

Antoni Martínez i Roig

Maltractament d'infants



Fundació Serveis de Cultura Popular
Editorial Alta Fulla

MALTRACTAMENT D'INFANTS

Antoni Martínez i Roig

**MALTRACTAMENT
D'INFANTS**



Fundació Serveis de Cultura Popular
Editorial Alta Fulla
1989

© Antoni Martínez i Roig
i Fundació Serveis de Cultura Popular

Primera edició: novembre de 1989

Propietat d'aquesta edició: Editorial Alta Fulla
Bruc 71, 08009 Barcelona
i Fundació Serveis de Cultura Popular

Imprès a Hurope, S. A.
Recared 2, Poblenou (Barcelona)
Dipòsit legal: B. 36.571-1989
ISBN: 84-86556-86-4

A la Núria R., la Mònica, l'Eulàlia, la Núria M. i l'Antoni

EL FENOMEN DELS MALTRACTAMENTS

PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA

Sembla una contradicció que un fill sigui maltractat pels seus progenitors, educadors o persones que el tenen al seu càrrec. Totes aquestes persones o bé haurien d'haver desitjat aquest fill o bé haurien de desitjar el millor per a ell en un futur no gaire llunyà. Aquesta afirmació, tan lògica a primera vista, no es podrà estendre a totes les famílies ni a la societat en general. El nen —que sembla que sigui el centre d'atenció de les famílies, segons frases populars com «el rei de la casa»— està molt distanciat d'una situació privilegiada dins de la família i la societat, com a ésser individual i com a ésser que forma el grup social de la infància. En general, els nens són considerats com a éssers propietat dels pares i, per aquesta raó, poden ser tractats de la manera que els seus «propietaris» creguin oportuna, sense que ningú els pugui dir res. Aquesta idea, si bé no és clarament compartida per tothom, almenys és acceptada de manera tàcita per una gran majoria, i, encara que no té per què desencadenar maltractaments, sí que pot deixar entreveure que la definició del nen com a «rei de la casa» no és més que una falsedat que vol amagar la situació real. Podríem dir el mateix de la infància com a grup, ja que la societat dominada per adults projecta les coses generalment a benefici dels adults. La majoria de vegades viu en present i oblidada que el dia de demà els adults seran els nens d'ara i que solament millorant els infants millorarà la societat, però s'acostuma a anteposar el benestar del present al benestar dels qui viuran al cap d'uns anys.

Això ja ens deixa veure que el fenomen del maltractament dels infants ha de ser un fet real i quotidià a totes les contrades, a tots els nivells socials, i que es podrà manifestar de molt diverses maneres.

És evident que aquells països on la preocupació per la supervivència passa per la lluita contra la desnutrició o les malalties infeccioses difícilment podran elaborar plans per millorar el nivell de benestar dels nens en el si de les famílies, ja que s'enfronten amb altres problemes més greus que donen xifres més elevades de mortalitat. Podríem dir que no

tenen temps ni tenen ulls per veure les varietats de maltractament que existeixen. En canvi, en els llocs on les malalties infeccioses i les situacions de privació comencen a estar controlades, la mateixa societat es preocupa pel benestar dels seus individus i és quan veu i valora les situacions de dèficit. Això no vol pas dir que els casos de maltractament estiguin limitats a uns països determinats de nivell més elevat. No. Com després veurem en repassar la història, els maltractaments succeeixen a tot arreu, però de formes diferents, i també són valorats molt diferentment.

Cal entendre el fet del maltractament, però això no vol dir acceptar-lo, justificar-lo i no lluitar per la seva desaparició. *Entendre* aquestes situacions i tenir una explicació de per què s'esdevenen és un primer pas per abordar i no rebutjar indiscriminadament els factors que les afavoreixen. *Comprendre* aquestes situacions significa ser capaç d'arribar a considerar que determinades circumstàncies sòcio-familiars i personals han provocat que un subjecte maltracti i que qualsevol persona en les mateixes condicions podria tenir una conducta semblant.

El nen maltractat en el si d'una família o en el si de la societat només és una manifestació d'un mal funcionament o bé d'un funcionament disharmònic de la parella o dels integrants d'aquesta societat. És una expressió d'una disfunció en el sistema pares-nens-ambient.

Per entendre una mica aquest mal funcionament, haurem de fixar-nos en tots els elements que entren en joc: el nen, com a receptor d'aquests maltractaments; la família i tots els qui s'encarreguen de la cura del nen, com a executors directes; i la societat, que permet unes actuacions determinades, com a executora indirecta. En considerar que tots aquests elements formen un conjunt interactiu, s'entén que les forces ambientals, les característiques dels nens i les de les persones que s'encarreguen d'ells actuen de forma dinàmica i recíproca.

Les característiques d'aquests pares, adquirides al llarg de la seva existència, tenen importància a l'hora d'entendre el fenomen dels maltractaments. Podrien ser, entre d'altres:

- a) manifestacions de baixa autoestima,
- b) història d'una infantesa amb manca d'afecte, amb rebuig i/o violència,
- c) manca de coneixements del que és el desenvolupament i la maduració d'un nen,
- d) manca d'experiència en l'educació i la criança dels nens,
- e) desconeixement de les necessitats dels nens i de la infància,
- f) problemes psicopatològics del tipus de la depressió,
- g) addicció a drogues,
- h) falta de capacitat empàtica,
- i) poca tolerància a l'estrès,
- j) tendència a les reaccions violentes,
- k) egocentrisme exagerat.

Quant als nens que són objecte dels maltractaments, també podrien presentar unes característiques que condicionarien aquesta interacció anòmala amb la família. Les podríem dividir en:

- a) característiques consecutives de situacions prèvies al naixement,
- b) característiques derivades de situacions anòmales dels primers dies de vida,
- c) característiques derivades dels processos maduratius.

Del primer grup cal assenyalar els fills procedents d'embarassos no desitjats; fills concebuts en el si d'una relació extramatrimonial amagada fins aquell moment; fills fruit d'una relació irregular, no responsable i no acceptada per la família; concepció en moments de crisi personal, no superada posteriorment; fills que neixen després d'una separació de la parella; nens que motiven canvis importants en les vides familiars; nens nascuts d'un embaràs considerat com una malaltia per la mare.

En el segon grup de nens, la vulnerabilitat vindrà donada per tota una sèrie de circumstàncies que succeeixen durant el part o en els dies següents. Tot allò que trenca la simbiosi mare-nen pot afectar la bona qualitat de vida posterior. Així, les separacions temporals per prematuritat, les malalties greus o les complicacions puerperals en són exemples prou clars. El retorn a la llar «buits», l'angoixa del procés clínic i la natural depressió postpart són els factors que condicionaran aquesta vulnerabilitat.

En el tercer grup de nens, convé assenyalar aquells que, per les seves característiques físiques i/o psíquiques, poden predisposar en contra les famílies prèviament «desestabilitzades». D'aquest tipus d'infants en tenim exemples en els nens amb «minusvàlues»; els nens hiperactius de conducta irritable, amb poca tolerància a la contrarietat i frustració; els nens amb manifestacions conductuals allunyades del patró considerat normal, com seria el cas dels que es fan pipí al llit. Dins d'aquest grup de nens ja crescuts, també tenen una vulnerabilitat més accentuada aquells que s'allunyen del patró que la família s'havia imaginat per a ells, és a dir, els que no compleixen les esperances dipositades en ells i els que no arriben al nivell d'exigència de la família.

Dins d'aquest àmbit de la parella, no es pot oblidar l'alt nivell de problemàtica relacional. L'existència d'aquesta crispació aguditzada la tensió relacional amb els fills i viceversa, a la vegada que la inexistència de suport entre els integrants de la parella dificulta la bona relació amb els fills.

Aquest disfuncionament parella-nen està immersit en un exosistema (món del treball, veïnatge, distribució de béns i serveis, marc social, relacions socials, etc.) que actuarà condicionant els membres de la parella, incrementant la seva inseguretat, canviant els seus papers dintre de la família i contribuint a agreujar determinats defectes de comportament o relació. Les característiques d'aquest exosistema, que tenen un

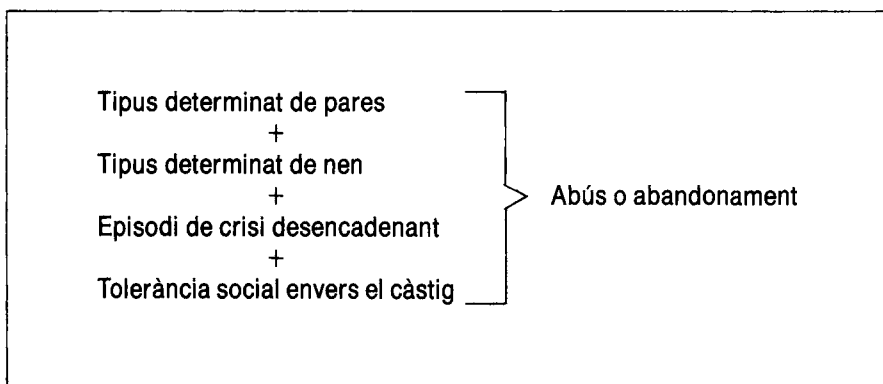


FIGURA 1. Esquema de Helffer i Kempe sobre les situacions que condueixen a l'acte del maltractament.

paper evident en la distorsió de la relació parella-fills, són: la dificultat laboral i econòmica, els habitatges insuficients, la manca de relació que condueix a l'aïllament, l'emigració, l'amuntegament, i els canvis de paper dins de la família com a conseqüència de l'èxit o del fracàs en el món laboral.

En un esquema molt simple formulat per Helffer i Kempe (fig. 1), autèntics pares de l'estudi científic del fenomen del nen apallissat, es deia que, perquè tingui lloc una situació d'abús o abandonament d'un nen, calia ajuntar quatre factors:

- a) un tipus determinat de pares,
- b) un tipus determinat de nen,
- c) un episodi de crisi desencadenant,
- d) una tolerància social envers el càstig.

Els dos primers punts concorden amb la descripció feta per nosaltres en relació a les característiques dels nens i dels pares. El tercer es podria incloure en l'apartat de l'exosistema, i el quart seria el que es considera com a macrosistema.

