions i ser sotmès a un interrogatori dur, on es plantegin dubtes sobre la seva credibilitat i sobre els fets que està relatant. Els estudis indiquen que una gran majoria de menors se senten orgullosos i satisfets d'haver declarat, sempre que es mantinguin mesures de protecció i respecte a les seves necessitats específiques. És una responsabilitat dels professionals informar al menor víctima sobre què és un procés judicial, qui hi participa, perquè s'ha de portar a terme, què s'espera d'ell o ella i fins a on arriba la seva responsabilitat, preparant-lo emocionalment per a l'entorn i la dinàmica judicial. Mereix especial atenció l'adaptació del llenguatge al nivell de comprensió del menor. Cal tenir en compte que tota la terminologia legal, pròpia d'un sistema pensat per a adults, és extensa i molt complexa especialment des del punt de vista d'un nen o nena. En conseqüència, per tal que els professionals puguin informar al menor adequadament, cal conèixer en profunditat les característiques que defineixen cada una de les etapes evolutives del nen o nena en termes de les seves capacitats comunicatives expressives i receptives.

3. Oferir informació sobre el menor víctima a magistrats i professionals directament implicats en el judici.

Algunes de les conseqüències psicològiques de la victimització, com l'estat d'embotament i apatia emocional característic del trastorn per estrès posttraumàtic, o la confusió i la dissociació que solen acompanyar a aquestes experiències, influeixen en el testimoni de la víctima i en la seva forma de relatar els fets, la qual cosa comporta falta de credibilitat i dubtes sobre la seva veracitat. Tot això condueix a què el menor víctima es mostri insegur, confús i dubitatiu en el seu testimoni, la qual cosa, en lloc de ser entesa pels

professionals de l'àmbit judicial com a característica de l'experiència de victimització, es pren com a indicador de menor credibilitat del relat. Els professionals d'atenció a víctimes han de poder avaluar aquests trets característics i informar sobre ells en el judici.

#### 4. Valorar i potenciar el suport de l'entorn de què disposa la víctima.

El suport dels pares no agressors, especialment de la mare de la víctima, és fonamental per a la recuperació del menor i per a què aquest pugui testificar amb la màxima seguretat i confiança. La influència del suport matern o patern no només protegeix al menor del desenvolupament posterior de psicopatologia, sinó que suposa un menor nombre de retractacions després de la notificació, el que és de gran rellevància en el procés judicial. Una responsabilitat dels professionals d'atenció a víctimes és treballar amb aquestes figures de suport fent-les assumir la seva responsabilitat de cura i protecció envers l'infant, potenciant la seva empatia i que puguin posar-se en el lloc del nen o nena, sense culpabilitzar-lo. Alhora cal fomentar en aquests pares que mostrin la fortalesa necessària per a prendre totes les mesures de protecció que es requereixin; se'ls ha d'ensenyar a mantenir-se serens i segurs, evitant expressions d'alarma, por, venjança o odi; cal educar-los en tècniques d'escolta activa, que facilitin l'expressió d'emocions en l'infant i els permetin introduir reflexions i idees per a què el nen o nena pugui corregir totes les creences distorsionades que pot presentar respecte a si mateix i les relacions afectives; se'ls hi ha de mostrar la importància que té que l'infant se senti sempre acompanyat, reduint d'aquesta manera els seus sentiments d'estigmatització, soledat i aïllament i preparant-lo davant possibles dificultats futures, oferint-li un espai de confiança on no se'l qüestioni i al que pugui acudir sempre que ho necessiti.

#### 5. Oferir suport professional al menor víctima.

És evident que la resiliència del menor es construeix en la seva relació amb els altres. S'ha demostrat que el vincle que el menor estableixi amb els professionals i la seva confiança en aquests redueix l'impacte traumàtic de les entrevistes i d'altres variables de l'entorn judicial, com poden ser testificar en

presència de l'agressor, o el llenguatge i comportaments dels magistrats, massa vegades no adequats al nivell evolutiu ni a la capacitat de comprensió del menor, entre d'altres. També és molt important treballar les habilitats d'autoprotecció davant possibles noves situacions de victimització, tenint en compte el risc de revictimització que presenten aquests menors. Si bé seria preferible que la persona que porta a terme aquestes tasques fos una figura familiar, algú de l'entorn de l'infant en qui confii, veient la realitat d'aquests casos, en moltes ocasions el rol del tutor de resiliència l'haurà d'assumir un professional amb qui l'infant pugui crear un vincle afectiu, que l'ajudi a donar sentit a la seva experiència i generi en ell o ella l'expectativa d'una vida millor.

