

MALTRACTAMENTS FÍSICS GREUS A NADONS I MENORS DE QUATRE ANYS INGRESSATS EN CENTRES D'ACOLLIMENT

BUTLLETÍ DE DIFUSIÓ DE RECERQUES

INVEsbREU

Introducció

La creació de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA)¹ va posar en marxa una xarxa de professionals especialitzats en la detecció, avaluació i protecció de menors en greu situació de risc. Des d'aquell moment s'ha constatat, any rere any, l'aparició constant de casos molt greus de maltractaments a nadons i menors de quatre anys.

Si tot maltractament és greu, el maltractament ocasionat a la petita infància ho és de forma especial donada la fragilitat i la vulnerabilitat de les víctimes.

L'objectiu de l'estudi que avui se sintetitza en aquest *Invesbreu*, és identificar aquells correlats socials, demogràfics i psicològics associats al maltractament infantil que prenen el valor d'indicadors de risc de maltractament.

La recerca, l'ha dut a terme un equip format per quatre investigadors² principals i tres investigadors col·laboradors, des del gener de 1999 fins al desembre de 2002.

Grup poblacional d'estudi

La població estudiada ha estat la formada pels infants menors de quatre anys, ingressats als centres d'acolliment de Catalunya per maltractaments físics greus³, en el període comprès entre l'1 de gener de 1991 i el 31 de desembre de 1998.

Es van identificar 41 casos que reunien aquestes característiques, el 51,2% nenes i el 48,8% nens, distribuïts segons el gràfic núm. 1.

El 61% del total de la població estudiada pertany a edats inferiors als 24 mesos. Entre ells, el grup més afectat és el d'entre 0 i 12 mesos (el 36,6%). Aquesta alta prevalença pot estar vinculada a l'elevada dependència física i psíquica dels infants d'aquestes edats en relació amb els adults i les dificul-

Introducción

La creación de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA)¹ significó el arranque de una red de profesionales especializados en la detección, evaluación y protección de menores en grave situación de riesgo. Desde aquel momento se ha constatado, año tras año, la aparición constante de malos tratos graves a bebés y a menores de cuatro años.

Si todo maltrato es grave, el inflingido a la pequeña infancia lo es de forma especial dada la fragilidad y vulnerabilidad de las víctimas.

El objetivo del estudio que hoy se sintetiza en este *Invesbreu*, es identificar aquellos correlatos sociales, demográficos y psicológicos asociados al maltrato infantil que toman el valor de indicadores de riesgo del maltrato.

Ha realizado la investigación un equipo formado por cuatro investigadores² principales y tres investigadores colaboradores, desde enero de 1999 hasta diciembre de 2002.

Grupo poblacional de estudio

La población estudiada ha estado formada por niños menores de cuatro años, ingresados en los centros de acogimiento de Cataluña por malos tratos físicos graves³, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1991 y el 31 de diciembre de 1998.

Se identificaron 41 casos que reunían estas características, 51,2% niñas y el 48,8% niños, distribuidos según el gráfico núm. 1.

El 61% del total de la población estudiada pertenece a edades inferiores a 24 meses. Entre ellos, el grupo más afectado es el de 0 a 12 meses (el 36,6%). Esta alta prevalencia puede estar vinculada a la elevada dependencia física y psíquica de los niños de estas edades en relación a los adultos y a las

¹ Aquesta direcció general ha canviat tres vegades de nom en el transcurs de la seva història. Sempre que la citem, al llarg del text, utilitzarem el nom vigent en l'actualitat (DGAIA).

² Investigadors principals: Núria Almirall, Maria Forns, Roser Torné i Gonzalo Curt del Prado. Investigadors col·laboradors: Judith Abad, Noemí Pereda i Caterina Calderón.

³ L'estudi va establir els criteris per considerar inequívocament un maltractament com a greu.



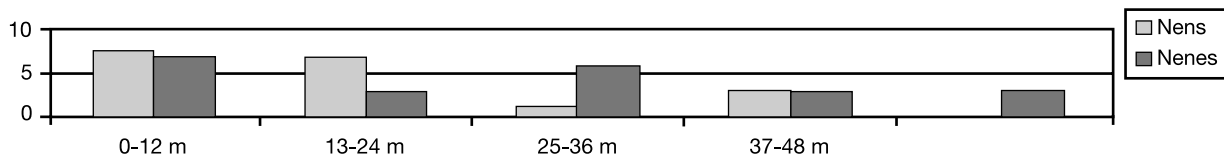
tats dels infants per regular les seves emocions, aspectes que poden augmentar la irritabilitat dels pares vulnerables i provocar-los la pèrdua de control.

Mètode

Es tracta d'una investigació qualitativa que analitza, des de diverses perspectives teòriques, la informació continguda en els expedients de la DGAIA, corresponents als nens objecte de l'estudi (dossiers, síntesis informatives i avaluatives, reculls de fets i declaracions, documentació judicial, etc.) a partir del seu pas pels centres d'acolliment, i la interpreta a la llum de la literatura especialitzada sobre el tema.

Per a la recollida i tractament de la informació es va elaborar, específicament per a la recerca, una plantilla de buidatge.

Per assegurar la precisió de la informació, la plantilla de cada síntesi ha estat buidada per dos psicòlegs de l'equip de recerca i ambdós buidatges han estat contrastats per un tercer membre de l'equip a fi d'aconseguir la màxima concordança de dades.



Resultats

L'exposició dels resultats de l'estudi s'ha classificat en els apartats següents: història del maltractament, identificació de la seva gravetat, història de les famílies dels nens greument maltractats, estada dels infants maltractats en els centres d'acolliment i, finalment, aspectes jurídics del maltractament infantil.

1- Història del maltractament

Denunciant, tipus de lesió i reacció dels responsables

En el 61,2% de casos és el personal hospitalari qui interposa la denúncia i el maltractament es detecta en fer l'exploració dels infants ingressats. En segon lloc, la denúncia és interposada per un familiar del menor (21,9%). En la resta de casos, l'agent de la denúncia és divers: un veí o conegut de la família (4,8%), la pròpia mare (4,8%), un pediatre privat (2,4%), una trucada anònima (2,4%) i/o els cossos de seguretat (2,4%).

El tipus de lesions que han motivat la denúncia solen ser principalment hematomes i contusions, en un 43,9% dels casos. No obstant això, hi ha altres lesions, potser no tan conegudes, però que cal esmentar i que també propicien la denúncia, així com lesions que són detectades arran d'altres accions d'intervenció social:

Tipus de lesions en els infants de 0 a 4 anys greument maltractats

TIPUS DE LESIÓ	PERCENTATGE
A.- Casos denunciats per maltractament	
Hematomes i contusions	43,9%
Deteriorament físic global (Negligència física)	9,7%
Síndrome de Münchhausen per poders	9,7%
Traumatisme cranial	7,3%
Fractures òssies	7,3%
Cremades	4,9%
Intoxicacions	4,9%
Ofegament	2,4%

dificultats de los niños para regular sus emociones, aspectos que pueden aumentar la irritabilidad de los padres y provocar la pérdida de control de los padres vulnerables.

Método

Se trata de una investigación cualitativa que analiza, desde diversas perspectivas teóricas, datos y información ya existente y las contrasta con la información contenida en los expedientes de la DGAIA, correspondiente a niños objeto de estudio (dossier, síntesis informativas y evaluativas, relato de hechos y declaraciones, documentación judicial, etc.) a partir de su paso por los centros de acogimiento y la interpreta a la luz de la literatura especializada sobre el tema.

Para la recogida y tratamiento de la información se elaboro específicamente para la investigación una plantilla de vaciado.

Para asegurar la precisión de la información, la plantilla de cada síntesis ha estado realizada por dos psicólogos del equipo investigador y ambas síntesis, ha sido contrastadas por un tercer miembro del equipo con el fin de conseguir la máxima concordança de datos.

Resultados

La exposició de resultados del estudio se ha clasificado en los siguientes apartados: historia del maltrato, identificación de su gravedad, historia de las familias de los niños gravemente maltratados, estancia de los niños en los centros de acogimiento y, finalmente, aspectos jurídicos del maltrato infantil.

1- Historia del maltrato

Denunciante, tipo de lesión y reacción de los responsables

En el 61,2% de los casos la denuncia la interpone el personal hospitalario y se detecta al hacer la exploración de los niños ingresados. En segundo lugar, la denuncia está cursada por un familiar del menor (21,9%). En el resto de los casos, el agente de la denuncia es diverso: un vecino o conocido de la familia (4,8%), la propia madre (4,8%), un pediatra privado (2,4%), una llamada anónima (2,4%) y/o los cuerpos de seguridad (2,4%).