El macrosistema és aquell conjunt de valors culturals i creences que, mitjançant la seva influència en els altres sistemes —família, nen i entorn pròxim—, dona peu a situacions de maltractaments actius i passius. L'actitud de la societat envers la violència —amb la permissivitat d'espectacles violents, guerres per solucionar problemes—, l'actitud de considerar la infància com un grup social primordial o no d'atenció o bé l'actitud respecte a la disciplina i la correcció dels fills són elements que poden generar risc de maltractament. Però també la crisi energètica i econòmica, amb la consegüent pèrdua de llocs de treball i de poder adquisitiu, pertorba la persona i les famílies i predisposa a situacions estressants que poden superar-se de forma violenta. Les actituds respecte

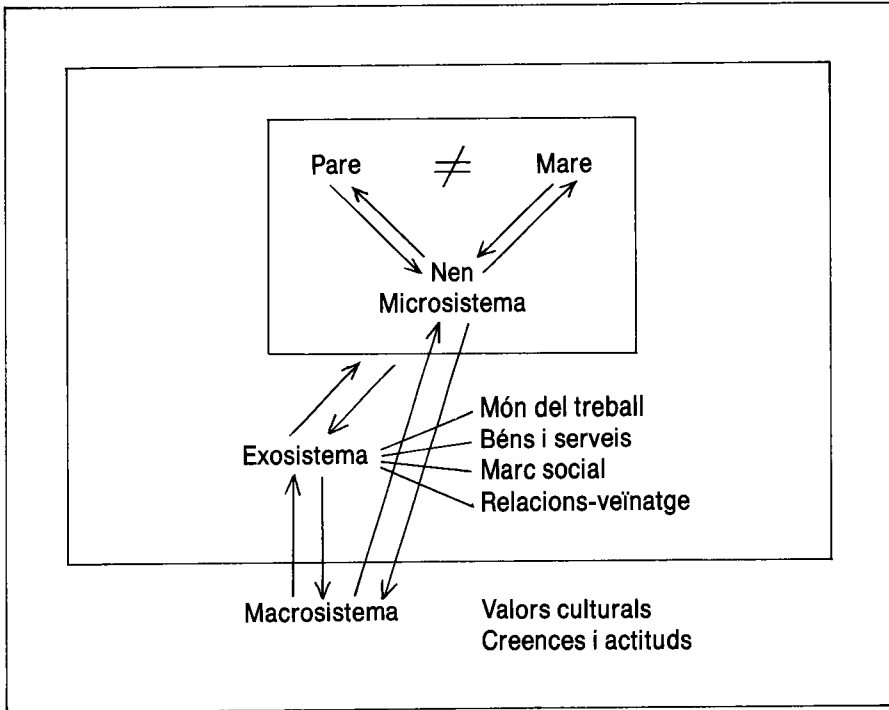


FIGURA 2. Teoria unitària sobre l'etiologia dels maltractaments.

als valors de la família, els valors espirituals de la persona, de la paternitat, són també elements que poden desnivellar situacions d'inestabilitat o poden conduir algunes famílies a determinades situacions d'irregularitat.

Com es pot veure, doncs, no hi ha un únic factor que porti a maltractar un nen, sinó que tot un conjunt de factors interrelacionats (fig. 2) fa que, en un moment determinat, uns nens siguin objecte de maltractament. Podríem dir que potencialment tots els nens són objecte de maltractament en un moment o altre de la seva vida, ja que factors de l'exosistema o del macrosistema poden alterar la dinàmica familiar; però, per sort per als nens, no sempre succeeix així. De la mateixa manera es pot comprovar que nens que viuen en situacions de mancances molt pronunciades dins de l'àmbit familiar i personal no són objecte de maltractament de tipus físic. És a dir, si bé es coneixen tot un conjunt de factors o de situacions que comporten un risc de maltractament, no se sap per què, en circumstàncies semblants, en uns casos succeeix i en uns altres no.

Però, de la mateixa manera que els nens individualment són maltractats, la societat també pot actuar maltractant la infància considerada com a grup, que es caracteritza per la dependència dels adults, en

aquest cas de la família, i per no formar un grup de pressió. Aquesta dependència, unida al fet de no ser un grup que «molesti» la societat i els polítics, converteix els infants en particularment vulnerables. La dependència familiar mateixa condiciona el fet que es consideri la infància com una «propietat» dels progenitors, que poden actuar com vulguin en relació a ella. Per un altre cantó, la societat actual, amb la seva dinàmica competitiva, vol resultats immediats, i quan planifica ho fa amb adults i amb vista als adults. No es té prou paciència per recollir els fruits d'actuar amb infants que al cap de quinze o vint anys seran adults. Com que no formen un grup políticament actiu, els responsables de la política no els acostumen a tenir tan en compte com hi tenen totes aquelles altres persones que poden expressar el seu punt de vista mitjançant un vot.

RECORD HISTÒRIC DEL FENOMEN DELS MALTRACTAMENTS INFANTILS

Aquest fenomen, plantejat a l'opinió pública a mitjan segle XX gràcies a l'estudi científic d'uns fets que no tenien una clara explicació mèdica, no és una manifestació que hagués aparegut en aquells moments; desgraciadament per als nens, havia existit sempre. Individualment o com a grup, els nens han estat objecte de maltractaments o, si més no, d'un tipus de tractament poc adequat a les seves característiques d'éssers en desenvolupament.

La infància, al llarg de la història, ha sofert les dificultats pròpies de les diferents societats on ha viscut, però a més a més ha estat considerada durant molts anys com un grup social de segona categoria. Fins el segle XIV no es permet als nens entrar dins la vida afectiva dels pares, però encara se'ls considera com un «recipient» de projeccions perilloses, i no és fins el segle XVIII que s'acompleix la vertadera empatia: neix la pediatria i, conjuntament amb la millora general de la cura dels nens, s'estableixen les bases per al benestar de l'infant.

Els nens, com anirem veient més endavant, han estat considerats —i ens atreviríem a dir que encara estan considerats— com a «propietat» dels seus progenitors i, durant algunes èpoques de la història, fins i tot de la societat en què vivien. Vist el fenomen amb els ulls de la història, podríem trobar «justificacions» en algun tipus de maltractament, però no per això poden ser acceptades ni han de ser-ho. L'atenuant que podria suposar el fet que la mentalitat guerrera, social, religiosa o laboral de l'època respectiva afavoria determinades actuacions paternes o socials, segons les diferents necessitats o els diferents costums, no pot ser acceptat.

Aquests costums fan veure que el nen i la infància eren «utilitzats» en bé de l'adult o de la societat, sense que tingués cap mena d'importància el preu que per això pagaven. Fins ara hem fet referència a una forma més marcada en la societat com a maltractadora, però també les famí-

lies han actuat com a maltractadores dels seus fills, per un corrent educatiu però també menyspreador. Cal tenir present de manera molt clara, com s'ha pogut entreveure en els primers paràgrafs, que no solament és el nen-individu l'únic receptor de maltractaments, sinó que la infància com a grup també n'ha estat objecte i encara en aquests moments ho és. La infància com a grup social té unes característiques de dependència, d'indecisió de futur i de no ser un grup de pressió que la fan feble i la predisposen als maltractaments per part de les institucions i la societat.

Aquest fenomen, que apareixia als ulls de tothom sense que «cridés l'atenció» de forma evident, va ser denunciat per uns professionals que, en la seva tasca diària, veien nens amb unes lesions l'etiologia de les quals els era difícil de determinar. Van ser pediatres i radiòlegs els qui van llançar el crit d'alerta. La descripció científica del fet, a mitjans del nostre segle, va servir per denunciar davant de la societat i la resta de professionals el que succeïa quant a maltractaments de tipus físic. Posteriorment, i gràcies a la preocupació dels diferents professionals que d'una manera o altra tenen a veure amb el nen i la infància, s'ha ampliat el concepte dels maltractaments. D'una visió simple dels de tipus físic amb repercussions psicològiques, s'ha passat a fer descripcions no tan científiques dels altres tipus de maltractaments.

És evident que aquest fenomen, persistent en el curs dels anys, tradueix un funcionament anòmal de la societat i ha variat en la seva expressió i en les seves causes desencadenants, però no ha deixat d'existir mai.

Període anterior a Crist

Les creences religioses a l'Índia, a Egipte i a la Xina feien que els nadons fossin oferts com a sacrifici purificador a les diferents divinitats. Les normes o creences de les religions d'aquelles contrades donaven als pares poder per disposar de la vida dels nens. A les Sagrades Escriptures trobem narracions on s'esmenta que, per motius polític-religiosos, els faraons egipcis disposaven els infanticidis en massa: conegut de tota la nostra cultura és el cas de Moisès. També hi trobem el relat del frustrat sacrifici del fill d'Abraham a Jahvè.

A Babilònia, les mesures polítiques també s'encarregaven d'anar en contra de la infància. Nemrod, rei de Babilònia, va fer exterminar setanta mil nens per tal d'eliminar-ne un que desconeixia però que segons els seus cortesans li faria perdre el poder reial. En aquest país també era legal la venda de nens i s'utilitzaven els infants com a ostatges polítics, segons podem llegir en el llibre de G. Contenau *Everyday life in Babylon and Assyria*.

La milícia també afavoria el sacrifici i l'abandonament dels nens. Segons Licurg (900 aC), a Esparta, que es distingia per ser una societat polaritzada entorn de la guerra i la preparació militar, tots els nens amb

defectes físics o psíquics que era previsible que no serien bons guerrers eren estimbats al massís muntanyós del Taiget.

L'infanticidi, durant aquestes èpoques de la història, també era una pràctica habitual, tant amb fills legítims com il·legítims. Els nens eren llançats a rius, tancats en bótes, abandonats en camins o deixats en quadres. Tot nen que no fos perfecte de forma o mida, que plorés massa o molt poc, o bé que s'apartés dels nens modèlics descrits en els llibres de ginecologia de l'època, que donaven normes de com reconèixer els nadons dignes de ser criats, eren matats. Només l'hereu acostumava a escapar de la selecció. Aquest fenomen d'abandonament i infanticidi, que sempre perseguirà el nen, podia tenir unes motivacions familiars, personals o institucionals, però no minvà fins l'arribada del cristianisme.

Aristòtil deia que «un fill i un esclau són propietat dels pares i res del que es fa amb la propietat d'un és injust». Dins d'aquesta mateixa societat i època també hi ha qui defensa el nen, i així Plató aconsellava als mestres que ensenyessin sense coaccionar.

Durant la civilització romana, el nen comença a ser emprat com a captaire a benefici dels pares. Sèneca parla de «l'explotació de criatures innocents per a la supervivència dels pares, amb extirpació d'un ull o amputació d'una extremitat per convertir-los en captaires professionals». Però també s'utilitzaven per realitzar treballs perillosos per les seves característiques físiques i per la necessitat de mà d'obra. En tenim un exemple en el Museo Arqueológico Nacional de Jaén, on, en una tomba romana, es pot veure un nen entre quatre i cinc anys vestit de miner.

Podríem dir que en tots aquests anys les pràctiques habituals anaven en contra dels nens. Deixar que els nens fessin el que ells volguessin era perillós, ja que podien lesionar-se; això feia que se'ls subjectés. En aquest sentit anava l'embolcallament dels nens, que consistia a impedir-los la utilització de les extremitats: el seu cos es convertia en un organisme rígid, amb les consegüents lesions cutànies. Aquesta pràctica era generalitzada, excepte a Esparta o a la part alta d'Escòcia, on s'aplicaven unes altres formes d'enfortir-los. L'embolcallament no era fàcil, ja que de vegades durava fins i tot dues hores, segons ens descriu H. Chapone el 1830 en el seu llibre *Chapone on the improvement of the mind*. Aquesta situació del nen afavoria els adults, per tal com d'aquesta manera s'estalviaven d'haver de preocupar-se constantment dels petits. Hi ha qui diu (Wilcos, Rousseau, Struve) que, amb aquests «vestits», se'ls tenia estirats prop de la llar de foc, penjats com pernills, col·locats dins de pots o simplement deixats en un racó perquè no destorbessin. Aquestes faixes les portaven entre els dos mesos i els dos anys, segons diferents autors. L'alliberament d'aquestes dificultats, però, no pressuposava que a partir d'aquell moment se'ls deixés desenvolupar tota la seva capacitat motora: podia succeir que, poc temps després, se'ls lligués a cadires o se'ls introduïssin els peus dins d'un parany.