#### 6. Elaborar una guia d'actuació i bones pràctiques professionals.

Si bé existeixen múltiples guies que pretenen assessorar als professionals sobre el tracte que ha de dispensar-se als menors víctimes durant el procés judicial (vegeu per exemple la guia oferta pel US Department of Justice, *Child victims and witness: A handbook for criminal justice professionals* de Turman i Poyer, 1998), no existeixen guies publicades, basades en resultats empírics obtinguts al nostre país, fetes en llengua catalana o castellana i dirigides als professionals que treballen al sistema nacional d'atenció a víctimes. En aquest sentit és necessari elaborar una guia de bones pràctiques que serveixi de manual de consulta per a tots aquells professionals que han d'estar en contacte amb menors víctimes.

## 9. Agraïments

L'equip investigador vol agrair especialment la col·laboració de la nostra col·lega Dámaris Muñoz Cano, del Dr. David Finkelhor i de l'equip del Crimes Against Children Research Center en les fases inicials d'aquest projecte, així com la participació en la formació dels entrevistadors de la nostra col·laboradora Aina Grueso Castella.

També volem agrair enormement l'interès, predisposició i implicació de tot el grup de col·laboradors: Franky Aljure Cortes, Meritxell Ayguasanosa Riu, Clara Barba Giménez, Mar de Borja Rovira, Jordi Capallera i Martí, Raquel Duran Martra, Pilar Gómez López, Cristina Günther Bel, Laura Jiménez Pereta, Montserrat Lebrón Fernández, Daniel Luna Moreno, Sara Martínez Rodríguez, Laura Massana Vicente, Sara Muntada Grimaldi, Georgina Nicolás Sala, Susana Prieto Iglesias, Susana Rodríguez Pato, i Manuel Vivas Miguel.

El nostre agraïment també als equips dels Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil que han participat en l'estudi: Francesc X. Arrufat (Psiquiatria i Salut Mental del Consorci Hospitalari de Vic), Montserrat Pàmias (CSMIJ Corporació Sanitària Parc Taulí), Fernando Lacasa (CSMIJ Cornellà de Llobregat, HSJD), Núria López (CSMIJ Granollers, HSJD), Teresa Ribalta i Montserrat Palau (Fundació Orienta: Sílvia Bonfill, CSMIJ Sant Boi; Tuulikki Trias, CSMIJ El Prat de Llobregat; Maria de Querol, CSMIJ Castelldefels; Esther Urpinas, CSMIJ Gavà i Montserrat Balcells, CSMIJ Hospitalet de Llobregat), Montserrat Daniel (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau), Montserrat Nogués (CSMIJ Sant Pere Claver), Lluís Miquel Martín i Lourdes Duño (CSMIJ Sant Martí Sud), i Mireia Escardíbul (CSMIJ Fundació Eulàlia Torres de Beà - Sant Andreu).

També volem agrair la participació dels següents professionals en la recollida de dades: Marina Vidal, Natàlia Albiac, Teresa Rius, Eva Ortiz i Fernando Lacasa de l'equip CSMIJ Cornellà del Llobregat (HSJD); i Eulàlia Izquierdo, Mar Vidal, Daniel R. Jiménez, Patricia Escalona, Mireia Font, i Pere Tàpies de l'equip de Psiquiatria i Salut Mental del Consorci Hospitalari de Vic.

Sense tots ells i elles aquesta recerca no hauria estat possible. Moltes gràcies.

## 10. Referències bibliogràfiques

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.

AGUSTINA, J. R. “¿Menores infractores o víctimas de pornografía infantil? Respuestas legales e hipótesis criminológicas ante el Sexting”. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. Vol. 12-11 (2010), p. 1-44.