Las lesiones que han motivado la denuncia suele ser principalmente hematomas y contusiones, en un 43,9% de los casos. No obstante, hay otras lesiones, quizás no tan conocidas, pero que es necesario señalar y que también propician la denuncia, así como lesiones que son detectadas a raíz de otras acciones de intervención social:

Tipos de lesiones en los niños de 0 a 4 años gravemente maltratados

TIPO DE LESIÓN	PORCENTAJE
A.- Casos denunciados por malos tratos	
Hematomas y contusiones	43,9%
Deterioro físico global (Negligencia física)	9,7%
Síndrome de Münchhausen por poderes	9,7%
Traumatismo craneal	7,3%
Fracturas óseas	7,3%
Quemaduras	4,9%
Intoxicaciones	4,9%
Ahogamiento	2,4%

B.- Casos detectats indirectament

Hematomes i deteriorament físic global.

El maltractament es detecta amb posterioritat a altres accions: abandonament, maltractament greu d'un germà, etc.	10,0%
Total	100,0%

Algunes de les característiques de les lesions que es troben en els menors, com la disposició en el cos, el nombre o l'antiguitat, corroboren la sospita d'haver estat produïdes de manera no accidental. La negligència física severa apareix com a indicador secundari de maltractament, un cop el nen és observat a l'hospital, en el 42,4% dels casos que no han estat denunciats principalment per aquesta raó, així com també les fractures òssies (21,9%), ja siguin tractades o no tractades, o fins i tot formant calls ossis de lesions anteriors.

S'han detectat lesions múltiples en el 87,8%, dels casos. El 19,5% de nens continuen sofrint maltractament una vegada ja ingressats a l'hospital. En el 19,4% no es compleixen les indicacions donades pels metges o es deixen de complir al cap de poc temps. Quan ingressen a l'hospital, el 50% de nens presenten conductes atípiques que es manifesten en indicadors de patiment psíquic (somnolència, irritabilitat, tristesa, etc.) i alteracions relacionals amb els seus progenitors (manca d'interès per la mare, pors, etc.). La ràpida millora de l'estat d'ànim i de la relació amb els adults aliens als progenitors o referents és també evident en el 16% de casos.

Acte de comunicació del maltractament a pares o responsables

L'acte de comunicació als pares o als responsables de l'infant de la retenció del nen per sospita de maltractament té una complexitat extraordinària, atès que provoca intenses reaccions emocionals. Les reaccions identificades han estat les següents:

- **Negació del maltractament** (26,8%): els pares o persones maltractadores neguen tota evidència de l'existència del maltractament i mostren impassibilitat i indiferència (21,9%) o bé reaccions de ràbia i rebuig (4,9%).
- **Racionalització** (26,8%): els pares o persones maltractadores busquen una nova interpretació als fets i relaten una justificació racional dels danys que presenta l'infant.
- **Projecció** (9,7%): els pares o les persones maltractadores atribueixen la responsabilitat dels fets a terceres persones i fins i tot poden procedir a acusar altres persones.
- **Minimització del maltractament** (4,8%): es treu importància als fets ocorreguts i s'expressa la no-consciència de la seva gravetat; fins i tot es pot considerar que els professionals exageren la importància dels fets.
- **Evitació davant del maltractament** (4%): cal entendre-la com la negació a parlar dels fets. Malauradament, en el 2,4% es comet un intent de suïcidi.
- **Reconeixement del maltractament**: únicament s'ha fet palès, en el 7,3% del total dels casos. L'acceptació de la situació de maltractament és un fet considerat positiu que permet reenfocar i redreçar la situació.

En la resta de casos no queda prou explícita la reacció de la família.

2- Identificació de la gravetat del maltractament

Tot infant maltractat ha estat tractat inadecuadament i la família o els responsables han estat incapaços d'exercir

B.- Casos detectados directamente

Hematomas y deterioro físico global.

El maltrato es detectado con posterioridad a otras acciones: abandono, maltrato grave a un hermano, etc.	10,0%
Total	100,0%

Algunas de las características de las lesiones encontradas en los menores, como su disposición en el cuerpo, su número o su antigüedad, corroboran la sospecha de haber sido producidas de manera no accidental. La negligencia física severa aparece como indicador secundario de maltrato, una vez el niño es observado en el hospital, en el 42,4% de los casos, que no han sido denunciados principalmente por esta razón, así como también las fracturas óseas (21,9%), ya sean tratadas o no tratadas, o incluso formando callos óseos de lesiones anteriores.

Se han detectado lesiones múltiples en un 87,8% de los casos. El 19,5% de niños continua sufriendo maltrato una vez han sido ingresados en el hospital. En el 19,4% no se cumplen las indicaciones dadas por los médicos o se dejan de cumplir al cabo de poco tiempo. Al ingreso en un hospital, el 50% de niños presentan conductas atípicas que se manifiestan con indicadores de sufrimiento psíquico (soñolencia, irritabilidad, tristeza, etc.) y alteraciones relacionales con sus progenitores (falta de interés por la madre, miedos, etc.): La rápida mejora del estado de ánimo y de la relación con adultos ajenos a los progenitores o referentes es también evidente en el 16% de casos.

Acto de comunicación del maltrato a padres o responsables

El acto de comunicación a los padres o responsables de la retención del niño por sospecha de maltrato tiene una complejidad extraordinaria en tanto que provoca intensas reacciones emocionales. Las reacciones identificadas han sido las siguientes:

- **Negación del maltrato** (26,8%): los padres o personas maltratadoras niegan toda evidencia de la existencia del maltrato y se muestra impassibilidad e indiferencia (21,9%) o bien reacciones de rabia y rechazo (4,9%).
- **Racionalización** (26,8%): los padres o personas maltratadoras buscan una nueva interpretación a los hechos y relatan una justificación racional de los daños que presenta el niño.
- **Proyección** (9,7%): los padres o personas maltratadoras atribuyen la responsabilidad de los hechos a terceras personas e incluso pueden proceder a acusar a otras.
- **Minimización del maltrato** (4,8%): Se quita valor a los hechos. Se da poca importancia a los hechos acontecidos y se expresa la no conciencia de su gravedad; incluso se puede considerar que los profesionales exageran su importancia.
- **Evitación ante el maltrato** (4%) o negación a hablar de los hechos. Desafortunadamente, en el 2,4% se realiza un intento de suicidio.
- **Reconocimiento del maltrato**: únicamente se ha constatado en el 7,3% del total de los casos. La aceptación de la situación de maltrato es un hecho considerado positivo que permite reconducir la situación.

En el resto de casos no se explicita la reacción de la familia.

2- Identificación de la gravedad del maltrato

Todo niño maltratado ha sido tratado inadecuadamente, y su familia o sus responsables, han sido incapaces de

sobre ell la necessària tasca de protecció de la seva salut física i psicològica. Es pot establir un sistema de quantificació del maltractament? S'ha intentat donar resposta a aquest interrogant, buscant una fórmula que permeti apreciar el grau de gravetat del maltractament.

La fórmula pren en consideració:

- L'edat dels infants (A).
- El tipus de lesions i seqüeles:
 - Lesions a la pell (B) (nombre de lesions x 1).
 - Lesions òssies (C) (nombre de lesions x 2).
 - Seqüeles de lesions òssies (Cs) (nombre de seqüeles x 3).
 - Lesions a les vísceres (D) (nombre de lesions x 4).
 - Seqüeles de lesions a les vísceres (Ds) (nombre de seqüeles x 5).
- La reiteració en el maltractament (E) (valor 2).
- La necessitat de reanimació cardiopulmonar (F) (valor 10).

Aquest indicador està en el límit del binomi vida o mort. El conjunt queda establert per la fórmula:

$$A + ((B + (C * Cs) + (D * Ds)) * E * F) = \text{Puntuació total}$$

No es pot derivar d'aquesta fórmula que hi ha maltractaments més greus que altres. Tot maltractament és greu, però la puntuació indica el grau de sofriment que el maltractament ha creat en l'infant. La progressió o increment de les lesions de B –lesions a la pell– fins a F –necessitat de reanimació cardiopulmonar– indica la posició del nen maltractat entre els dos pols del binomi vida o mort. Aplicant-la a la població estudiada obtenim:

Puntuació	% infants
Menys de 20	66,7
De 20 a 40	12,8
De 41 a 60	15,4
De 61 a 80	0
Més de 80	5,1
Total	100

3- Història de les famílies dels nens greument maltractats

Situació prenatal i perinatal de l'infant

En el 24,4% de la mostra hi ha presència de **maltractament prenatal**. En algunes ocasions aquest maltractament pot ser el resultat del *maltractament físic* que el pare infligeix a la mare durant l'embaràs o bé és conseqüència de l'abús de substàncies per part de la mare. En una quarta part dels casos s'observen indicadors de cert *rebuig* cap a la maternitat, vinculat principalment al *desig d'avortar* o a la presència anterior o posterior d'avortaments. D'altra banda, es detecta que la capacitat per tenir cura del benestar de l'infant durant la gestació està disminuïda en una tercera part dels casos, ja sigui perquè no se segueixen els controls mèdics –aspecte que pot equiparar-se a la desprotecció per ommissió o negligència– o perquè es porta a terme alguna acció que implica un risc per al menor –aspecte més proper al que s'anomena *maltractament prenatal*.