Una altra modalitat de maltractament era d'ordre sexual. A Grècia i a

Roma era un fet acceptat que els adults utilitzessin els nens i els joves com a objectes de tipus sexual, amb formes i freqüències molt variables. Hi havia autèntiques cases de prostitució amb nens tant a Roma com a Atenes. Plutarc deia que, si els nois romans lliures portaven una bola d'or al coll, era perquè els adults coneguessin amb quins no era correcta la relació sexual quan hi havia un grup de nois despullats. A Roma, Quintilià, després d'estar molts anys impartint ensenyament a nens romans, adverteix tots els pares de la freqüència dels abusos sexuals per part dels mestres. A Atenes succeïa una cosa semblant, i Èsquines cita algunes lleis amb les quals s'intentava frenar els atacs sexuals als escolars. L'art i la literatura també ens van deixar mostres d'aquest tipus d'abús.

Època després del naixement de Crist

Amb l'arribada de la cultura cristiana s'esdevé un autèntic canvi en els estrats socials més deficitaris. Els dèbils eren més protegits pels seus correigionaris i les autoritats es veien obligades a canviar les actituds i les lleis per tal de protegir els marginats. Constantí, ja cap al final de l'imperi romà, va reconèixer la religió catòlica i va dictar la primera llei contra l'infanticidi.

En el llibre *Gynecology* del metge grec Soranus (200 dC), a la part dedicada a la cura del nadó, es parla de la pràctica de l'infanticidi i de tota una sèrie de circumstàncies del que avui coneixem com a «situacions de risc».

A Espanya, durant els anys en què hi dominaven els gots (600 dC), llegint paràgrafs del *Fuero Juzgo* es poden intuir els sofriments dels nens. En un d'ells, sobre el treball infantil, Recesvint diu: «*Si el maestro que castiga a su discípulo locamente, si por ventura muere de aquellas heridas; o el padrón mata a aquel que ayuda por ocasión, o el sennor mata al mancebo que lo sirve; si el maestro o el sennor o el padrón no lo fizo por ninguna malquerencia ni por ningún odio, no debe ser penado, ni desfadado por el omesilio; ca, assí cuemo dize la sancta escriptura, mal aventurado es qui no quiere disciplina.*» Durant aquests anys dels segles VIII-IX, era costum abandonar els fills a persones estranyes a la família i dormir junts en els mateixos llits, amb la possibilitat que els asfixiessin en dormir damunt d'ells. Aquest fet podia ser considerat fàcilment com un accident. En els tractats penitenciaris de l'època es diu que, pel fet d'asfixiar un nen al llit després del seu bateig, s'imposava la penitència de quaranta dies a base de pa, aigua i verdures i una abstinència sexual durant un any (sínode de Magúncia, 853). Al segle XII, a Anglaterra, es va promulgar la primera legislació en què la mort o l'asfíxia involuntàries del fill d'una altra persona per una mainadera o un mestre es castigaven amb la mateixa pena que l'homicidi d'un adult.

El primer tractat de pediatria que es coneix és de l'any 900. Es titula

Rhazes practica puerorum i n'és autor un metge persa que va adquirir la seva experiència en els harems de Bagdad. Quan parla de les característiques de les hèrnies umbilicals i inguinals, com també dels seus orígens, apunta la possibilitat que una de les causes fos la pressió intencionada.

A l'Amèrica pre-colombina hi ha l'exemple del poble nahua. Aquest poble no podia castigar els nens durant els sis primers anys de vida, només podia donar-los bons consells, però a partir del setè any, a mesura que se'ls incorporava al treball de forma progressiva, començaven els càstigs. Exemples d'aquests eren l'aplicació d'espines a la pell o l'aspiració de xile cremat.

Durant l'Edat Mitjana no hi ha un lloc específic per a la infància: no es té consciència de les particularitats del nen ni del que suposa el seu procés de creixement i maduració. Aquest fet pot comprovar-se en tots els aspectes de la vida diària de l'època. En el vocabulari no hi ha distinció entre el que és la infància i el que és l'adolescència, i en el món del joc i del treball participa en els mateixos llocs que els adults. Durant aquesta època, un cop superats els primers anys, en què hi havia una forta mortalitat, el nen viu entre els adults sense gairebé cap mena de distinció. És utilitzat per la família per aconseguir més recursos econòmics i, de vegades, fins i tot és manipulat com a mercaderia.

Al segle XIV, Ivan IV de Rússia, en un atac d'ira, va matar el seu fill i hereu de la corona amb un cop de bastó. Durant aquests anys, però, en alguns països europeus el nen és considerat com un ésser diferent dels adults, que té unes necessitats especials de tipus educatiu, d'atenció i de protecció. Malgrat aquests aspectes positius, això no reflecteix la realitat i, per a la majoria de societats europees, el nen era equivalent a un «mal», que J. Ll. Vives defineix com un «vici natural»; o bé hi ha qui, com Berullé, el veu com «l'estat més vil i abjecte». Per tots aquests motius, i per tal d'aconseguir-ne la correcció, se li apliquen càstigs humiliants com a sistema educatiu.

En aquests temps era molt freqüent que la classe social mitjana o benestant no s'encarregués de l'al·letament i l'educació dels seus fills durant els primers anys de vida. Quan tornaven a la llar, eren uns criats els qui tenien cura de la formació dels nens, i al voltant dels set anys anaven a escola, a aprendre oficis, etc. Per tant, el contacte directe amb els pares era mínim.

Un altre fet important d'aquestes èpoques era la utilització dels fills com a ostatges polítics o com a penyores de deutes. També se'ns diu que, fins al segle XIX, el lliurament dels fills a terceres persones era un costum que podríem dir que equivalia a un abandonament institucionalitzat. Per mantenir aquesta situació hi havia justificacions de tota mena, com «per aprendre a parlar», «per superar la timidesa», «per raons de salut», «en pagament de serveis mèdics»...

Ens hem de fixar també en fets com el retard maduratiu. Així, en tractats i articles d'alguns historiadors es pot comprovar la tardana edat en

què s'iniciava la deambulació de diferents personatges de l'època. En són exemples els casos de Frederic d'Este (segle XVI), italià, a catorze mesos; John Hamilton (segle XVIII), americà, també a catorze mesos; Augustus Hare (segle XIX) anglès, a disset mesos; Marianne Gaskell (segle XIX), anglesa, a vint-i-dos mesos. Aquests retards eren conseqüència dels embolcallaments prolongats, les negligències i els maltractaments a què estaven subjectes.

Cal parlar també de maltractaments de tipus sexual. Tal com ho hem vist en la civilització romana, la utilització dels nens i dels adolescents en les relacions sexuals estava, gairebé, institucionalitzada. Per una part, els servents i els mainaders són acusats de ser els responsables dels abusos sexuals, però, per una altra part, en determinats testimonis pictòrics es poden veure la mare i el fill en postures que són signes iconogràfics convencionals d'amor sexual. En documents escrits, com el de Giovanni Dominici, trobem frases que corroboren aquest fet, o bé en el de determinats metges alemanys que deien que els nens eren utilitzats per a entreteniment sexual de mainaderes i minyones joves, segons es pot llegir en el llibre del doctor Albert Moll *The sexual life of children*.

Com podem deduir d'aquesta part de la història, el maltractament dels nens ha estat sempre present i en les mateixes formes que veiem en l'actualitat. Voldríem assenyalar que s'esdevé a tots els nivells socials. En uns casos s'esdevenen uns infanticidis i uns abandonaments precoços per la penúria i les necessitats materials que envolten els adults. A les altes capes socials es pot observar un abandonament emocional gran i greu per part dels progenitors; no hi ha mancances materials, però sí una absència de dedicació i d'afecte; en definitiva, una demostració palpable del fet que el pare «és propietari dels fills». Ja en aquests moments, com succeeix ara, les formes de maltractament emocional i les negligències predominen en els nivells mitjans i alts, sense que tampoc hi faltin els dels altres tipus.

No voldríem causar una impressió totalment negativa de la relació societat-infància. Al segle XVII s'esdevenen dos fets positius per a la infància: l'un és l'aparició d'un nou sentiment envers el nen, l'amanyament familiar; i l'altre, el descens de la mortalitat infantil, produït més per la disminució de l'infanticidi que per la millora higiènic-sanitària.

Philippe Ariès, en la seva obra *L'enfant et la vie familiale dans l'ancien Régime*, va situar en aquest moment l'aparició del sentiment modern d'infància. Aquest sentiment, però, no va ser general, sinó que només era evident en les classes socials altes. Fins al cap d'un segle no apareix en les classes baixes, segons ens diu E. Shorter. Aquest autor escriu que «les famílies socialment deficitàries tenen tots els seus components forçats a dedicar el màxim temps a satisfer les pròpies necessitats materials i no poden “perdre el temps” amb els seus fills».

L'abandonament de nens, que es feia cada vegada més freqüent en aquesta època per motivacions molt diverses, era considerat un «mal menor» en relació als infanticidis. L'any 1638, sant Vicenç de Paül va

crear l'Hôpital des Enfants Trouvés per recollir aquests nens. Aquest fet, que inicialment va ser considerat positiu, a la llarga va resultar un fracàs, i al segle XVIII, en què es va incrementar la xifra d'abandonaments, es va arribar a considerar l'abandonament com un infanticidi a llarg termini i els hospicis van tenir una reputació molt dolenta. A França es va arribar a proposar que a l'entrada d'aquestes institucions es col·loqués un rètol que digués: «Aquí es fa morir els nens.» A París, entre 1771 i 1777, havien mort el 80% de 31.000 nens acollits a hospicis, i a Dublín, entre 1775 i 1796, de 10.000 que van passar per institucions similars, només en van sobreviure 45.

Al segle XVII, P. Zacchias va publicar la tercera edició del seu llibre *Medico-legal debates*, escrit inicialment en llatí, en el qual s'esmentaven els tractes inadequats en la correcció dels nens. També T. Bonet va publicar en llatí i en anglès el llibre *A guide to the practical physician*, on, a la secció «The regiment of children», va parlar de la possibilitat que les mares confiessin a persones a sou la cria dels seus fills i de la possibilitat de creixements deficitaris per causes no orgàniques, alhora que descrivia lesions en nens que podien haver estat degudes a negligències o maltractaments.

Durant la segona meitat del segle XVIII, J.-J. Rousseau, autèntic precursor de la psicologia infantil, veu el nen com una persona que té un valor propi i és digna de ser considerada com un ésser amb múltiples capacitats i de qui és necessari conèixer les necessitats. Aquesta valoració positiva del nen ens fa mirar endarrera per veure com havien estat castigats els nens fins aleshores. D'escrits previs al segle XVIII i de biografies de personatges coneguts es pot intuir que gairebé tots eren apallissats com a mesura correctora. Entre els instruments utilitzats hi havia fuets, bastons i pales especials. Aquest costum era transmès de família a família. Ni les classes socials altes no se salvaven d'aquesta pràctica: Lluís XIII, a l'edat de disset mesos, no havia de plorar quan era amenaçat pel seu pare amb un fuet i a partir dels vint-i-cinc mesos era fustigat.

Es creu que el costum abans esmentat de mantenir embolcallats els nens durant molt temps podria ser una mesura protectora enfront del costum de pegar-los des de gairebé les primeres setmanes. No va ser fins el Renaixement que es va aconsellar moderació en el càstig però sense que es negués la possibilitat del càstig físic.

Durant el segle XIX hi ha diferents punts importants:

- a) l'estudi seriós i científic de casos de maltractaments,
- b) la creació dels primers hospitals infantils,
- c) l'extensió del treball remunerat als nens,
- d) la creació de les primeres societats dedicades a la prevenció de la crueltat dirigida als nens.