ALKHATIB, A.; REGAN, J.; BARRETT, D. “The silent victims: Effects of war and terrorism on child development”. *Psychiatric Annals*. Vol. 37 (2007), núm. 8, p. 586-589.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> ed.). Washington, DC: Author, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author, 1994.

ARRUABARRENA, M. I.; DE PAÚL, J. “Los programas de tratamiento de familias con problemas de maltrato y abandono infantil: descripción y evaluación”. *Infancia y Aprendizaje*. Vol. 71 (1995), p. 159-178.

ARRUABARRENA, M. I.; DE PAÚL, J. *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide, 1999. ISBN: 9788436813883

BACA, E.; CABANAS, M. L. *Las víctimas de la violencia*. Madrid: Tricastela, 2003. ISBN: 84-95840-08-1

BAUMGARTNER, S. E.; VALKENBURG, P. M.; PETER, J. “Unwanted online sexual solicitation and risky sexual online behavior across the lifespan”. *Journal of Applied Developmental Psychology*. Vol. 31 (2010), p. 439-447.

BLOM, F.; PEREDA, N. “Niños y niñas soldado: consecuencias psicológicas e intervención”. *Anuario de Psicología*. Vol. 40 (2009), núm. 3, p. 329-344.

CAFFEY, J. "Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma". *American Journal of Roentgenology*. Vol. 56 (1946), p. 163-173.

CANTÓN DUARTE, J.; CORTÉS ARBOLEDA, M. R. *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide, 2000. ISBN: 84-368-1433-9

CLAUS, A. H.; CRITTENDEN, P. M. "Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment". *Child Abuse & Neglect*. (1991), p. 5-18.

COSTA CABANILLAS, M.; MORALES GONZÁLEZ, J. M.; JUSTE ORTEGA, M. G. "La prevención del maltrato infantil". *Anuario de Psicología Jurídica*. (1995), p. 87-110.

DE PAÚL, J. [et al.]. La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Gipuzkoa. *Infancia y Aprendizaje*. Vol. 71 (1995), p. 49-58.

DÍAZ HUERTAS, J. A [et al.]. *Atención al niño en situación de riesgo biopsicosocial desde el ámbito sanitario*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales, 1999.

DÍAZ HUERTAS, J. A [et al.]. *Atención al abuso sexual infantil*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales, 2000.

DOLZ LAGO, M. J. "Un acercamiento al nuevo delito *child grooming*. Entre los delitos de pederastia". *Diario La Ley*, Nº 7575, Sección Doctrina, 23 Feb. 2011, Año XXXII, Editorial LA LEY.

DUMONT, K. A.; WIDOM, C. S.; CZAJA, S. J. "Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 31 (2007), p. 255-274.

EASTES, R. J. *The sexual exploitation of children: A working guide to the empirical literature*. University of Pennsylvania, School of Social Work: Philadelphia, PA, 2001.

ECHEBURÚA, E. Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Pirámide, 2004. ISBN: 9788436819007

ECHEBURÚA, E.; GUERRICAECHEVARRÍA, C. *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel, 2000. ISBN: 84-344-7469-7

FINKELHOR, D. "The international epidemiology of child sexual abuse". *Child Abuse & Neglect*, Vol. 18 (1994), núm. 5, p. 409-417.

FINKELHOR, D. "The victimization of children: A developmental perspective". *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 65 (1995), núm. 2, p. 177-193.

FINKELHOR, D. "Developmental Victimology: The comprehensive study of childhood victimization". A: *Victims of crime*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2007. P. 9-34. ISBN: 0-7619-0154-X

FINKELHOR, D. *Childhood victimization. Violence, crime and abuse in the lives of young people*. New York: Oxford University Press, 2008. ISBN: 978-0-19-534285-7

FINKELHOR, D.; BROWNE, A. "The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization". *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 55 (1985), p. 530-541.

FINKELHOR, D.; DZIUBA-LEATHERMAN, J. "Children as victims of violence: A national survey". *Pediatrics*. Vol. 94 (1994), núm. 4, p. 413-420.

FINKELHOR, D.; HASHIMA, P. "The victimization of children and youth: A comprehensive overview". A: *Handbook of youth and justice*. New York: Plenum Publishing Corp., 2001. P. 49-78. ISBN: 0-306-46339-3

FINKELHOR, D.; HOTALING, G. T. "Sexual abuse in the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: an appraisal". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 8 (1984), p. 23-33.