Determinades característiques del nen en néixer es consideren factors de risc en relació amb la probabilitat de rebre maltractaments i constitueixen el que s'anomena *factores de vulnerabilitat infantil*. Els indicadors de vulnerabilitat en el nostre grup d'estudi són: la prematuritat (12,2%), el baix pes (21,9%), la síndrome d'abstinència neonatal (7,3%) i la síndrome alcohòlica fetal (7,3%). Tot i aquestes dades, no sembla que siguin exclusivament les característiques infantils les que acti-

exercer sobre él la necesaria función de protección de su salud física y psicológica. ¿Se puede establecer un sistema de cuantificación del maltrato? Se ha intentado dar respuesta a este interrogante, buscando una fórmula que permita apreciar la gravedad del maltrato.

La fórmula toma en consideración:

- La edad de los niños (A).
- El tipo de lesiones y sus secuelas:
 - Lesiones en la piel (B) (número de lesiones x 1).
 - Lesiones óseas (C) (número de lesiones x 2).
 - Secuelas de lesiones óseas (Cs) (número de secuelas x 3).
 - Lesiones en vísceras (D) (número de lesiones x 4).
 - Secuelas de lesiones en las vísceras (Ds) (número de secuelas x 5).
- La reiteración en el maltrato (E) (valor 2).
- La necesidad de reanimación cardiopulmonar (F) (valor 10).

Este indicador está en el límite del binomio vida o muerte. En conjunto queda establecido por la fórmula:

$$A + ((B + (C * Cs) + (D * Ds)) * E * F) = \text{Puntuación total}$$

De esta fórmula no se podrá derivar que haya unos maltratos más graves que otros. Todo maltrato es grave, pero la puntuación indica el grado de sufrimiento que el maltrato ha creado en el niño. La progresión o incremento de las lesiones de B –lesiones en la piel– hasta la F –necesidad de reanimación cardiopulmonar– indica la posición del niño maltratado entre los dos polos del binomio vida o muerte. Aplicándola a la población estudiada obtenemos:

Puntuación	% niños
Menos de 20	66,7
De 20 a 40	12,8
De 41 a 60	15,4
De 61 a 80	0
Mas de 80	5,1
Total	100

3- Historia de las familias de los niños gravemente maltratados

Situación prenatal y perinatal del niño

En el 24,4% de la muestra se constata la presencia de **maltrato prenatal**. En algunas ocasiones este maltrato puede ser resultado del *maltrato físico* que el padre inflige a la madre durante el embarazo, o bien el *maltrato prenatal* predominante es consecuencia del abuso de sustancias por parte de la madre. En una cuarta parte de los casos se observan indicadores de cierto *rechazo* hacia la maternidad, vinculados principalmente al *deseo de abortar* o a la presencia anterior o posterior de abortos. Por otro lado, se detecta que la capacidad para cuidar del bienestar del niño durante la gestación está mermada en un tercio de los casos, ya sea porque no se siguen los controles médicos –aspecto que puede equipararse a la desprotección por omisión o negligencia– o porque se lleva a cabo alguna acción que supone un riesgo para el menor –aspecto más cercano al llamado *maltrato prenatal*.

Determinadas características del niño al nacer se consideran factores de riesgo en relación a la probabilidad de recibir malos tratos y constituyen los llamados *factores de vulnerabilidad infantil*. Los indicadores de vulnerabilidad en nuestro grupo de estudio son: la prematuridad (12,2%), el bajo peso (21,9%), el síndrome de abstinencia neonatal (7,3%) y el síndrome alcohólico fetal (7,3%). A pesar de estos datos, no parece que sean exclusivamente las características infantiles las que activen el proceso de mal-

ven el procés de maltractament. Més aviat, sembla que és la continuació, per part de l'entorn familiar, d'un tracte nociu cap a l'infant, ja iniciat abans de néixer.

Situació sociocultural i econòmica dels progenitors

Pel que fa a les mares, el 42,8 % tenen estudis primaris, en bastants casos inacabats, i el 20% tenen un nivell mig i alt (no hi ha dades de la resta). El 37,1% dels pares tenen un nivell cultural inferior al de graduat escolar (no arriben als 8 anys d'escolarització) i en el 20% els seus estudis són equivalents al graduat escolar, tot i que poden ser analfabets funcionals. Els pares batxillers són el 8,5% i els universitaris el 2,8% (de la resta no es disposa de dades o bé el pare és absent –desconegut, empresonat, etc.). En ambdós casos, aquesta elevada proporció d'estudis primaris o inacabats podria suggerir la presència, ja des de la infantesa, de signes d'inadaptació o de baix rendiment. Pel que fa als recursos econòmics, un alt percentatge de la mostra (82% mares i 70% pares) no disposa de suficients guanys econòmics per cobrir les necessitats bàsiques dels membres de la família.

Característiques de la família nuclear

El tipus de relació de parella que estableixen els pares va associat a una relació de predomini agressiu o conflictiu (48,5%), o bé a una relació de predomini dependent (45,7%). Cal esmentar també que sovint es caracteritzen per ser relacions *immadures, mancades de comunicació i tancades a l'exterior*.

S'observa que les mares dels infants que han rebut maltractaments físics greus intrafamiliars tendeixen a iniciar-se en la maternitat en edats bastant joves. Amb menys de 20 anys, el 17,1% té un fill, el 8,6% en té dos i el 8,6% en té tres. Alhora els resultats indiquen que quan el maltractament apareix en mares més aviat joves i afecta el primer fill, generalment s'estén als germans que segueixen. Mentre que quan el maltractament s'inicia en mares d'edat més avançada és més probable que afecti de forma selectiva els més petits.

Perfil psicològic dels pares

Tradicionalment s'ha reconegut una escassa presència de psicopatologies en els maltractadors. La mostra analitzada presenta un diagnòstic clínic de patologia en el 48,6% de mares i el 31,4% de pares o figures parentals de referència, sense que es trobi prevalença d'un tipus de patologia sobre d'altres. No obstant això, l'anàlisi de les històries clíniques dels progenitors o figures parentals de referència ha permès identificar rellevants trastorns de personalitat. Són especialment destacables els trastorns dissocials en els pares (34,3%) i el trastorn límit entre les mares o figures de referència (17,1%).

En els casos de maltractament greu apareix un element comú entre pares i mares i diferencial en relació amb altres tipus de maltractaments, que se centra en les mancances i alteracions que aquests pares i mares han tingut en els seus nuclis de suport primari: pares i/o mares malalts mentals, relacions agressives en el si de la família, manca de suport afectiu, etc. Aquest entorn familiar ha fet, probablement, que els pares (82,7%) i mares (80%) del grup analitzat, no hagin pogut interioritzar en la seva infantesa els rols i les pautes adequades per exercir la funció maternal i/o parental: com tenir cura d'un nadó, què representa i com vetllar per la fragilitat d'un infant, com ser una bona mare, o com controlar un impuls agressiu, etc.

trato. Más bien, parece que se trata de la continuidad, por parte del entorno familiar, de un trato nocivo para el niño ya iniciado antes de su nacimiento.

Situación sociocultural y económica de los progenitores

El 42,8% de las madres tiene estudios primarios, a menudo inacabados, y el 20% tiene un nivel medio y alto (no hay datos del resto). El 37,1% de los padres tiene un nivel cultural inferior al de graduado escolar (no llegan a los 8 años de escolarización) y en el 20% sus estudios son equivalentes al graduado escolar, todo y que pueden ser analfabets funcionales. Los padres bachilleres son el 8,5% y los universitarios el 2,8% (del resto no se dispone de datos o bien el padre esta ausente –desconocido, encarcelado, etc.). En ambos casos, esta elevada proporción de estudios primarios o inacabados podría sugerir la presencia, ya desde la infancia, de signos de inadaptación o bajo rendimiento. En lo referente a los recursos económicos, una alto porcentaje de la muestra (82% madres y 70% padres) no dispone de suficientes ingresos económicos para cubrir las necesidades básicas de los miembros de la familia.

Características de la familia nuclear

El tipo de relación de pareja que establecen los padres va asociada a una relación de predominio agresivo o conflictivo (48,5%), o bien, a una relación de predominio dependiente (45,7%). Cabe destacar que a menudo se dan relaciones *inmaduras, faltas de comunicación y cerradas al exterior*.