Entre les publicacions d'aquests anys s'ha d'esmentar l'apareguda el 1823, *Advice to young mothers on the physical education of children*, atri-

buïda a una àvia, en la qual es parla dels maltractaments en l'educació i de les conseqüències de sacsejar els nens. El 1852 Toulmuche, metge forense francès, va descriure algunes lesions de maltractaments i el 1860 Ambrose Tardieu, un altre metge francès, va fer la primera gran descripció de la síndrome del nen apallissat en la publicació *Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Étude médico-légale sur les services et mauvais traitements exercés sur des enfants*, on parlava de trenta-dos casos d'infants maltractats, divuit dels quals van morir, i feia referència a les lesions i a les famílies amb els seus problemes. El seu testimoniatge no va ser escoltat tal com es mereixia fins al cap de cent anys; malgrat això, va aconseguir que en el seu país es despertés la consciència social i vint-i-nou anys després de la seva publicació es promulgues una llei de protecció dels nens maltractats. També metges anglesos, cirurgians, com A. Johnson o S. West, publiquen casos de lesions traumàtiques l'etiologia de les quals no veuen clara.

A París i Londres es creen els primers hospitals infantils que separen els nens dels adults: és un primer pas en la lluita contra els maltractaments institucionals sanitaris. Un altre pas positiu per als nens és la creació de les primeres societats dedicades a la prevenció de la crueltat.

El 1874 es va fundar a Nova York la Society for the Prevention of Cruelty to Children per evitar els maltractaments a la llar i els procedents de l'ambient que envoltava la societat industrialitzada d'aquella època. La creació va ser motivada per la situació d'una nena de quatre anys, Mary Ellen, que va arribar a la mort per maltractaments físics i negligències. La desgraciada vida d'aquesta nena va commoure l'opinió pública i va originar moltes protestes. El veïnat tenia por que fos objecte de maltractaments i d'abandonament i, per comprovar la situació, van fer anar a casa seva un voluntari d'una associació que ajudava els immigrants. Aquesta persona va trobar la nena en un estat molt lamentable, però els pares van negar-se a millorar el tracte, ja que deien que la criatura era seva. En denunciar els veïns el fet, els tribunals no els van fer cas i van haver de presentar la denúncia amb el suport de la Society for the Prevention of Cruelty to Animals, ja que hi havia lleis per protegir els animals però no els infants; per tant, es va considerar Mary Ellen com a component del regne animal. La creació d'aquesta societat americana va inspirar la fundació de la National Society for the Prevention of Cruelty to Children a Londres, en una època en què algun advocat defensor explicava i fonamentava, entre els seus arguments per defensar una mare que havia asfixiat el seu fill dins d'un armari com a càstig, que els pares tenien drets absoluts sobre els fills.

Durant aquests anys, la Revolució Industrial va donar lloc a un canvi de la concepció econòmica i laboral de les famílies. Es va passar d'un sistema en què tots els membres participaven en l'economia familiar a un altre en què es depenia exclusivament dels salaris de les persones que treballaven a les indústries. Els salaris insuficients i el desig dels empresaris d'aprofitar al màxim els diferents llocs de treball van fer que

el nen entrés de manera incontrolada en el món laboral. Les fàbriques tèxtils, on estan hores i més hores drets damunt de sòls humits, i les mines, on la complexió i l'habilitat del nen s'aprofiten per arribar a racons difícils, foscos i humits, són els llocs on es generen gran quantitat de maltractaments de tipus institucional. En aquesta època el nen treballa de nou a catorze hores diàries, sense excloure els horaris nocturns. El cansament amb què tornava al domicili dificultava la seva alimentació, ja que, vençut per la son, sovint anava a dormir sense menjar.

Karl Marx, en el seu llibre *El Capital*, fa referència a aquestes situacions, tracta de l'explotació capitalista, però també parla de mercat d'esclaus per part dels pares que, davant la misèria en què viuen, especulen amb els seus fills. És a dir, al maltractament institucional s'afegeix el familiar.

Les lleis que, tant a França com a Anglaterra, es van promulgar per regular l'edat i els horaris laborals dels nens no van aconseguir la plena implantació fins a finals del segle XIX. Tanmateix, es comproven la dificultat i la incompatibilitat que significa treballar i escolaritzar-se, i, atès aquest fet, es dicten lleis d'obligatorietat escolar fins als tretze anys i s'inicia la creació de llars d'infants laborals.

Les novel·les de Dickens, Dostoievski, Victor Hugo o Zola ens fan veure clarament què succeïa en aquelles societats industrialitzades. En personatges com Nicolas Nickleby o Cossette podem llegir situacions evidents de maltractaments de tipus institucional a través dels càstigs o de les institucions «educatives». *David Copperfield* i *Oliver Twist* descriuen amb realisme les motivacions dels pares maltractadors. A *L'assommoir* es llegeix la història de Lalie, martiritzada pel seu pare alcohòlic, i *L'enfant* de J. Vallès presenta situacions diàries de maltractaments per part de la mare.

Tots aquests exemples de la literatura europea fan entreveure que els maltractaments institucionals eren sobretot freqüents a les classes socials econòmicament desfavorides, mentre que la violència intrafamiliar s'esdevenia a totes les classes socials.

Al segle XX, la introducció dels raigs X a la pràctica mèdica habitual i la prosperitat material de les societats industrialitzades, amb la preocupació per millorar la qualitat de vida, fan que la mateixa societat s'adoni del fenomen dels maltractaments. El 1923 Eglanture Gebbs redacta a Ginebra la Declaració dels Drets de l'Infant.

Els metges, forenses, pediatres i radiòlegs, són els que van relacionant la possibilitat etiològica traumàtica de diferents quadres clínics el mecanisme de producció dels quals no s'explicaven gaire, ja que les famílies negaven el fet traumàtic. El 1951 va ser el radiòleg Silverman qui va presentar a l'American Roentgen Ray Society uns casos de lactants amb lesions traumàtiques, que ell es pensava que havien estat produïdes per negligència dels pares, i no podia excloure la possible intenció dels fets. El 1955 es comencen a valorar els factors ambientals i familiars que podrien condicionar aquests traumatismes en el si de la

família. El 1959 l'Assemblea General de l'ONU aprova la Declaració dels Drets de l'Infant.

Durant aquest mateix any 1959, Kempe i Silver, pediatres, criden l'atenció dels seus col·legues sobre la negligència criminal dels pares i els greus maltractaments a què estaven sotmesos els nens. En aquesta època els treballadors socials comencen a involucrar-se en el diagnòstic dels casos, i cal destacar els treballs d'E. Elmer i H. Boardman. El 1962 H. Kempe publica, juntament amb Silverman, Steele, Droegemueller i Silver, un article sobre 302 casos de nens maltractats, amb 33 casos de nens morts i 85 amb lesions permanents, i dona per primera vegada a aquest quadre que presenten els nens el nom de síndrome del nen apallissat. Això va ser l'espurna que va encendre, en metges i treballadors socials, la flama per diagnosticar els casos d'aquests nens i elaborar mètodes preventius.

Si bé la descripció inicial del fet anava dirigida principalment als maltractaments de tipus físic intrafamiliar, de mica en mica s'amplia el concepte i, així, el 1970, el sociòleg Gil parla del paper de la societat i les institucions en l'etiologia dels maltractaments. El 1971 Lukianowicz parla del maltractament de tipus psicològic i el 1975 Schmitt amplia el concepte a les mancances afectives i als abusos sexuals.

Amb aquest repàs de la història, hem observat que el nen sempre ha estat maltractat, sempre ha estat considerat com un objecte propietat dels adults. A tots els nivells socials ha succeït, però en formes diferents, i, si bé la mateixa societat en diversos moments ha reconegut aquesta situació d'inferioritat, de vexació i de discriminació, en cap moment no ha fet un esforç important per modificar tot allò que realment condiciona els maltractaments infantils. S'han millorat les condicions i les lleis, però sembla que s'hagi fet més per vergonya pròpia que no pas per intentar resoldre el problema dels nens.



DEFINICIÓ I DIFERENTS TIPUS DE MALTRACTAMENTS

És difícil trobar una definició, però encara és més difícil trobar una definició per a un fet o una situació que presenta gran multiplicitat de variants, com és el fenomen dels maltractaments infantils.

Aquest problema social, que ha existit sempre, és molt heterogeni, amb una considerable ambigüïtat, vaguetat i manca de consens per poder precisar les diferències de les varietats existents. Diferències que no solament es revelen a l'hora de definir-lo, sinó que també es poden trobar en parlar de l'etiologia i de la forma com s'han d'enfocar les mesures terapèutiques.

Com ja s'ha vist en el recull històric, són nombroses les manifestacions relacionades amb el tipus de societat i amb el concepte general de família. És molt important tenir en compte les grans diferències existents abans de considerar un fet com a maltractament, ja que les modalitats culturals i educacionals fan que l'actuació dels adults respecte als nens sigui molt dissemblant per aconseguir el mateix. El problema radica tant a definir què és un maltractament com a dir en què consisteix tractar bé un infant. Les societats rígides han considerat que el manteniment d'un respecte i una autoritat extrems era el millor per aconseguir un bon resultat en el desenvolupament i l'educació dels nens. En els darrers anys s'ha actuat d'acord amb la fórmula *laissez faire, laissez passer*. Com es pot veure, dues maneres ben oposades i que, en els seus moments respectius, han estat considerades totes dues correctes.

Un altre aspecte que també ha influït en la imprecisió de les definicions ha estat la delimitació tan diferent del fenomen, ja que, si bé en els moments en què Kempe va difondre el fenomen entre el món dels professionals es delimitava gairebé al maltractament de tipus físic, posteriorment cada vegada s'ha ampliat més el tipus.

Són molt nombroses les manifestacions actualment existents. Unes tenen orientacions legals, unes altres mèdiques o psicològiques i d'altres donen èmfasi a la vessant sociològica. També podríem dir que hi ha qui descriu el maltractament en termes de comportaments paternals inadequats, uns altres basant-se en les manifestacions que té el nen, i en ocasions es combinen totes dues coses.

Els diferents professionals no es posen d'acord i cadascun té tendència a fer una definició amb diferents variables; això fa que després tinguin dificultats per entendre's. Es pot veure que hi ha una manca de delimitació taxonòmica a l'hora d'utilitzar els termes de maltractament, abús o abandó, però també hi ha problema a fixar com ha de ser la criança d'un fill. Coses tan de cada dia com deixar plorar un nen o maneres de calmar dolors o febre són vistes de forma contraposada en les cultures oriental i occidental. Els diferents ritus d'iniciació, com són les operacions practicades a les zones genitals o les lesions en unes altres regions del cos, són vistos, des de l'òptica occidental, com a fets bàrbars, mentre que col·locar els lactants en llits i habitacions separades de les dels pares no és comprès per determinades cultures orientals.

Abans de passar a donar una sèrie de definicions on es podran veure les grans variacions que dèiem, és important recordar el principi novè de la Declaració dels Drets de l'Infant, que diu: «L'infant ha de ser protegit contra totes les formes de negligència, crueltat i explotació»; «No serà objecte de cap mena de tràfic»; «No s'ha de consentir que l'infant treballi abans d'una edat mínima adequada; en cap cas no se l'ocuparà ni se li permetrà que s'ocupi en qualsevol tasca o feina que perjudiqui la seva salut o que dificulti el seu desenvolupament físic, mental o moral».

En veure aquestes consideracions dels drets del nen, podríem dir, en un sentit molt ampli, que maltractar un infant és tota aquella actuació que s'allunya dels seus drets o els transgredeix. Si bé això és real, en la pràctica professional diària és difícil de precisar.