FINKELHOR, D.; KORBIN, J. "Child abuse as an international issue". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 12 (1988), p. 3-23.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R. "Characteristics of crimes against juveniles". EUA: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Bulletin. U.S. Department of Justice, 2000.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R. *Homicides of children and youth*. EUA: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Bulletin. U.S. Department of Justice, 2001.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R.; TURNER, H. A. "Poly-victimization: A neglected component in child victimization". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 31 (2007), p. 7-26.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R.; TURNER, H. A. "Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 33 (2009), p. 403–411.

FINKELHOR, D. [et al.]. "The victimization of children and youth: A comprehensive national survey". *Child Maltreatment*. Vol. 10 (2005a), núm. 1, p. 5-25.

FINKELHOR, D. [et al.]. "The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 29 (2005b), p. 383-412.

FINKELHOR, D. [et al.]. "Measuring Poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 29 (2005c), p. 1297-1312.

FINKELHOR, D. [et al.]. "Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth". *Pediatrics*. Vol. 124 (2009), núm. 5, p. 1-13.

FISCHER, D. G.; MCDONALD, W. L. "Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 22 (1998), núm. 9, p. 915-929.



FLEMING, J. M. "Prevalence of childhood sexual abuse in a community sample of Australian women". *Medical Journal of Australia*, Vol. 166 (1997), p. 65-68.

FUNDACIÓN PAZ CIUDADANA (2004). Victimización en jóvenes. Recuperat el 15 de setembre de 2010 de:

[http://www.pazciudadana.cl/docs/pub\\_20091019170952.pdf](http://www.pazciudadana.cl/docs/pub_20091019170952.pdf)

GERSHOFF, E. T. "Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review". *Psychological Bulletin*. Vol. 128 (2002), núm. 4, p. 539-579.

HAVA GARCÍA, E. "Victimización juvenil: Un análisis descriptivo". *Revista de Derecho Penal y Criminología*. Vol. 5 (1995), p. 545-578.

HENNES, H.; KINI, N.; PALUSCI, V. J. "The epidemiology, clinical characteristics and public health implications of shaken baby syndrome". *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. Vol. 5 (2001), núm.1, p. 19-40.

HERMAN, J. L. *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books, 1997. ISBN: 0465087302

HERRERA MORENO, M. "Historia de la victimología". A: *Manual de Victimología*. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2006. ISBN: 84-8456-638-2

INGLÉS, A. *El maltractament d'infants a Catalunya. Quants. Com. Per què*. Barcelona: Departament de Justícia, 2000. ISBN: 9788439352167

JANOFF-BULMAN, R. "Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct". *Social Cognition*. Vol. 7 (1989), p. 113-136.

JIMÉNEZ MORAGO, J. [et al.]. *El maltrato infantil en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, 1995.

KEMPE, C. H. [et al.]. "The battered-child syndrome". *Journal of the American Medical Association*. Vol. 181 (1962), núm. 1, p. 17-24.

KEMPE, C. H. "Sexual abuse, another hidden pediatric problem". *Pediatrics*. Vol. 62 (1978), núm. 3, p. 382-389.

KENDALL-TACKETT, K.; GIACOMONI, S. *Child victimization*. New York: Civic Research Institute, 2005.

KENT, L.; LAIDLAW, J. D. D.; BROCKINGTON, I. F. "Fetal abuse". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 21 (1997), núm 2, p. 181-186.

LABBÉ, J. "Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 29 (2005), p. 311-324.

LARSEN, H. B.; LETH, I.; MAHER, B. A. "Obscene telephone calls to children: A retrospective field study". *Journal of Clinical Child Psychology*. Vol. 29 (2000), núm. 4, p. 626-632.

LAZARUS, R. S. *Stress and emotion. A new synthesis*. London: Free Association Books, 1999. ISBN: 0-8261-0261-1

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984. ISBN: 9780826141910

LEMMEY, D. E.; TICE, P. P. "Two tragic forms of child sexual abuse: Are they often overlooked?". *Journal of Child Sexual Abuse*. Vol. 9 (2000), núm. 2, p. 87-106.