Se observa que las madres de los niños que reciben malos tratos físicos graves intrafamiliares tienden a iniciarse en la maternidad a edades bastante jóvenes. Con menos de 20 años, el 17,1% tiene un hijo, el 8,6% tiene dos y el 8,6% tiene tres. Al mismo tiempo los resultados indican que cuando el maltrato aparece en madres más bien jóvenes y afecta al primer hijo, generalmente se extiende a los hermanos siguientes. Mientras que cuando el maltrato se inicia en madres de edad más avanzada es más probable que afecte de manera selectiva a los más pequeños.

Perfil psicológico de los padres

Tradicionalmente se ha reconocido una escasa presencia de psicopatologías en los maltratadores. La muestra analizada presenta un diagnóstico clínico de patología en el 48,6% de madres y el 31,4% de padres o figuras parentales de referencia, sin que se halle prevalencia de un tipo de patología sobre otros. No obstante, el análisis de las historias clínicas de los progenitores o figuras de referencia ha permitido identificar relevantes trastornos de la personalidad. Son especialmente destacables los trastornos disociales o antisociales en los padres (34,3%), y los trastornos límites entre las madres o las figuras de referencia (17,1%).

En los casos de maltrato grave aparece un elemento común entre los padres y madres y diferencial en relación a otros tipos de malos tratos, que se centra en las carencias y alteraciones que estos padres han tenido en sus núcleos de apoyo primario: padres y/o madres enfermos mentales, relaciones agresivas en el seno de la familia, falta de apoyo afectivo, etc. Este entorno familiar ha hecho, probablemente, que los padres (82,7%) y las madres (80%) del grupo analizado, no han podido interiorizar en su infancia, los roles y las pautas adecuadas para ejercer la función maternal i/o paterna: cómo cuidar un recién nacido, qué representa y como velar por la fragilidad de un bebé, cómo ser una buena madre, o como controlar un impulso agresivo, etc.

Destaca la manca de ressonància emocional d'aquests pares davant de la constatació i comunicació del maltractament (83%). No poden connectar amb el dolor del nen, no s'inquieta per les possibles seqüeles dels cops i de les lesions que han infligit i no indaguen en el sofriment del nen. Aquestes característiques són un dels principals indicadors de risc per al nen i posen en relleu les greus dificultats de la recuperació dels pares. La constatació de la manca de ressonància emocional amb el dolor del nen és un dels indicadors decisius per evitar el retorn del nen al nucli familiar. De fet, un cop acabat l'estudi diagnòstic, únicament es retornen als pares el 12,2% dels casos i es fa retorn a un dels dos progenitors en el 4,8%.

Percepció i actitud de les famílies extenses davant del maltractament

No és fàcil determinar de quina manera els familiars (avis o oncles dels infants maltractats) tenien ple coneixement o sospitaven de la situació de maltractament, ja que en l'expressió o diàleg sobre el maltractament es posen en joc diferents mecanismes psicològics (negació, sentiments de culpa, temors, etc.) que fan difícil no únicament parlar del tema sinó aprofundir sobre les responsabilitats de cadascú. No obstant això, es detecta que tant la família extensa materna com la paterna coneix en el 31,5% de casos que l'infant està en situació de risc.

És llastimós haver d'esmentar que la conducta més freqüent és l'omissió de resposta o inacció davant del maltractament (el 45,4% en la família extensa materna i el 54,5% en la família extensa paterna). Gairebé la meitat de famílies (avis i oncles dels infants) que coneixen la situació de maltractament, eviten la presa d'accions d'ajut que afavoreixin el menor. La situació de manca de protecció vers l'infant és, doncs, evident.

La demanda directa d'ajut als serveis socials per resoldre la situació de maltractament abraça prop d'una cinquena part dels casos en les famílies maternes. En aquestes situacions els avis porten el nét a l'hospital o demanen ajut als serveis socials pertinents. Aquestes accions són les veritablement eficaces i signifiquen l'inici d'una protecció eficaç per a l'infant maltractat.

Els equips tècnics indiquen que sovint les famílies mostren temor cap als seus fills o filles polítics i arriben a expressar que no volen o no poden fer-se càrrec del menor per por de la conducta explosiva dels pares (pare o mare) si s'assabentessin que han decidit protegir el menor. Sovint comuniquen que en prendrien la guarda si la seva decisió pogués quedar en secret. L'agressivitat dels joves maltractadors els frena en l'acceptació de la guarda dels menors. És probablement el mateix tipus de por el que ha fet que aquestes famílies s'allunyessin dels seus fills i/o no comuniquessin a les autoritats les situacions de maltractament.

Malauradament no sempre coincideix la disposició de la família per fer-se càrrec del menor amb la valoració de l'equip tècnic. S'ha de recalcar que al llarg del procés diagnòstic hi ha famílies que retiren la seva oferta inicial i en altres casos l'equip les considera no pertinents. Es dona un complicat procés en què influeix la pressió dels pares sobre les famílies extenses, que porta que finalment solament s'hagi pogut materialitzar un percentatge del 19,5% de nens acollits en família extensa.

Destaca la falta de resonancia emocional de estos padres ante la constatación y comunicación de maltrato (83%). No pueden conectar con el dolor del niño, no se inquietan por las posibles secuelas de golpes y lesiones que han infligido y no indaguen en el sufrimiento del niño. Estas características son uno de los principales indicadores de riesgo para el niño y ponen de relieve las graves dificultades de recuperación de los padres. La constatación de la falta de resonancia emocional con el dolor del niño es uno de los indicadores decisivos para evitar el retorno del niño al núcleo familiar. De hecho, una vez finalizado el estudio diagnóstico, únicamente se retornan a los padres el 12,2% de los casos o se hace este retorno a uno u otro de los progenitores en el 4,8%.

Percepción y actitud de las familias extensas ante el maltrato

No es fácil determinar en que medida, los familiares, tenían pleno conocimiento o sospechaban de la situación de maltrato ya que, en la expresión o dialogo sobre el maltrato, se ponen en juego diversos mecanismos psicológicos (negación, sentimientos de culpa, temores, etc.) que hacen difícil no solo hablar sobre el tema sino profundizar en las responsabilidades de cada cual. No obstante se detecta que, tanto la familia extensa materna como paterna, conoce, en el 31,5% de casos, que el niño esta en situación de riesgo.

Es lastimoso tener de señalar que la conducta mas frecuente es la omisión de respuesta o la inacción ante el maltrato (el 45,4% familia extensa materna i el 54,5% familia extensa paterna). Cerca de la mitad de familias (abuelos, y tíos de los niños) que conocen la situación de maltrato evitan las acciones de ayuda que favorezcan al menor. La situación de falta de protección de los niños es entonces evidente.

La demanda directa de ayuda a los servicios sociales, para resolver la situación de maltrato, abarca cerca de una quinta parte de los casos en las familias maternas. En estas situaciones los abuelos llevan al nieto al hospital o piden ayuda a los servicios sociales pertinentes. Estas acciones son las verdaderamente eficaces y significan el inicio de una protección eficaz del niño maltratado.

Los equipos técnicos indican que, a menudo, las familias muestran temor hacia sus hijos o hijas políticos, y llegan a expresar que no quieren o pueden hacerse cargo del menor por miedo a la conducta explosiva de los padres (padre o madre) si se enteraran de que han decidido proteger al menor. A menudo informan que asumirían la guarda si su decisión pudiera quedar en secreto. La agresividad de los jóvenes maltratadores los frena en la aceptación de la guarda de los menores. Se trata posiblemente del mismo miedo que ha hecho que estas familias se alejen de sus hijos y/o no comuniquen a las autoridades las situaciones de malos tratos.

Desgraciadamente no siempre coincide de la familia para hacerse cargo del menor con la valoración del equipo técnico. Se ha de destacar que a lo largo del proceso diagnóstico hay familias que retiran su oferta inicial y en otros casos el equipo no los considera pertinentes. Se da un complicado proceso en el que influye la presión de los padres sobre las familias extensas que aboca a que, finalmente, solamente se haya podido materializar el 19,5% de niños acogidos en familia extensa.

4- Estada dels infants maltractats en els centres d'acolliment: ingrés i evolució

L'ingrés d'un infant a un centre d'acolliment representa la separació del nen de la seva relació amb les persones que l'han envoltat fins aquell moment i el trencament amb la situació i context en què s'han viscut experiències que són considerades traumàtiques. El centre d'acolliment és un espai de serenitat davant de les agressions viscudes, que permet a cada infant el restabliment de les competències crítiques que segons l'edat li són pròpies.