El Parlament Europeu, a la sessió del 9 de desembre de 1985, va definir els maltractaments infligits als infants com «tota violència no ocasional contra la integritat física i/o psíquica del nen, o la privació per part dels seus pares o aquelles persones que se n'encarreguen i que comporta perjudici a l'infant en ferir-lo, dificultant el seu desenvolupament o, en el cas extrem, conduint-lo a la mort». En aquesta definició hi ha una dedicació especial als aspectes físics i a l'actuació dels agressors.

Gil, el 1970, va definir el fenomen com «qualsevol acte, efectuat o no, realitzat per individus, per institucions o per la societat en el seu conjunt i tots els estats derivats d'aquests actes o de la seva absència i que priven els nens de la seva llibertat o dels seus drets corresponents i/o en dificulten el desenvolupament òptim». Aquesta definició, molt propera en el temps a la publicació de Kempe l'any 1964, que va servir perquè la societat s'adonés del que succeïa, és molt àmplia i ja deixa veure que no sols hi ha un tipus familiar de maltractament, sinó que existeix també l'extrafamiliar.

J. Garbarino i G. Guillian, l'any 1980, deien que els maltractaments eren «actes d'omissió o comissió realitzats per un pare o un guardador que són jutjats com a inapropiats o perjudicials pels valors de la comunitat i els experts professionals». És una definició que pot portar a centrar els fets en unes ètnies determinades, ja que no tothom té els mateixos valors i creences educatius, com ja hem dit.

A l'Estat espanyol cal assenyalar les definicions dels especialistes següents:

Gisbert Calabuig, l'any 1983, va definir el fenomen com «una variada sèrie de violències de les quals són víctimes els nens de curta edat i que acostumen a conduir a un estat de subdesenvolupament físic i mental amb gran invalidesa i de vegades, poques, a la mort».

A. Delgado, el 1985, diu que «la síndrome del nen maltractat pot definir-se com una entitat clínica que es dona generalment en nens petits que són objecte de maltractament físic, psicològic i moral o bé d'un tracte inadequat de fet o d'omissió per part dels seus pares, familiars o mainaders». Es pot veure que l'una és més restrictiva que l'altra: la primera fa referència al fenomen mentre que la segona parla d'una forma clínica de presentació en el nen.

Jo mateix, amb J. Dargallo i F. Domingo, vaig definir, l'any 1981, la síndrome del nen apallisat com «una entitat clínica que es dona en el nen, generalment menor d'edat, quan és objecte de maltractaments físics o psíquics o bé de tractes inadequats, de fet o ommissió per part de les persones que en tenen cura i amb les quals conviu normalment. Aquestes persones són les que actuen d'una manera directa com a responsables dels fets; ara bé, d'una manera indirecta es pot posar com a responsable dels fets la societat on vivim, pel conjunt de condicionaments socio-econòmics que sempre acompanyen el quadre clínic». Aleshores vam deixar totalment de costat els maltractaments extrafamiliars, encara que un fet destacable en el moment en què es va realitzar és la inclusió dels conceptes d'ommissió i de responsabilitat de la societat.

En un sentit ampli, però molt acurat per fer entenedors els diversos aspectes d'aquest fenomen, hi ha la definició donada pel Centre de Protecció de la Infància de Berlín, que diu que «els maltractaments infligits a un infant no són només un acte de brutalitat aïllat exercit sobre l'infant. També s'hi han de considerar un conjunt de condicions de vida, d'actes i de negligències que fan que els drets a unes determinades condicions de vida, a l'educació i a una ajuda real siguin restringits. Els dèficits entre aquests drets i les seves condicions de vida reals constitueixen el conjunt dels maltractaments». Més concreta —tot i que, ben interpretada, molt àmplia— és la que va donar el grup d'estudi de la Societat Catalana de Pediatria l'any 1985 dient que «considerem que un infant és maltractat quan és objecte de violència física i/o sexual. També si pateix de manca d'atenció per part de les persones o institucions de les quals depèn el seu desenvolupament».

Del que fins ara heu llegit, es pot deduir que són molt abundants els tipus de maltractaments (fig. 3). A l'hora de dividir-los es pot fer segons diferents conceptes: així, el tipus d'agressió o de lesió seria una modalitat, els agressors en seria una altra, i una tercera si és familiar o extrafamiliar. Fent un ràpid repàs de totes aquestes formes, es pot veure que els *maltractaments familiars* són els produïts dintre de l'hàbitat habitual del nen i la seva família. En aquest cas els «agressors» directes poden

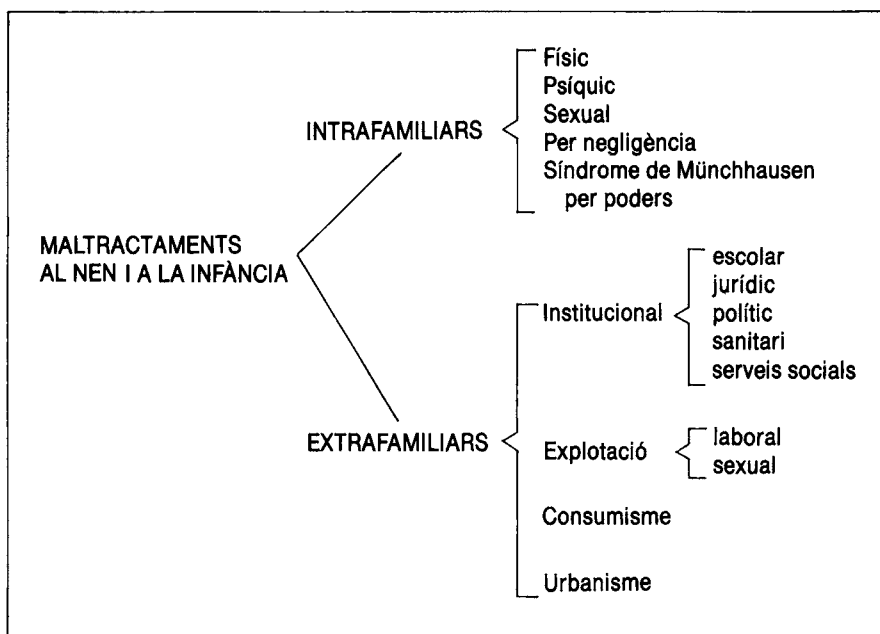


FIGURA 3. Diferents tipus de maltractaments.

ser qualssevol de les persones que conviuen amb el nen i que d'una manera o altra tenen al seu càrrec la seva educació, formació i cura. Són aquells que des dels primers moments es van instaurant quotidianament en la vida del nen, encara que no sempre de la mateixa manera ni amb la mateixa intensitat. És en aquest tipus on realment tenen un paper important tots aquells condicionaments personals, familiars i del món pròxim i més llunyà que envolten la família. Aquí sí que es pot dir clarament que el nen maltractat no és res més que un «síntoma» d'una família desestructurada en més o menys grau per raons molt diverses, pròpies de la relació de parella o pròpies de la vida social i laboral. És un tipus de maltractament que té una repercussió crucial en el desenvolupament del nen, independentment del tipus de «lesió» que li produeixi, ja que un ambient de desestructuració no és un lloc adient per viure-hi. Un altre aspecte rellevant és la durada. La repercussió que pot tenir, especialment durant els primers anys, és molt important, i d'aquí el gran interès del descobriment precoç per part de la societat, per tal de donar-li el tractament oportú. És en aquest grup on l'esquema de Helfer i Kempe (fig. 1) té tot el seu gran valor per entendre el fenomen.

Dintre del marc familiar on s'esdevenen els maltractaments és molt valuós considerar el diferent nivell d'agressivitat, el social i el cultural, ja que pensem que són aspectes importants que d'una manera o altra

condicionen la manera com el nen serà objecte dels maltractaments. A més a més, són unes variables íntimament lligades amb aspectes de la vida de relació i correcció. Pensem que en els nivells socio-culturals més deficitaris és més probable que domini l'agressivitat física. La crispació en què s'han acostumat a viure gairebé sempre aquestes famílies, el reuig que han suportat, la més freqüent utilització de la força física enfront del raonament mental per solucionar les coses fan pensar que la violència física imperarà en aquestes famílies. Però també cal tenir present que les nombroses mancances a què estan subjectes fan que puguin condicionar la seva resposta davant dels seus: no tenint res material per oferir, en sentit ampli, pot ser que tampoc no ofereixin res afectiu i desplaïn la seva afectivitat a la violència o bé a la sexualitat, en sentit de relació carnal, no afectiva. Els diferents sistemes de correcció amb què educaran els seus fills, sempre o gairebé sempre, aniran presidits per l'autoritat i pel fet de la «propietat». Els mètodes correctius acostumaran a ser més repressius que no educatius, i aquests mètodes gairebé sempre generen violència. Són famílies que en circumstàncies conflictives acostumen a arribar a situacions límit, precisament per la seva manera de raonar més simple i més decantada a la violència. Si a aquestes situacions límit de l'àmbit familiar se sumen tots els múltiples condicionants del seu món de treball, social, etc., no ens és difícil entendre'n la resposta. És normal que es conegui una major casuística en aquests grups socials deficitaris que no pas en el grup de nivell social més elevat o mitjà. Tractant-se de grups necessitats, tots els possibles serveis d'actuació social, ciutadana o sanitària els tindran més o menys coneguts per les seves sol·licituds o per les indicacions dels veïns, cosa que no passa en altres grups que no depenen tant dels recursos socials, ja que són més autosuficients i, per tant, el possible control social sobre ells és més difícil.

En els grups familiars amb nivell cultural i social mitjà o alt pot existir la violència com a resposta a les possibles crisis, però és evident que hi haurà formes diferenciadores pròpies, com és l'abandonament per excés de vida social. Els fills són una càrrega que impedeix seguir el tren de vida social o laboral i cal que se n'encarreguin mainaders a sou. El contacte directe és escàs i els aspectes personals egocèntrics de la parella o de cadascun dels components de la parella dominen la situació. És evident que, quan existia la gran «família» que s'aplegava al voltant d'un «patriarca», sempre hi havia alguns oncles, ties o avis que suplien amb afecte i efecte la figura dels pares. Una altra forma de maltractament d'aquest tipus de famílies és la possibilitat de l'actuació raonada psicològicament, d'exigències exagerades, de considerar inadequades les respostes dels fills a l'abundància material.

S'acostuma a dir que els maltractaments familiars es donen amb molta més freqüència en els nivells socio-econòmics i culturals deficitaris. Això és una veritat a mitges, com hem dit fins ara; se'n veuen a tots els nivells, però, de la mateixa manera que es desconeix quina és la seva

incidència real, també se'n desconeix la veritable procedència social. Com ja hem dit més amunt, pensem que és més fàcil la recollida de casos en els nivells socials més deficitaris perquè, tot i que sembli un contrasentit, és en aquests nivells on acostuma a haver-hi més control social, encara que no pas més prestacions ni més solucions als problemes.

L'altre gran grup seria el dels *maltractaments extrafamiliars*. Existeixen accions dirigides individualment cap al nen, però també es poden trobar accions dirigides cap al grup, cap a la infància: són les que es coneixen com a *maltractaments institucionals*. Són fàcils de definir i conceptualitzar, però en canvi moltes vegades són difícils de demostrar per la manca de manifestacions especials en els nens. Aquests maltractaments són els produïts en els camps educacional, sanitari, jurídic, esportiu o polític. Es divideixen en:

- a) els motivats per la mateixa Administració pública en qualsevol de les àrees que tenen relació amb el nen;
- b) els produïts en institucions dedicades a l'educació, la salut, la reforma i la seguretat del nen o el lleure.