LILA, M.; HERRERO, J.; GRACIA, E. Multiple victimization of Spanish adolescents: A multilevel analysis. *Adolescence*. Vol. 43 (2008), núm. 170, p. 333-350.

LÓPEZ, F. *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994. ISBN: 84-7850-975-7

LÓPEZ, F. "Necesidades de la infancia: Respuesta familiar". *Infancia y Sociedad*. Vol. 30 (1995), p. 8-47.

LUQUE REINA, E. "Las encuestas de victimización". A: *Manual de Victimología*. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2006. P. 205-234. ISBN: 84-8456-638-2

MACMILLAN, H. L. "Child abuse: A community problem". *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 158 (1998), p. 1301-1302.

MANLY, J. T. "Advances in research definitions of child maltreatment". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 29 (2005), p. 425-439.

MASTEN, A. S. "Ordinary magic: Resilience processes in development". *American Psychologist*. Vol. 56 (2001), p. 227-238.

MCCALLIN, M. "The Convention on the Rights of the Child as an instrument to address the psychosocial needs of refugee children". *International Journal of Refugee Law*. Vol. 3 (1991), núm. 1, p. 82-99.

MCINTYRE, J. K.; WIDOM, C. S. "Childhood victimization and crime victimization". *Journal of Interpersonal Violence*. Vol 26 (2011), núm. 4, p. 640-663.

MEADOW, R. "Munchhausen syndrome by proxy". The hinterland of child abuse. *Lancet*. Vol. 2 (1977), p. 343-345.

MENNEN, F. E.; MEADOW, D. "The relationship of abuse characteristics to symptoms in sexually abused girls". *Journal of Interpersonal Violence*. Vol. 10 (1995), núm. 3, p. 259-274.

MITCHELL, K. J.; FINKELHOR, D.; WOLAK, J. *The exposure of youth to unwanted sexual material on the internet: a national survey of risk, impact and prevention*. Comunicació presentada en la VII International Family Violence Research Conference, Portsmouth, NH, Estats Units d'Amèrica, 2001.

MORENO MANSO, J. M. *Maltrato Infantil*. Madrid: EOS, 2002. ISBN: 978-84-9727-025-0

MUÑOZ-RIVAS, M. J.; GRAÑA GÓMEZ, J. L.; O'LEARY, K.; GONZÁLEZ LOZANO, P. "Agresión física y psicológica en las relaciones de noviazgo en universitarios españoles". *Psicothema*. Vol. 19 (2007), núm. (1), p. 102-107.

NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. *National Study of the incidence and severity of child abuse and neglect*. DHHS, Publication 81-30325. Washington, DC: US Government Printing Office, 1981.

OLWEUS, D. *Bullying at school. What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell, 1993. ISBN: 0-631-19241-7

PEARS, K. C.; KIM, H. K.; FISHER, P. A. "Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 32 (2008), núm. 10, p. 958-971.

PEREDA, N. "Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores". *Tesi doctoral no publicada*. Universitat de Barcelona, 2006.

PEREDA, N.; FORNS, M. "Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles". *Child Abuse & Neglect*, Vol. 31 (2007), p. 417-426.

PEREDA, N.; GUILERA, G.; FORNS, M.; GÓMEZ-BENITO, J. "The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: A meta-analysis". *Clinical Psychology Review*. Vol. 29 (2009), p. 328-338.

PUTNAM, F. W. "The impact of trauma on child development". *Juvenile Family Court Journal*. Vol. 57 (2006), p. 1-11.

REDONDO ILLESCAS, S.; ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E. *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?: La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Pirámide, 2010. ISBN: 9788436823981

RUTTER M. "Psychosocial resilience and protective mechanisms". A: *Risk and protective factors in development of psychopathology*. Cambridge: University Press, 1990. ISBN: 9780521350990

RUTTER, M. "Resilience, competence, and coping". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 31 (2007), p. 205-209.

SABINA, C.; WOLAK, J.; FINKELHOR, D. "The nature and dynamics of internet pornography exposure for youth". *Cyberpsychology & Behavior*. Vol. 11 (2008), núm. 6, p. 691-693.