Els canvis indicatius de recuperació en els infants que den palesos en:

- L'evolució positiva del pes, en el sentit de canvis en les corbes de desenvolupament (el 31,7% dels casos).
- La millora en l'acceptació i estabilització dels hàbits de bany (el 67%), d'alimentació (el 71,4%) i del dormir (el 75%): patró d'interacció positiva i satisfactòria a través del bany, disminució de l'angoixa i la voracitat, dormir millor, capacitat d'autoconsol, regularització del ritme de son, etc.
- L'increment de les dades d'evolució cognoscitiva, lingüística i psicomotora (el 63,4% dels casos).
- Els canvis en la resposta emocional: capacitat de control de l'excitació i de l'angoixa (el 51,2%), increment de la conducta social (el 41,5%), restabliment de vincles (el 61%), etc.

Els percentatges de millora permeten suposar que la situació de canvi i separació els ha estat beneficiosa. El conjunt de problemes ha disminuït de forma notòria en relació amb els que eren evidents a l'entrada als centres d'acolliment. Alguns dels conflictes que persisteixen en aquestes edats poden ser considerats característics de la infantesa. Altres característiques (balanceig, rituals obsessius, malsons i angoixa, vòmits en ser alimentat, etc.) poden indicar la manca de superació del conflicte del maltractament i la presència de dificultats d'adaptació en grau clínic.

La persistència de problemes en els dominis de la higiene, alimentació i son es donen entre el 14,7% i el 20,2% de casos. Així mateix, hi ha lentitud o manca de progrés en el desenvolupament cognoscitiu i lingüístic en el 14,6%. La persistència de conductes d'interiorització i/o d'exteriorització es dona en el 36%. En general, la persistència d'aquestes conductes de manca d'adaptació és inversament proporcional a l'edat de detecció del maltractament. Perduen més en els nens de 4 anys i menys en els nadons.

Amb tot, la important millora detectada permet pensar en una inversió del procés d'hospitalisme (o *hospitalisme invers*), pel qual els infants, tot i estar separats del seu context natural, experimenten en breu temps un creixement positiu que porta a pensar que l'agressió soferta era certament desestructurant.

5- Aspectes jurídics del maltractament infantil

En el nostre ordenament jurídic, el menor és considerat com un subjecte que té dret a una protecció especial, tant pel que fa a les seves característiques de vulnerabilitat com per ser un subjecte que està en procés de desenvolupament.

Des de la perspectiva del dret civil, el tractament dels maltractaments és competència de l'Administració.

Tots els menors objecte del present estudi van ser declarats en situació de desamparament. Les propostes realitzades pels equips tècnics dels centres d'acolliment, després del diagnòstic, s'expliciten en la taula següent:

4- Estancia de los niños maltratados en los Centros de acogida: ingreso y evolución

El ingreso de un niño en un centro de acogida representa la separación del niño de su relación con las personas que lo han rodeado hasta aquel momento y la ruptura con la situación y el contexto en el que se han vivido experiencias consideradas traumáticas. El Centro de acogida es un espacio de serenidad frente a las agresiones vividas, que permite a cada niño el restablecimiento de las competencias críticas que según la edad le son propias. Los cambios indicativos de recuperación en los niños se hacen patentes en:

- La evolución positiva del peso, en el sentido de cambios en las curvas de desarrollo (el 31,7% de los casos).
- La mejora en la aceptación y estabilización de los hábitos del baño (el 67%), la alimentación (el 71,4%) y el dormir (patrón de interacción positiva y satisfactoria a través del baño, disminución de la angustia y la voracidad, dormir mejor, capacidad de auto consuelo, regularización del ritmo, etc.)
- El incremento de los datos de evolución cognoscitiva, lingüística y psicomotora (el 63,4% de los casos).
- Los cambios en la respuesta emocional (capacidad de control de la excitación y la angustia (el 51,2%), incremento de la conducta social (el 41,5%), restablecimiento de vínculos (el 61%), etc.)

Los porcentajes de mejora permiten suponer que la situación de cambio y separación les ha sido beneficiosa. El conjunto de problemas ha disminuido de forma notable en relación a los que eran evidentes en el momento de entrada al Centro de acogida. Algunos de los problemas que persisten en estas edades pueden ser considerados característicos de la infancia. Otras características (balanceo, rituales obsesivos, pesadillas y angustia, vómitos al alimentarse, etc.) pueden indicar la falta de superación del conflicto del maltrato y la presencia de dificultades de adaptación en grado clínic.

La persistencia de problemas en los dominios de la higiene, la alimentación y el sueño, se dan entre el 14,7% y el 20,2% de casos. Así mismo hay lentitud o falta de progreso en el desarrollo cognitivo y lingüístico en el 14,6%. La persistencia de conductas de interiorización y/o exteriorización se dan en el 36%. En general, la persistencia de estas conductas de falta de atención es inversamente proporcional a la edad de detección del maltrato. Perduraron más en los niños de 4 años y menos en los recién nacidos.

De todas maneras, la importante mejora detectada permite pensar en una inversión del proceso de hospitalismo (o *hospitalismo inverso*) por el cual los niños, todo y estar separados de su contexto natural, experimentan en breve tiempo un crecimiento positivo que induce a pensar que la agresión sufrida era ciertamente desestructurante.

5- Aspectos jurídicos del maltrato infantil

En nuestro ordenamiento jurídico, el menor es considerado como un sujeto con derecho a una protección especial, tanto en lo concerniente a sus características de vulnerabilidad como por el hecho de ser un sujeto inscrito en un proceso de desarrollo.

Desde la perspectiva del derecho civil, el tratamiento de los malos tratos compete a la Administración.

Todos los menores objeto del presente estudio, fueron declarados en situación de desamparo. Las propuestas realizadas por los equipos técnicos de los centros de acogida, después del diagnóstico, se explicitan en la siguiente tabla:

Propostes dels equips tècnics dels centres d'acolliment, després del procés diagnòstic

PROPOSTA	%
Acolliment familiar preadoptiu	56,09
Retorn als pares	
- En el 9% de casos els pares van reconèixer el maltractament	12,19
Retorn a la mare	2,45
Retorn al pare	2,45
Acolliment en família extensa	
- En el 7,3% de casos es va interrompre l'acolliment per maltractament i/o manca de protecció per part de la família extensa	19,5
Centre residencial d'acció educativa	4,87
Acolliment familiar simple (família aliena)	2,45

En el 80% dels casos els pares van presentar oposició davant dels jutjats de primera instància per desacord amb l'Administració. Per tant hi ha una actitud dels pares de no-reconeixement de la situació de maltractament, alhora que una voluntat de continuar mantenint la potestat envers els seus fills. Aquests jutjats de primera instància van resoldre a favor de la proposta presentada per la DGAIA en el 88,5% de casos i en contra de la proposta presentada per aquesta en l'11,5%. En el 34,6% dels casos resolts contra les famílies, aquestes van apel·lar a l'Audiència, que va decidir a favor de la DGAIA en tots els casos excepte un.

Respecte a l'anàlisi de la relació existent entre la proposta inicial plantejada pel centre d'acolliment i la situació actual dels menors, es constata que, en el moment de finalitzar aquest estudi, hi ha coincidència en el 90,9%. Només en el 9,1% hi ha hagut desacord.

En més de la meitat (58,3%) dels expedients que s'han pogut analitzar, la sentència va ser condemnatòria i els autors dels maltractaments eren el pare i la mare. Així mateix, la pena d'inhabilitació per exercir la potestat (3 casos) i la declaració de responsabilitat civil (3 casos) es va acordar en les sentències de forma quasi simbòlica.

Conclusions de l'estudi

Les conclusions que segueixen estan extretes de l'informe de l'estudi, no d'aquest *Invesbreu* que, finalment, n'és una breu síntesi. Les més rellevants es presenten en forma d'**indicadors** per tal de donar elements preventius i de detecció precoç als professionals que atenguin la petita infància. Són els següents:

Pel que fa al nen:

Cal fer atenció a diferents àmbits: presència de dany físic, presència d'aspectes involutius, manifestacions de patiment psíquic i evolució positiva davant de l'allunyament del nucli familiar.

Presència de dany físic:

- Presència de lesió o lesions múltiples, inexplicables segons la versió dels pares.
- Lesions repetitives al llarg del temps, en diversos estadis evolutius i no tractades.
- Lesions en zones del cos considerades protegides, la qual cosa indica el seu caràcter intencional.
- Presència d'hematomes i fractures incompatibles amb l'edat i evolució del nen.
- Lesions en òrgans vitals que posen en perill la salut del nen, a curt i a llarg termini.
- Noves lesions en el context hospitalari, solament quan el nen està sol amb els pares.