A la vegada, aquests dos grans grups cal subdividir-los en lícits i il·lícits. Els primers són els que estan emparats per la legalitat vigent en el país, i tant poden ser motivats per la Constitució, com el cas de les dictadures, com per diferents aspectes de limitació en relació al nen. Els segons són els que deriven d'actuacions que s'allunyen de la legalitat vigent i que acostumen a ser negades pels autors.

En relació als maltractaments institucionals dirigits a la infància com a grup demogràfic o social, ja hem esmentat que és un conjunt dependent totalment dels adults, amb poca definició de futur i que alhora no forma cap grup de pressió. Aquesta suma de característiques propicia que els adults que tenen responsabilitat pública no dediquin tanta atenció, ni tan intensa, als problemes dels nens com als dels adults, ni vegin trontollar el seu *status* per actuacions dirigides a la infància o simplement deixades de realitzar.

Si abans hem comprovat la dificultat d'establir una correcta definició del fenomen dels maltractaments en general, també és complex donar una definició d'aquest tipus de maltractament, l'institucional. Malgrat això, ens atreviríem a dir que s'entenen com a tal les legislacions, els programes, els procediments o les actuacions procedents dels poders públics o les actuacions fetes dins de les institucions que comporten abús, negligència, o que suposen detriment de la salut, de la seguretat, de l'estat emocional, del benestar físic; o bé les actuacions que per qualsevol camí explotin o violen els drets fonamentals del nen i/o la família.

Com ara es veurà en fer un repàs d'aquest tipus de maltractament en els diferents camps, la valoració diagnòstica és difícil, ja que el professional no té, en el nen, unes manifestacions típiques o característiques.

És l'actuació mateixa del professional el que, valorant la situació i les repercussions del moment i les futures, haurà d'establir el «diagnòstic» i l'oportuna denúncia a qui pertoqui.

DIFERENTS FORMES DE MALTRACTAMENTS

Hi ha diferents modalitats lligades al fet, car, si bé el fenomen que l'origina acostuma a ser bastant similar, el comportament de les famílies no és uniforme i existeixen diferents patrons de conducta. A grans trets diríem que hi ha una primera divisió segons l'actuació: seria la divisió en maltractaments d'acció i d'omissió. Una segona divisió es podria establir en relació a l'esfera del nen on repercuteixin aquestes accions i omissions, ja que pot ser en l'esfera física, psíquica o emocional. Fent combinacions d'aquestes quatre variants tindrem les diferents formes de maltractament.

Maltractament de tipus físic d'acció (o abús físic, o l'anomenada síndrome del nen apallissat). Són totes aquelles accions que impliquen lesions físiques o malaltia. És el tipus més conegut i el que va fer que s'arribés a l'estudi científic-mèdico-social que impliqués tota la societat en el reconeixement de la seva existència. Sol ser predominant, com ja s'ha esmentat, en els medis familiars més deficitaris. L'acceptació social de determinats mètodes de correcció i el caràcter privat de les relacions paterno-filials col·laboren en la presentació d'aquest tipus. Si bé en aquests moments és el més fàcil de diagnosticar, s'ha de reconèixer que són nombroses i variades les lesions que el nen pot presentar; encara que està molt definit, la tendència correctiva familiar de tipus violent, la diferent forma de realitzar-la poden variar en cada nen. En aquesta forma dominen les lesions físiques consecutives de cops, sacsejades, cremades i caigudes i també s'hi poden incloure les intoxicacions.

Maltractament per negligència i abandó. Seria una forma d'omissió tant de tipus físic com psíquic que pot donar-se quan les cures afectives, nutricionals, educacionals, sanitàries i higièniques són deficitàries en més o menys grau. Les repercussions que tindran en els nens seran més o menys greus com més petits siguin i com més es prolonguin. Pot ser motivat de forma conscient, però també pot ser una manifestació més de la ignorància, la incultura, la pobresa i la incapacitat per protegir i criar els fills.

Maltractament o abús emocional. Seria qualsevol acte que rebaixi l'autoestima del nen. El considerariem d'acció, i és conegut com a manifestació de crueltat mental. És difícil arribar a establir un diagnòstic correcte, donada la gran varietat de simptomatologia. És evident que la

durada i la intensitat de les accions tindran una importància capital en les diferents manifestacions. No cal dir que l'edat també serà un punt de primer ordre a l'hora d'establir un pronòstic, ja que no és el mateix un ésser en fase de maduració que un en fase d'adquirir uns criteris o un altre amb criteris i patrons conductuals ja establerts. Són conseqüència de rebuig verbalitzat, de manca de comunicació, d'insult, de desvaloració repetida, d'educació en la intimidació, de discriminació o d'exigències superiors a les pròpies de l'edat o a les capacitats del nen mateix com a conseqüència d'excessives esperances.

Maltractament de tipus sexual. És un tipus que va a cavall dels maltractaments físics i emocionals; malgrat això, es constitueix com a fenomen diferenciat. És el consecutiu de totes aquelles activitats exercides d'una forma més o menys crònica en les quals el nen és utilitzat sexualment a benefici de l'adult, que el coacciona o el condueix a aquella situació per la seva autoritat o influència. La forma de realitzar pot ser ben diferent i anar des de l'exposició i les carícies fins a la penetració vaginal, bucal o anal. També pot realitzar-se en forma d'explotació per obtenir un benefici econòmic amb la prostitució infantil o la utilització per a la pornografia. Les repercussions que tindran seran diferents segons les edats, el tipus i la repetició dels fets.

Pel que fa als *maltractaments institucionals*, és evident que es poden realitzar segons el tipus físic, emocional, sexual, per acció o omissió, però caldrà diferenciar-los d'acord amb les àrees en què el nen es troba.

Maltractament en el camp sanitari. Pot ser realitzat en contacte directe amb el nen o des de darrera la taula d'un executiu. Exemples d'aquest tipus serien la desconsideració personal en bé d'un rendiment econòmic o científic, la separació prolongada del nen de la seva família, la construcció dels serveis de pediatria sense tenir en compte les necessitats emocionals, físiques i intel·lectuals dels nens, la manca de personal especialitzat en el tracte amb nens malalts, la repetició de determinades exploracions, la prolongació de les estades, la discriminació econòmica en la planificació, la manca d'una xarxa òptima d'atenció al nen de tipus extrahospitalari que afavoreixi l'estat de salut.

Maltractament en el camp de l'ensenyament. Tal com hem vist en el camp sanitari, poden acomplir-se en contacte directe amb el nen o des de darrera d'una taula planificant «per al bé del nen». Cal recordar, però, que l'escola, per ella mateixa, cau en el risc de no ser un instrument alliberador, sinó que pot tenir tendència a l'adoctrinament i a l'opressió. Dintre de la infraestructura de l'ensenyament podríem dir que seran conseqüència de:

- a) la formació incompleta i inadequada dels professionals,
- b) la mala planificació dels programes educatius,
- c) la desconsideració envers les llengües maternes,
- d) el disseny inadequat dels edificis,
- e) la mala programació dels horaris de treball,
- f) la mala distribució de les escoles dintre d'una àrea geogràfica,
- g) la mala distribució dels alumnes,
- h) la discriminació sexual,
- i) l'estructura autoritària en què s'acostuma a articular,
- j) la manca de personal qualificat i en nombre suficient per a les diferents edats que sol haver-hi en escoles bressol.

En circumstàncies com totes les esmentades, s'esdevenen situacions de les quals el nen surt malparat, ja que ni rep un ensenyament adient ni encara menys una educació complementària de la que se li dona a casa seva. Deveu pensar que les diferències socials són fonamentals per valorar la influència de tot el que hem dit. És veritat. En els llocs on existeixi un dèficit social important o en el si de famílies desestructurades, l'escola és un valor positiu, malgrat totes les mancances; però això no ens ha de fer quedar satisfets, sinó que s'ha d'aconseguir una millora de la situació escolar a tot arreu, a la vegada que s'ha de lluitar per les millores familiars. El nen ha de rebre, a tots els ambients, el millor per al seu desenvolupament.

Si, com hem comprovat, la infraestructura escolar és suficient per crear situacions de maltractament, el contacte directe i diari del nen amb l'educador també dona lloc a situacions conflictives en què el nen és maltractat. Són formes de maltractar que poden no donar manifestacions evidents en el nen però que repercuteixen tant en la dinàmica escolar com en la pròpia formació com a persona. Poden ser de tipus físic a l'hora d'aplicar càstigs. El càstig corporal com a mètode educatiu ha estat molt utilitzat al llarg dels anys, però darrerament no ho és tant. En són manifestacions el cop de regle a la punta dels dits, les llargues estones agenollats, etc. Encara que, com hem dit, a les hores baixes la societat accepta, tolera i practica el càstig corporal suau com a mètode «repressor-educatiu» i és difícil separar el que succeeix a la vida corrent del que succeeix a l'escola. En determinades circumstàncies els sedants han estat utilitzats en llars d'infants per modificar conductes i actituds de nens que «dificultaven» la convivència pacífica.

Tot i que hem citat en primer lloc els maltractaments de tipus físic en l'apartat dels consecutius de la relació mestre-nen, els més freqüents són els de tipus emocional i de verbalització. En són exemples:

- a) no reconèixer el nen com una persona concreta sinó com un número més dintre de la classe; d'aquí deriven la manca de respecte a la intimitat, la manca de reconeixement dels valors espirituals;
- b) l'exageració dels defectes físics i psíquics;

- c) l'abús verbal, que avui encara és utilitzat a bastament; una forma de fer una correcció desproporcionada, humiliar, insultar i oferir-li un vocabulari pobre;
- d) la gesticulació agressiva, que també és molt freqüent.

És evident que tot això ocasionarà problemes emocionals, que, segons les pròpies característiques del nen i la situació de suport que aquest pot trobar a la llar, seran fàcils o no de superar. Les negligències o la manca de creativitat també estan a l'ordre del dia. Unes seran de tipus material, com la manca de vigilància en els llocs on hi hagi nens petits, la manca de material per continuar els hàbits higiènics o fins la manca de sanitaris nets i adients. Pel que fa als aspectes purament educatius, les negligències provenen de moltes causes; cal esmentar les derivades del desencís del mestre motivat per les pròpies condicions de treball o bé les dels educadors que no intenten integrar nens aïllats per raons escolars o personals.

També cal recordar la possibilitat poc freqüent, però no inexistent, dels maltractaments de tipus sexual. Pensem que són manifestacions puntuals en escolars en edat adolescent i realitzades per persones amb certes característiques personals anòmales.

Maltractament en el camp de la justícia. Podríem separar els aspectes consecutius de les lleis i els consecutius de l'actuació de les persones. És molt important la valoració de la realitat del nen a l'hora d'establir lleis o normes protectores o reformadores. No és estrany veure que els professionals de la justícia desconeixen, o almenys no valoren en la seva justa proporció, el que és el desenvolupament d'un nen, amb la importància que tenen per a ell l'estimulació i la dedicació personalitzada durant els primers anys de vida.

L'actuació reformadora de nens conflictius en centres d'internament és un camp totalment irregular, on els criteris són diversos i on cal tenir present que la rehabilitació ha de portar el nen a la seva «societat» inicial i que també cal rehabilitar-la.