SALDAÑA, C.; JIMÉNEZ, J.; OLIVA, A. "El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expedientes de menores". *Infancia y Aprendizaje*. Vol. 71 (1995), p. 59-68.

SANDOVAL, M.; LEMOS, S.; VALLEJO, G. "Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: A normative study of the YSR". *Psicothema*. Vol. 18 (2006), p. 804-809.

SANMARTÍN, J. *Maltrato infantil en la familia. España (1997-1998)*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2002. Dipòsit legal: V-39-2002

SCHEERINGA, M. S. [et al.]. "New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 42 (2003), núm. 5, p. 561-570.

SCOTT, K. M.; SMITH, D. R.; ELLIS, P. M. "Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults". *Archives of General Psychiatry*. Vol. 67 (2010), núm. 7, p. 712-719.

SILVERMAN, F. "Roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants". *American Journal of Roentgenology*. Vol. 69 (1953), p. 413-426.

SIMÓN RUEDA, C.; LÓPEZ TABOADA, J. L.; LINAZA IGLESIAS, J. L. *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Comillas, 2000. ISBN: 8489708738

SMITH, P. K.; SLONJE, R. "Cyberbullying: The nature and extent of a new kind of bullying, in and out of school". A: *Handbook of bullying in schools: An international perspective*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group, 2010. P. 249-262. ISBN: 0-203-86496-4

SPERRY, D. M.; GILBERT, B. O. "Child peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosure experiences". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 29 (2005), p. 889-904.

STAINTON ROGERS, W.; STAINTON, R.; MUSITU, G. "Abuso sexual infantil: ¿qué deberíamos hacer? ". *Intervención Psicosocial*. Vol. 3 (1994), núm. 9, p. 53-66.

STRAUS, M. "The controversy over domestic violence by women. A methodological, theoretical, and sociology of science analysis". A: *Violence in intimate relationships*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1999. P. 17-44. ISBN: 0-7619-1642-3

STRAUS, M. "Bucking the tide in family violence research". *Trauma, Violence, & Abuse*. Vol. 9 (2008), núm. 4, p. 191-213.

TAMARIT, J. M.; VILLACAMPA, C.; FILELLA, G. "Secondary victimization and victim assistance". *European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice*. Vol. 18 (2010), p. 281-298.

TARDIEU, A. "Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants". *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*. Vol. 13 (1860), p. 361-398.

TAREEN, A. ; GARRALDA, M. E. ; HODES, M. "Post-traumatic stress disorder in childhood". *Archives of Disease in Childhood Education and Practice Edition*. Vol. 92 (2007), ep1-ep6.

TERR, L. C. "Childhood traumas: An outline and overview". *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 148 (1991), núm.1, p. 10-20.

TURNER, H. A.; FINKELHOR, D.; ORMROD, R. "The effect of lifetime victimization of the mental health of children and adolescents". *Social Science & Medicine*. Vol. 62 (2006), p. 13-27.

UNICEF. *Declaración programa de acción*. Estocolmo: I Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, agosto 1996.

- UNICEF. Matrimonios prematuros. *Digest Innocenti*. Vol. 7, marzo, 2001.
- WEBSTER, S. [et al.]. *Scoping report*. European Commission Safer Internet Plus Programme, 2010.
- WEINSTEIN, N. D. "Optimistic biases about personal risks". *Science*. Vol. 24 (1989), p. 1232-1233.
- WHIPPLE, E. E.; RICHEY, C. A. "Crossing the line from physical discipline to child abuse, how much is too much?". *Child Abuse & Neglect*. Vol. 21 (1997), núm. 5, p. 431-444.
- WIDOM, C. "Does violence beget violence? A critical examination of the literature". *Psychological Bulletin*. Vol. 106 (1989), núm. 1, p. 3-28.
- WOLAK, J.; FINKELHOR, D.; MITCHELL, K. J. "Internet-initiated sex crimes against minors: Implications for prevention based on findings from a national study." *Journal of Adolescent Health*, Vol. 35 (2004), p. 424.e11-424.e20.
- YULE, W. "Post-traumatic stress disorder in children and adolescents". *International Review of Psychiatry*. Vol. 13 (2001), p. 194-200.