Propuestas de los equipos técnicos de los centros de acogida, después del proceso diagnóstico

PROPUESTA	%
Acogimiento familiar pre-adoptivo	56,09
Retorno a los pares	
- En el 9% de casos los padres reconocieron el maltrato	12,19
Retorno a la mare	2,42
Retorno al pare	2,43
Acogimiento en familia extensa	
- En el 7,3% de casos se interrumpió el acogimiento por malos tratos y/o falta de protección por parte de la familia extensa	19,5
Centro residencial de acción educativa	4,87
Acogimiento familiar simple (familia ajena)	2,43

En el 80% de los casos los padres presentaron oposición ante los Juzgados de primera instancia por desacuerdo con la Administración. Por tanto hay una actitud de los padres de no reconocer la situación de maltrato, a la vez que una voluntad de continuar manteniendo la potestad hacia sus hijos. Estos Juzgados de 1ª Instancia resolvieron a favor de la propuesta presentada por la DGAIA en el 88,5% de los casos y en contra de la propuesta presentada por esta en el 11,5%. En un 34,6% de los casos contra las familias, estas apelaron a la Audiencia que decidió a favor de la DGAIA en todos los casos excepto en uno.

Respecto al análisis de la relación existente entre la propuesta inicial planteada por el centro de acogida y la situación actual de los menores, se constata que, en el momento de finalizar este estudio, hay coincidencia en el 90,9%. Solo en el 9,1% ha habido desacuerdo.

En más de la mitad (58,3%) de los expedientes que se han podido analizar, la sentencia fue condenatoria y los autores de los malos tratos fueron el padre y la madre. Así mismo, la pena de inhabilitación para ejercer la potestad (3 casos) y la declaración de responsabilidad civil (3 casos) se acordó en las sentencias de forma casi simbólica.

Conclusiones del estudio

Las siguientes conclusiones se han obtenido del informe del estudio, no de este *Invesbreu* que, finalmente, es una breve síntesis. Las más importantes se presentan en forma de **indicadores** a fin de facilitar elementos preventivos y de detección precoz a los profesionales que atiendan a la pequeña infancia. Son los siguientes:

Respecto al niño:

Es necesario observar diversos ámbitos: presencia de daño físico, presencia de aspectos involutivos, manifestaciones de sufrimiento psíquico y evolución positiva ante el alejamiento del núcleo familiar.

Presencia de daño físico

- Presencia de lesión o lesiones múltiples, inexplicables según la versión de los padres.
- Lesiones repetitivas al largo del tiempo, en diversos estadios evolutivos y no tratados.
- Lesiones en zonas del cuerpo consideradas protegidas, lo cual indica su carácter intencional.
- Presencia de hematomas y fracturas incompatibles con la edad y la evolución del niño.
- Lesiones en órganos vitales que ponen en peligro la salud del niño, a corto y a largo término.
- Nuevas lesiones en el contexto hospitalario, solo cuando el niño esta solo con los padres.

Aspectes involutius i manifestacions de patiment físic i psíquic:

- Retard del desenvolupament, que coexisteix amb conductes d'inhibició i presència de dolor psíquic.
- Abundant presència de símptomes internalitzadors, indicatius de depressió:
 - Tristesa, manca de somriure.
 - Evitació del contacte personal.
 - Rebuig dels pares.
 - Manca d'expressivitat facial i gestual.
 - Resposta apagada als estímuls.
 - Manca de plor i absència de queixes davant del dolor.
 - Manca de conductes de joc.
 - Balanceig.
 - Etc.

Evolució positiva davant de l'allunyament del nucli familiar:

- No-reiteració de lesions similars a les que van motivar el seu ingrés, un cop els nens se separen de la seva família i ingressen en el centre d'acolliment.
- Millora física i psíquica del nen un cop ingressat a l'hospital o al centre d'acolliment

Pel que fa al nucli parental (pares o figures parentals del nen):

Hi ha diferents àmbits de conductes que cal prendre en consideració: el desig i la capacitat de protecció vers els fills, les indicacions de psicopatologia, la qualitat de la relació de parella i la conducta específica davant del maltractament.

Desig i capacitat de protecció:

- Incapacitat d'acceptació i accions de rebuig a la maternitat.
- No-acceptació d'un embaràs.
- Manca de control o control tardà de l'embaràs.
- Maltractament prenatal.

Indicadors de psicopatologia:

- Consum de tòxics, especialment d'alcohol.
- Alteracions adaptatives i de salut mental.
- Violència intra i extrafamiliar, amb especial referència al maltractament a la mare embarassada.
- Història personal de successives desadaptacions als contextos vitals.

Qualitat de la relació de parella:

- Relacions inestables, conflictives i/o violentes entre la parella.
- Successius trencaments de parella i tendència a la repetició en l'establiment de relacions conflictives.
- Incapacitat de protegir el nen en situació de violència familiar.

Conductes específiques davant del maltractament

- Demora en demanar assistència mèdica.
- Relat incoherent en relació amb el mecanisme de producció de les lesions.
- Negació radical que les lesions són conseqüència del maltractament.
- Incapacitat per connectar amb el patiment i dolor del nen.
- Manca de preocupació per les seqüeles del maltractament.
- Manca de consciència de trastorn en els maltractadors i, en conseqüència, manca de demanda i/o rebuig d'ajut professional.
- Múltiples consultes dels pares als hospitals i visites a urgències, evitant retrobar un mateix professional mèdic i ser atès per ell.

Aspectos involutivos y manifestaciones de sufrimiento físico y psíquico

- Retraso en el desarrollo que coexiste con conductas de inhibición y presencia de dolor psíquico.
- Abundante presencia de síntomas internalizantes, indicativos de depresión:
 - Tristeza, falta de sonrisa.
 - Evitación de contacto personal.
 - Rechazo de los padres.
 - Falta de expresividad facial y gestual.
 - Respuesta apagada a los estímulos.
 - Falta de lloro y ausencia de quejas ante el dolor.
 - Falta de conductas de juego.
 - Balanceo.
 - Etc.

Evolución positiva ante el alejamiento del núcleo familiar

- No reiteración de lesiones similares a las que motivaron su ingreso, una vez los niños son separados de la familia y ingresados en el centro de acogimiento.
- Mejora física i psíquica del niño una vez ingresado en el hospital o el centro de acogida.

Respecto al núcleo parental (padres o figuras parentales del niño):

Existen diversos ámbitos de conductas que es necesario tomar en consideración: el deseo y la capacidad de protección de los hijos, la cualidad de la relación de pareja y la conducta específica ante el maltrato.

Deseo i capacitat de protecció:

- Incapacidad de aceptación y acciones de rechazo a la maternidad.
- No aceptación de un embarazo.
- Falta de control o retraso en el inicio de este control.
- Maltrato prenatal.

Indicadores de psicopatología:

- Consumo de tóxicos, especialmente de alcohol.
- Alteraciones adaptativas y de salud mental.
- Violencia intra y extra-familiar, con especial mención al maltrato de la madre embarazada.
- Manifestación de conocimientos y términos médicos especializados, no explicables desde el nivel cultural y del entorno social de los maltratados.
- Historia personal de sucesivas desadaptaciones a los contextos vitales.

Cualidad de la relación de pareja:

- Relaciones inestables, conflictivas y/o violentas entre la pareja.
- Sucesivos rompimientos de pareja y tendencia a la repetición de establecer relaciones conflictivas.
- Incapacidad de proteger al niño en situación de violencia familiar.

Conductas específicas ante el maltrato

- Demora en solicitar asistencia médica.
- Relato incoherente en relación al mecanismo de producción de las lesiones.
- Negación radical de que las lesiones son consecuencia del maltrato.
- Incapacidad para conectar con el sufrimiento y el dolor del niño.
- Falta de preocupación por las secuelas del maltrato.
- Falta de conciencia de trastorno en los maltratados y, en consecuencia, falta de demanda y/o rechazo de ayuda profesional.
- Múltiples consultas de los padres a los hospitales y visitas de urgencias, evitando reencontrar y ser atendidos por un mismo profesional médico.

- Manifestació de coneixements i termes mèdics especialitzats, no explicables des del nivell de formació cultural i de l'entorn social dels maltractadors.

Pel que fa a la família extensa:

Destaquen indicadors que fan referència a l'àmbit de relacions i tipologies de vincles familiars, a la capacitat de protecció vers els infants i a conductes de manca d'adaptació.

Relacions i tipologies de vincles familiars

- Relacions molt conflictives dels progenitors amb els seus nuclis familiars d'origen, marcades per la fredor, el distanciament i/o la violència.
- Relacions conflictives de la mare amb la seva pròpia mare, que condueix a la manca d'interiorització d'un rol matern suficientment sa que afavoreixi l'adequat creixement dels infants.
- Presència de maltractaments previs en la família extensa: maltractament físic, psíquic, sexual, abandonament, mancances afectives diverses.