En el cas d'actuacions protectores, aquestes poden realitzar-se en centres d'internament en què la mala planificació, la mala normativa, l'existència de personal poc qualificat, la manca de mitjans o el sol fet de no disposar de suficients alternatives a l'internament ja són exemples de maltractaments institucionals. No voldríem cloure aquest capítol sense fer esment d'altres aspectes menys freqüents en la nostra societat però que són també formes diferents de maltractar els nens. Són l'explotació del nen en el món del treball, la publicitat afavoridora del consumisme o el tracte discriminatori del nen en el món comercial, la poca consideració de les necessitats de protecció del nen en les construccions i els parcs, la mendicitat i la discriminació racial.

La mendicitat organitzada és una de les tares de la societat actual. És evident que en les societats industrialitzades hi ha bosses de pobresa i

dins d'aquestes «s'organitzen» grups de mendicitat que treballen per a unes persones determinades. És en aquests grups on poden estar inclosos els nens, ja que en general o bé demanen pel seu compte, sense que els seus pares ho coneguin, per ajudar a la minsa economia familiar, o bé són recollits o llogats per les xarxes de mendicitat organitzada.



MANERA D'ARRIBAR A DIAGNOSTICAR ELS CASOS

L'única manera de poder determinar la realitat i l'existència d'unes manifestacions clíniques i de poder establir una relació de causa-efecte entre unes lesions i el seu mecanisme de producció és conèixer-les. Per aquesta raó és indispensable, a tot professional que treballa en un o altre aspecte del món de la infància, conèixer les diferents manifestacions dels nens maltractats. És impossible fer un diagnòstic si no coneixem el que hem de diagnosticar.

En primer lloc caldrà dir que, si bé hi ha formes de maltractament —com són el físic d'acció i d'omissió o el sexual— amb unes manifestacions bastant característiques que orienten amb certa facilitat, n'hi ha d'altres amb unes manifestacions totalment inespecífiques, com és el cas dels de tipus emocional, tant d'acció com d'omissió, i uns casos determinats de maltractament sexual. Però també hi ha tota una àmplia sèrie de maltractaments extrafamiliars que poden no produir manifestacions o produir-ne de manera totalment inespecífica. Per això caldrà valorar uns indicadors específics i uns indicadors indirectes que, de manera individual o addicional, ens donaran la clau per establir el diagnòstic.

Si bé és indispensable el coneixement de totes aquestes manifestacions per part dels professionals relacionats amb la infància, també és important que el ciutadà les conegui. La resposta de la base social enfront d'aquest problema és una peça essencial en el tractament i en la prevenció. Una societat competitiva i violenta, que té models de criança que permeten la correcció amb càstigs físics com a mètode educatiu o bé permeten que la vigilància, i en certa manera l'educació dels fills, es faci amb persones a sou, ha de conèixer quan totes aquestes mesures que utilitza són emprades de forma «desmesurada» i el nen en pateix les conseqüències. A la figura 4 es pot veure, simuladament, la proporció de casos coneguts per professionals i els coneguts només per públic no professional.

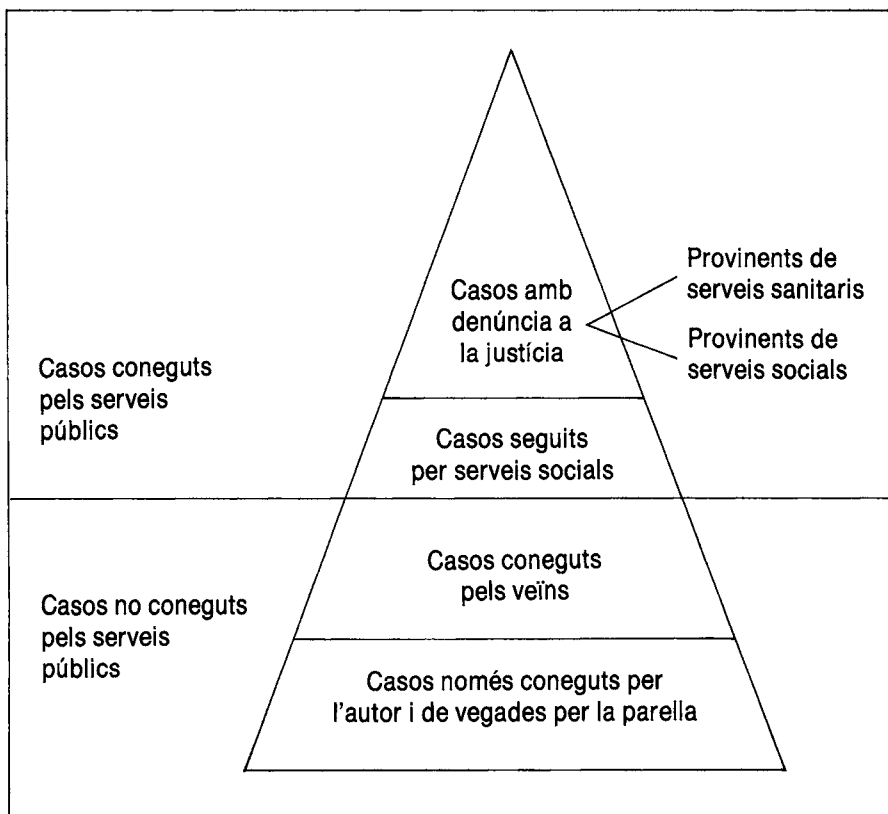


FIGURA 4. Iceberg d'incidència dels maltractaments infantils. Modificació del model de H. Røstad.

INDICADORS ESPECÍFICS

S'ha de tenir molt clar un primer concepte. No hi ha relació directa entre la gravetat de les lesions i la gravetat dels problemes que envolten el nucli socio-familiar i que aboquen cap als maltractaments. És, doncs, molt important detectar les més petites manifestacions.

Davant de tota actuació d'un professional, hi ha una primera part que és el diàleg per obtenir les dades de filiació i les referides als antecedents personals, familiars i socials. D'aquesta manera pot situar-se en el punt exacte de les característiques familiars, relació entre ells, factors de la comunitat i ambient social. Però també és important conèixer el perquè d'una sollicitud d'atenció a un servei sanitari, social o judicial o bé el motiu d'un canvi conductual o d'unes determinades característiques morfològiques en un nen concret. És a dir, mitjançant l'interrogatori disposarem d'unes dades que en el nostre cas no sempre seran orientadores. Aquestes dades no solament seran les que obtinguem

amb el diàleg, sinó també les que obtinguem amb l'observació. En els casos de maltractament de tipus físic serà molt útil al professional, o al profà, tot allò que deriva d'historiar els fets, de la mateixa manera que en els casos d'abandonament físic i emocional. En canvi, en els casos de maltractament emocional i sexual la història dels fets no serà tan orientativa; només serà útil, amb totes les reserves, quan el nen mateix objecte del maltractament ens l'expliqui, però això només podrem fer-ho a partir d'edats pre-puberals o puberals. Cal tenir present que els llocs on el nen passa moltes hores són on els professionals poden descobrir aquests indicadors o bé quan el nen ha estat objecte de lesions que repercuteixen de tal manera en ell que li cal una assistència sanitària. Però qualsevol persona pot preguntar-se el perquè d'unes lesions en un infant i pot voler conèixer com se les ha produïdes.

Bé: veurem, doncs, què ens expliquen les famílies o els acompanyants d'aquests nens, en el cas dels maltractaments de tipus físic.

Dintre de les explicacions que ens donen, hi ha quatre aspectes primordials que ens han de fer obrir els ulls. Són:

- a) l'existència d'un període de temps més o menys llarg des del moment en què el nen ha estat objecte de l'agressió fins que és portat a un centre assistencial o bé és descobert per algú;
- b) una explicació del mecanisme de producció discordant amb les lesions que el nen té;
- c) una història prèvia d'«accidents repetits»;
- d) la discordança entre les respostes obtingudes en diferents interrogatoris realitzats a les persones que tenen cura del nen, juntament amb una actitud evasiva.

Considerem cadascun dels punts. Aquest espai de temps transcorregut entre el moment en què es demana assistència mèdica, o bé que es diagnostica, i el de la producció de les lesions és molt propi que es doni en els casos de nens menors de tres o quatre anys o bé de qualsevol nen que no estigui escolaritzat. S'ha de tenir present que, quan un nen no està «socialitzat» mitjançant l'assistència a una escola o una llar d'infants, és fàcil no sortir de casa amb ell mentre tingui lesions. Serà veient el temps evolutiu de les diferents lesions com podrem adonar-nos que existeix aquest interval lliure de temps. Quan es tracta de nens grans, ja és més difícil reternir-los a la llar, ja que o bé ells mateixos ho delataran o bé el control social exercit per l'escola o els seus mateixos companys serviran per notar-ne l'absència o apreciar-hi unes lesions determinades.

Quan apreciem una lesió traumàtica, sempre la relacionem amb un determinat mecanisme de producció. En els casos que ens ocupen, el mecanisme real mai, o gairebé mai, no ens és explicat en primera o segona intenció, i aleshores succeeix que ens és difícil establir una correcta relació entre el que veiem en el nen i el que ens expliquen. Comencem a

sospitar que ens estan enganyant i que darrera d'aquestes lesions hi ha alguna cosa tèrbola. No és estrany que ens diguin que un animal determinat ha provocat una caiguda de la criatura, o que, com que és un nen entremaliat, s'ha barallat amb els seus germans, o algunes altres vegades que el nen té una malaltia de la sang o dels ossos que fa que li apareguin fàcilment lesions per qualsevol copet.

Aprofundint el que ha succeït en temps anteriors, podem trobar-hi sorpreses. Poden ser nens que hagin estat atesos sovint en diferents centres mèdics per accidents més o menys importants. Aquesta història prèvia, contemplada des del camp sanitari, ens diu que el nen ha estat atès a llocs diferents. El fet de recórrer a centres diferents respon a la intenció d'encobrir la realitat i que no es conegui la repetició de les lesions. És evident que aquesta història prèvia pot ser amagada fàcilment si el nen no té cicatrius o marques que facin sospitar.

El darrer aspecte que s'ha esmentat és un dels que orienten més a fer pensar que darrera de tot el que ens expliquen hi ha quelcom diferent i greu per al nen. La família acostuma a mantenir una actitud, diríem, dual: o evasiva o molt col·laboradora. En els casos en què hi ha l'evasiva, no cal dir que alerta qualsevol persona o professional, ja que en una família «normal» l'actitud davant d'un nen amb lesions és de preocupació i angoixa. En el cas de col·laboració, acostuma a haver-hi una discordança entre les respostes obtingudes en diversos interrogatoris fets a la família, en especial si es varia l'èmfasi amb què es plantegen les preguntes. També hi ha un altre fet diferencial, i és que, mantenint un diàleg per separat amb el pare i la mare, les versions poden no ser iguals. Al mateix temps es pot veure que el paper que desenvolupa cadascun dels membres de la parella és diferent, ja que l'autor directe de l'agressió té una mena de domini damunt de l'altre i fa que aquest altre adopti una actitud passiva per por de les possibles represàlies.

En els casos d'abandonament, les dades que s'obtenen de l'interrogatori ens deixen entreveure la gran quantitat de mancances materials i morals que envolten la família. S'hauran de diferenciar, però, dos tipus d'abandó: l'actiu, és a dir, aquell realment desitjat per la família, i el realitzat perquè les circumstàncies d'extrema manca porten la família a no poder donar als fills els suports materials indispensables.

En el cas de maltractament sexual també caldrà diferenciar els puntuals, els que només s'han donat en una ocasió, dels que són un fet repetitiu. En els primers, és més fàcil que es pugui obtenir alguna dada, en especial per part del nen agredit i sobretot si hi ha hagut recursos violents, mentre que, en els que s'esdevenen de forma repetida mitjançant l'engany i sense violències, el mutisme acostuma a ser freqüent.