Capacitat de protecció vers els infants i conductes de manca d'adaptació

- Inhibició del suport familiar cap als progenitors, per por a les conductes violentes d'un dels membres de la parella.
- Antecedents d'alteracions psicopatològiques en la família extensa.
- Incapacitat de la família extensa per connectar amb el patiment i dolor del nen
- Inhibició d'accions protectores cap al nen per por, per negació del maltractament o per desvinculació familiar.

La recerca duta a terme ha permès identificar els indicadors de risc abans esmentats en els dominis de l'infant, del nucli parental i de la família extensa. Un aspecte complementari d'aquests indicadors de risc es refereix a les vivències sentides pels professionals durant tot el procés de diagnòstic i de coordinació d'aquests casos tan greus de maltractament. Encara que la recerca efectuada no aporta dades empíriques sobre aquestes variables, el diàleg amb els professionals i equips tècnics ha permès posar-les en relleu, com un altre tipus d'indicadors de risc, que trasbalsa l'objectivitat del professional.

Se deixa constància d'aquestes variables per contrastar en futurs estudis.

Pel que fa a la vivència sentida pels professionals:

En els professionals que treballen dintre de contextos estressants es produeixen reaccions defensives que poden interferir en la fiabilitat i la validesa de les seves apreciacions diagnòstiques. Per garantir l'eficàcia de les seves apreciacions s'han de prendre en consideració els següents indicadors d'alerta.

- Tendència a minimitzar la gravetat del maltractament malgrat l'evidència de les lesions del nen i manca de reconeixement que el mecanisme de producció de la lesió no és accidental.
- Tendència a maximitzar les àrees de personalitat conservades dels maltractadors i a minimitzar els aspectes patològics, per impossibilitat de mentalitzar l'horror d'una realitat inacceptable.
- Pors a desencadenar un *acting* en els maltractadors que posi en perill tant la vida del maltractador com la dels professionals.
- Vivència i crisi d'angoixa o de rebuig, vinculada a la patologia del maltractador

- Manifestación de conocimientos y términos médicos especializados, no explicables desde el nivel de formación cultural y del entorno social de los maltratadores.

Respecto a la familia extensa:

Destacan indicadores que hacen referencia al ámbito de relaciones y tipologías familiares, la capacidad de protección hacia los niños y conductas de falta de adaptación.

Relaciones y tipologías de vínculos familiares

- Relaciones muy conflictivas de los progenitores con sus núcleos de origen, marcadas por la frialdad, el distanciamiento y/o la violencia.
- Relaciones conflictivas de la madre con su propia madre, que conduce a la falta de interiorización de un rol materno suficientemente sano que favorezca el adecuado crecimiento de los hijos.
- Presencia de malos tratos previos en la familia extensa: maltrato físico, psíquico, sexual, abandono, desatenciones afectivas diversas.

Capacidad de protección hacia los niños y conductos de falta de adaptación

- Inhibición del apoyo familiar a los progenitores,. Por miedo a las conductas violentas de uno de los miembros de la pareja.
- Antecedentes de alteraciones psicopatológicas en la familia extensa.
- Incapacidad de la familia extensa para conectar con el sufrimiento y dolor del niño.
- Inhibición de acciones protectoras hacia el niño por miedo, por negación del maltrato o por desvinculación familiar.

La investigación desarrollada a permitido identificar los indicadores de riesgo antes mencionados en los dominios del niño, de núcleo parental y de la familia extensa. Un aspecto complementario a estos indicadores de riesgo se refiere a las vivencias sentidas por los profesionales durante todo el proceso de diagnóstico y de coordinación de estos casos tan graves de maltrato. Pese a que la investigación realizada no aporta datos empíricos sobre estas variables, el diálogo con los profesionales y los equipos técnicos ha permitido ponerlos en relieve, como otro tipo de indicadores de riesgo, que altera la objetividad del profesional.

Se deja constancia como variables a contrastar en futuros estudios.

Respecto a la vivencia sentida por los profesionales:

En los profesionales que trabajan en contextos estresantes se producen reacciones defensivas que pueden interferir en la fiabilidad y la validez de sus apreciaciones diagnósticas. Para garantizar la eficacia de sus apreciaciones se han de tomar en consideración los siguientes indicadores de alerta.

- Tendencia a minimizar la gravedad del maltrato pese a la evidencia de las lesiones del niño y falta de reconocimiento de que el mecanismo de producción de la lesión no es accidental.
- Tendencia a maximizar las áreas de personalidad conservadas de los maltratadores y a minimizar los aspectos patológicos, por imposibilidad de mentalizar el horror de una realidad inacceptable.
- Miedos a desencadenar un *actino* en los malos tratos que ponga en peligro tanto la vida del maltratador como de los profesionales.
- Vivencia y crisis de angustia o de rechazo, vinculada a la patología del maltratador.

- Desig de fugir d'una realitat molt dura i, per tant, recerca d'elements que justifiquen l'absència de maltractament, malgrat la seva evidència.
- Síntomes propis de la síndrome del *burnout*.

Recomanacions

Donada la curta edat dels nens, queda clara la necessitat de la *detecció i intervenció precoç*.

- Els resultats obtinguts a l'estudi mostren que encara cal una major sensibilitat social pel que fa als maltractaments infantils.
- S'ha de ser àgil en la protecció immediata dels nens maltractats, un cop es té constància d'aquest maltractament.
- Malauradament, un cop constatada la realitat del maltractament, si els pares no reconeixen el problema i/o mostren una resistència total al canvi, haurà de concloure's la intervenció amb un pronòstic de no-retorn de l'infant a la llar d'origen, ja que el risc de repetició dels maltractaments seria molt elevat, amb les greus conseqüències que això implicaria per al seu desenvolupament.
- S'ha de fer pedagogia i la màxima divulgació dels indicadors de risc.
- *Mai s'ha de minimitzar cap lesió en un nen, ja que pot implicar un risc de mort.*
- S'han de divulgar els indicadors de patiment psíquic d'un nen que, molts cops, no prenen una forma de queixa, sinó de greu inhibició relacional i del desenvolupament, per evitar l'expressió del dolor.
- No s'han de minimitzar les conductes i explicacions incongruents d'uns pares davant de les lesions del seu fill. Uns pares que desorganitzen o fabulen el relat, que no s'interessen per les seqüeles i el patiment del nen, ens donen l'alerta sobre l'existència de maltractament.
- Malgrat que no podem negar la incidència de la manca de recursos econòmics, cal també considerar que en moltes famílies de l'estudi predomina un estil de vida desorganitzat i desadaptat a les normes i hàbits socials.
- Tot i que destaquen els aspectes socioeconòmics com una de les raons dels maltractaments infantils, cal també remarcar una estreta vinculació de la figura del maltractador a diverses patologies, –tant de l'eix I (sovint diagnosticades prèviament) com de l'eix II (sovint no diagnosticades)– i a anomalies greus en la dinàmica relacional pares-fills. Per tant, sota aquesta perspectiva, el maltractament *es dona en totes les classes i condicions socioeconòmiques*, a l'igual que els maltractaments de parella.
- És urgent donar resposta a la necessitat d'ajut psicològic i de tractament psicoterapèutic als pares maltractadors d'infants petits. L'Administració n'hauria d'assegurar la realització ja que en depèn la salut física i mental d'altres infants. S'ha de potenciar l'increment de factors de protecció i/o de compensació.
- S'hauria de fer un seguiment molt proper de les mares que han presentat, en major o menor grau, rebuig a la maternitat, especialment quan això va acompanyat de la presència de diversos factors de risc, especialment de manca de cura de l'embaràs, d'alteracions en el nucli familiar bàsic i de manca de contenció en els nuclis més extensos.
- S'ha d'aprofitar la funció pedagògica i de divulgació dels mitjans de comunicació per tal de, tot i evitar el sensacionalisme, sensibilitzar la població de la gravetat dels maltractaments a nens: al mateix temps han de donar instruccions bàsiques sobre com procedir.

- Deseo de huida de una realidad muy dura y por tanto búsqueda de elementos que justifiquen la ausencia de maltrato, pese a la evidencia.
- Síntomas propios del síndrome de *burnout*.

Recomendaciones

Dada la corta edad de los niños, queda clara la necesidad de la *detección e intervención precoz*.

- Los resultados obtenidos en el estudio muestran que aun es necesaria una mayor sensibilidad social hacia los malos tratos infantiles.
- Se ha de ser ágil en la protección inmediata de los niños maltratados una vez se tiene constancia de este maltrato.
- Una vez constatada la realidad del maltrato, si los padres no reconocen el problema y/o muestran una resistencia total al cambio, por desgracia tendrá que cerrarse la intervención con un pronóstico de no retorno del niño al hogar familiar, ya que el riesgo de repetición de los malos tratos sería muy elevado, con las graves consecuencias que esto implicaría para su desarrollo.
- Se ha de hacer pedagogía y la máxima divulgación de los indicadores de riesgo.
- *Nunca se ha de minimizar ninguna lesión en un niño ya que puede implicar un riesgo de muerte.*
- Se han de divulgar los indicadores de sufrimiento psíquico de un niño que, en muchos casos, no tiene forma de queja sino de grave inhibición relacional y del desarrollo en evitación de la expresión de dolor.
- No se han de minimizar las conductas y explicaciones incongruentes de unos padres ante las lesiones de su hijo. Unos padres que desorganizan o fabulan el relato, que no se interesan por las secuelas y el sufrimiento del niño, nos dan la alerta sobre la existencia de maltrato.
- Pese a que no podemos negar la incidencia de la falta de recursos económicos, es necesario también considerar que en muchas familias del estudio predomina un estilo de vida desorganizado y desadaptado a las normas y hábitos sociales.
- Aunque destaquen los aspectos socioeconómicos como una de las razones de los malos tratos infantiles, es necesario también remarcar una estrecha vinculación de la figura del maltratador a diversas patologías –tanto del eje I (a menudo diagnosticadas previamente) como del eje II (a menudo no diagnosticadas)– i a anomalías graves en la dinámica relacional padres-hijos. Por tanto, bajo esta perspectiva, el maltrato *se da en todas las clases sociales*, al igual que los malos tratos de pareja.
- Es urgente dar respuesta a la necesidad de ayuda psicológica y de tratamiento psicoterapéutico a los padres maltratadores de niños pequeños. La Administración debería asegurar su realización ya que de ello depende la salud física y mental de otros niños. Se ha de potenciar el incremento de factores de protección y/o compensación.
- Se debería hacer un seguimiento muy próximo de las madres que han presentado, en mayor o menor grado, un rechazo a la maternidad, especialmente cuando esto va acompañado de diversos factores de riesgo, especialmente de falta de atención al embarazo, de alteraciones en el núcleo familiar básico y de falta de contención en los núcleos más extensos.
- Se ha de aprovechar la función pedagógica y de divulgación de los medios de comunicación para, evitando el sensacionalismo, sensibilizar a la población de la gravedad de los malos tratos a niños, dando al mismo tiempo instrucciones básicas de cómo proceder.

- S'ha de diferenciar la conducta de maltractament fruit d'una descompensació episòdica, d'aquella que es dona en el si d'una psicopatologia cronicada del nucli familiar i, per tant, més difícilment reversible. Les propostes finals molts cops depenen d'haver establert adequadament aquesta diferenciació, que pot modificar la vida del nen tant com la dels seus familiars.
- Podem hipotetitzar que quan la problemàtica emocional i l'alteració de la dinàmica familiar és tan intensa com per desestabilitzar-se amb el primer fill, generalment –i en absència de factors de protecció i de compensació adequats– el maltractament s'estendrà a la resta de fills perquè no hi ha possibilitat de contenció, ni d'establir vincles afectius prou sòlids.
- És important que l'Administració doni suport als professionals que treballen en l'àmbit de la protecció a la infància. El **treball interdisciplinari** de tots els professionals implicats (treballadors socials, metges, psicòlegs, juristes, pedagogs i educadors) i la **supervisió** externa dels casos ajudaran a mantenir la fiabilitat i validesa de les determinacions preses i contribuiran a la protecció dels equips tècnics.
- En relació amb les conseqüències penals pel que fa als maltractaments, hi ha una important manca d'informació sobre la tramitació del corresponent expedient judicial. Per tant, cal fer més incidència en la necessitat que des de l'Administració es faci un seguiment de l'esmentat procediment. Sorpren que en casos tan greus la resposta des de l'àmbit de la justícia penal sigui reduïda.

En casos de maltractament, cal destacar que, si no s'actua per restablir una acurada vivència emocional amb l'entorn i amb els adults, la vida dels infants pot quedar greument afectada. Aquesta és la responsabilitat dels serveis públics i de tot ciutadà: vetllar perquè els nens maltractats resolguin positivament la vivència traumàtica i posttraumàtica, perquè puguin retrobar el somriure i el tracte afectuós en els rostres i en les conductes dels adults, i puguin, així mateix, establir amb ells llaços afectius, forts i estables, que guïin el seu futur desenvolupament i es facin resistents a les adversitats.

- Se ha de diferenciar la conducta de maltrato fruto de una descompensación episódica de aquella que se da en una psicopatología cronicada del núcleo familiar y, por tanto, más difícilmente reversible. Muchas veces las propuestas finales dependen de haber establecido adecuadamente esta diferenciación, que puede modificar la vida del niño y la de sus familiares.
- Podemos hipotetizar que cuando la problemática emocional y la alteración de la dinámica familiar es tan intensa como para desestabilizarse con el primer hijo, generalmente –y en ausencia de factores de protección y de compensación adecuados– el maltrato se extenderá al resto de hijos porque no hay posibilidad de contención ni de establecer vínculos afectivos suficientemente sólidos.
- Es importante que la Administración apoye a los profesionales que trabajan en el ámbito de la protección a la infancia. El **trabajo interdisciplinario** de todos los profesionales implicados (trabajadores sociales, médicos, psicólogos, juristas, pedagogos y educadores) i la **supervisión** externa de casos ayudaran a mantener la fiabilidad y la validez de las determinaciones adoptadas y contribuirán a la protección de los equipos técnicos.
- En relación a las consecuencias penales que sufren los maltratadores, hay una importante falta de información sobre la tramitación del correspondiente expediente judicial. Por tanto, es necesario incidir en la necesidad de que la Administración haga un seguimiento del mencionado procedimiento. Sorprende que en casos tan graves la respuesta desde el ámbito de la justicia penal sea reducida.

En casos de maltrato, es necesario destacar que, de no actuar para restablecer una adecuada vivencia emocional con el entorno y con los adultos, la vida de los niños puede quedar gravemente afectada. Esta es la responsabilidad de los servicios públicos y de todo ciudadano: velar porque los maltratados resuelvan positivament la vivencia traumática y posttraumática, puedan reencontrar la sonrisa y el trato afectuoso en los rostros y en las conductas de los adultos y puedan, así mismo, establecer los lazos afectivos, fuertes y estables, que guíen su futuro desarrollo, haciéndolos resistentes a las adversidades.

Butlletins. *Invesbreu* publicats

- 1 *Immigrants i criminalitat a Europa. Els exemples d'Alemanya i Espanya.* Gener 1995
- 2 *La preso pública de Barcelona durant l'etapa isabelina / La casa de correcció de Barcelona (1836-1856).* Gener 1998.
- 3 *El cost de la justícia penal. Privació de llibertat i alternatives.* Febrer 1998.
- 4 *El nen abusat sexualment com a testimoni / Els delictes contra la llibertat sexual relacionats amb menors.* Març 1998.
- 5 *Intel·ligència i personalitat en el procés rehabilitador del delinqüent.* Maig 1998.
- 6 *Salut i presó.* Octubre 1998.
- 7 *La premsa envers la violència juvenil i la presó.* Novembre 1998.
- 8 *El tractament dels agressors sexuals.* Febrer 1999.
- 9 *La victimització a Catalunya l'any 1996.* Abril 1999.
- 10 *Programes aplicats de psicologia comunitària amb personal penitenciari.* Juny 1999.
- 11 *Justícia juvenil: inserció laboral i mesures en medi obert.* Octubre 1999.
- 12 *Reincidència i delinqüència juvenil.* Novembre 1999.
- 13 *Violència domèstica.* Desembre 1999.
- 14 *L'estat de l'adopció a Catalunya (1998-1999).*
- 15 *Maltractaments infantils a Catalunya.* Juny 2000
- 16 *Presó i dones. La incidència dels programes motivacionals en la conducta social. Un estudi evolutiu (1988-2000) a la presó de dones de Barcelona.* Setembre 2000
- 17 *Avaluació d'un programa de tractament per a joves violents.* Novembre 2000
- 18 *Avaluació de l'efectivitat dels programes de tractament amb delinqüents a Europa.* Gener 2001
- 19 *La victimització a Catalunya l'any 1999.* Maig 2001
- 20 *L'arrest de cap de setmana a Catalunya (1996-2000)*
- 21 *Addictes a les drogues i reincidència en el delictes*

Edició i producció: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada
Roger de Flor, 196
Tel. 93 207 31 14
Fax 93 207 67 47
cejfe.dij@gencat.net

Tiratge: 2.500 exemplars

ISSN: 1138-5014
Dip. legal: B-1482-1998