Com hem vist, del diàleg es poden obtenir dades molt orientatives i que es poden considerar indicadors específics.

En el nen mateix hi haurà unes manifestacions que, afegides a les abans esmentades i a les que després es veuran de tipus inespecífic, ens serviran per fer la sospita diagnòstica.

En els casos de maltractament físic, el cas del *nen apallissat*, es poden trobar:

Lesions cutànies

Morats o hematomes que, perquè puguem pensar que no han estat produïts d'una forma accidental, ens haurem de fixar que es presenten en llocs ben protegits per massa muscular o teixit adipós, com podrien ser les natges, la panxa, el coll o l'àrea genital. En principi, els accidentals es localitzen en zones desprotegides, com la part anterior de la cama, el genoll, els braços, el front. També s'ha de fer una valoració especial del nombre, la disposició, l'antiguitat, la configuració i la repetició de les lesions. Encara que tots sabem que el nen pren mal sovint i que sempre porta blaus, les característiques esmentades ens faran destriar l'accident de la lesió provocada. Diverses lesions associades i sorgides en moments diferents són molt suggeridores de maltractament. La configuració simètrica, la configuració que recorda formes geomètriques o de diferents estris són també elements molt importants. Així, la utilització d'un fuet o d'un cordill elèctric, un cinturó o un bastó donaran formes i figures distintes, amb localitzacions atípiques pel que fa a blaus.

Les lesions que apareixen en unes edats determinades han de ser sempre motiu de sospita de maltractament. Concretament volem fer referència a les aparegudes en nens menors de dotze mesos. Cal tenir en compte que aquests són nens que per les seves característiques psicodinàmiques han estat limitats en aspectes motors i d'execució; per tant, són difícils d'explicar les possibles lesions físiques. En aquestes edats acostumen a ser produïdes o bé per descuit de les persones que els vigilen o bé per les mateixes persones que en tenen cura. Així, en els cas d'un lactant de deu mesos amb un morat als llavis, o bé se l'ha produït perquè ha caigut, quan no era vigilat o bé li han pegat.

Una altra característica és que tota aquesta gamma de lesions és més fàcil que aparegui després de dies en què els nens han estat més hores a la llar, convivint durant més estona en un ambient desestabilitzat i desestructurat. És així que, després d'un cap de setmana o després d'uns dies de festa escolar, pot ser que el nen retorni a la llar d'infants amb unes lesions de difícil explicació.

Hi pot haver ferides de diferents tipus que mantindran unes característiques en relació al mecanisme de producció i amb l'objecte productor. També podríem dir, com el cas dels morats, que la presència de lesions associades en estadis diferents de cicatrització o evolució és molt significativa, sense oblidar la importància de l'edat i la localització. Una ferida a la boca d'un nen petit ha de portar-nos a investigar.

Una lesió que també acostumen a presentar és l'alopecàcia, és a dir, la manca de cabells en unes zones del cap determinades. Aquesta manca no és res més sinó la conseqüència de l'estirament d'un grapat de cabells fins a arrencar-los.

Els morats a les orelles són molt indicatius d'haver estat produïts per una altra persona. En aquesta zona del cos les lesions són visibles per a tothom, ja que difícilment es poden amagar amb la roba; per tant, és importantíssim mirar-les sempre.

Les cremades són lesions que es presenten tot sovint i tenen també unes característiques molt definides que són orientatives de la intenció en el mecanisme de producció. Aquestes són: vores netes, rectes, delimitació molt marcada entre la pell sana i la pell lesionada; o bé n'hi ha moltes amb el mateix temps evolutiu i amb amples zones de pell respectada. La disposició geomètrica o la situació en unes zones determinades del cos són elements que ens poden servir de guia.

Tenim exemples de possibles cremades intencionades en les que apareixen exclusivament al cap. Un nen que es crema accidentalment acostuma a ser perquè li cau un líquid contingut en un recipint que transportava una tercera persona o bé que ell ha manipulat i ha fet caure. Això voldrà dir que la cremada serà general, no sols al cap. Un altre exemple és la cremada de cigarret, que produeix un clot característic. Les cremades a la regió genital també fan pensar que són induïdes, ja que el nen que per descuit es crema amb aigua calenta en un orinal s'aixeca ràpid i es fa lesions superficials i poc extenses. El mateix podríem dir de les cremades en forma de guant, a la mà, o de mitjó, als peus.

Lesions òssies

També són freqüents i poden estar localitzades a qualsevol part del cos. Tenen unes característiques diferenciades en relació a l'edat del nen, el tipus de lesió radiològica, l'antiguitat, la multiplicitat de les lesions i la confrontació entre la lesió existent i el mecanisme de producció. En el nen lactant són rares les fractures amb separació de fragments; per tant, davant de qualsevol nen d'aquesta edat que presenta una fractura d'aquest tipus sense un mecanisme de producció prou aclaridor, cal pensar en la possibilitat de maltractaments. Cal tenir present que les fractures d'ossos llargs en aquestes edats són reflex de torsió o estirament excessius; és a dir, que algú ho ha produït.

No és infreqüent que les famílies d'aquests nens, per tal d'amagar la realitat del diagnòstic, expliquin en els centres sanitaris on porten la criatura que «el seu fill té els ossos molt tous» o bé que «cau molt sovint a terra i es fa blaus contínuament». És per això que sempre cal tenir presents les característiques que hem esmentat i a més a més convé considerar que:

- a) habitualment les fractures que es troben en els maltractaments són del tipus branca verde o sense massa desplaçaments;
- b) el mecanisme per cop de puny o cop de bastó produeix fractures aparentment sense importància;

- c) la presència de fractures múltiples amb una topografia que no lliga amb cap sistematització i sense que es pugui trobar l'explicació del seu origen en un traumatisme únic és orientativa també d'agressió.
- d) la presència de fractures antigues en relació al moment en què són descobertes també entra en els signes d'alerta.

Els professionals sanitaris coneixen la dificultat que suposa de vegades arribar a establir el diagnòstic de maltractaments i saben que és imprescindible tornar a repetir les exploracions radiològiques òssies al cap d'unes tres setmanes. El motiu no és altre que deixar passar el temps suficient perquè es pugui veure la reacció periòstica, és a dir, de la capa que envolta i genera l'ossificació, que repara la més petita lesió que s'hagi pogut esdevenir. També és sabut que, davant d'una sospita de possible maltractament, cal estudiar radiològicament tots els ossos del cos, per tal de buscar aquella possible multiplicitat de lesions abans esmentada, però també cal utilitzar tots aquells mètodes radiològics que permetin fer un diagnòstic precoç de mínimes lesions, com seria fer un estudi amb isòtops radioactius que es localitzen a zones de màxima vascularització, com per exemple a les zones al voltant de les fractures més benignes.

Tant aquest apartat de lesions òssies com l'anterior de lesions cutànies reflecteixen les manifestacions més freqüents.

Lesions internes

És un apartat molt ampli i amb una incidència molt variable i molt relacionada amb el mecanisme de producció de les agressions. Pel que fa a aquestes lesions, és altament difícil, de vegades, poder dir si són o no accidentals. En situacions semblants la valoració acurada dels indicadors inespecífics serà importantíssima. Entre aquestes manifestacions destacarem les *oculars*, que són presents en gairebé la meitat dels nens apallissats. Les manifestacions poden aparèixer a la part externa de l'ull o bé a la retina, al fons de l'ull. El mecanisme de producció pot ser per lesió o impacte directe o bé per sacsejament del cap o mecanisme indirecte. En el cas directe, les lesions anteriors consisteixen en esquinçaments, dislocacions del cristallí, hemorràgies de la conjuntiva o bé repercussió a la part posterior per la transmissió del cop a través dels líquids oculars i que causa inflamació retiniana o esquinç de la capa coroïdal. En el sacsejament del cap i de les espatlles del nen, mecanisme de correcció utilitzat sovint, apareixeran lesions per extravasació de sang dels vasos arterials de la retina, però, a més, també n'hi pot haver dels vasos arterials del cap i donar lloc a collecció de sang a espais virtuals, com és l'espai subdural. En aquest cas la manifestació dominant serà la neurològica, ja que el fet que el cervell sigui comprimit per

un volum de líquid que habitualment no hi és farà patir l'estructura noble del cervell i l'obligarà a funcionar de forma anòmala. Les lesions *neurològiques* també poden ser molt variades en funció del mecanisme productori i de la localització, ja que no és el mateix lesionar el cervell que la medul·la o un nervi en el trajecte cap a una extremitat. El dèficit funcional que presentarà el nen serà diferent. Una de les lesions més freqüents és la col·lecció hemàtica a l'espai subdural, que en l'apartat de les lesions oculars s'ha esmentat i que té mecanismes de producció diferents dels del sacsejament.

Les contusions cranials són molt freqüents, i en canvi la gravetat subsegüent és molt variable.

Les *lesions viscerals* dependran també del mecanisme de producció, són poc freqüents i acostumen a ser greus, ja que les hemorràgies per ferida de víscera acostumen a ocasionar pèrdua de gran quantitat de sang.

Les lesions a les *àrees genitals* produïdes fora de l'agressió sexual, és a dir, per cops, cremades, etc., causaran hematomes testiculars, hematomes vulvars, laceracions perineals, etc.

Les intoxicacions

També cal incloure-les dins d'aquest tipus de maltractament. Són molt difícils d'associar amb la síndrome del nen apallissat. És evident que les manifestacions en el nen van lligades al tipus de substància utilitzada. En aquests casos també és molt important la valoració de tots els indicadors inespecífics, perquè no hi ha unes dades que ens menin clarament a associar el maltractament amb el fet de la intoxicació. Tot i això, els casos de nens amb múltiples intoxicacions durant un temps més o menys curt, que desapareixen en separar l'infant del seu ambient habitual, o bé tots aquells casos de comes inexplicables associats a antecedents de morts injustificades d'altres membres de la mateixa família han de fer pensar els professionals en la possibilitat de maltractaments.

Síndrome de Münchhausen per poders

No és més que la simulació de malalties en nens per part dels pares, per tal d'utilitzar-los com a vehicle dels problemes propis.

Manifestacions conductuals

L'actitud i el comportament dels nens apallissats també són característics. Són nens que acostumen a anar bruts i deixats. Tenen un posat indiferent, la mirada fixa, una cara inexpressiva que es diu de «vigilàn-

cia congelada». De vegades, però, el menut està tremolós i té por sense saber si riure o plorar, o inicia moviments i gestos de defensa quan algun adult se li apropa. No dóna importància a res ni té interès per res i no sol parlar. Unes altres vegades somriu a tothom que veu. La seva conducta, quan és internat en centres hospitalaris, acostuma a ser diferent de la dels altres infants. En general, qualsevol nen que viu en el si d'una família estable té problemes parcials d'adaptació en internar-se a l'hospital. El nen apallissat, després d'un breu primer període d'observació, s'obre fàcilment al nou ambient, més positiu que no pas el que ell acostuma a trobar a casa seva.

Unes altres característiques serien la inquietud davant del plor dels altres nens, els canvis externs de comportament sense venir al cas, el temor de tornar a la seva llar i la dificultat d'adaptació a situacions quotidianes.

En els casos de *maltractament sexual* també hi ha dificultats per establir relacions entre les manifestacions i la causa que les ha originades. Hi ha moltes variacions en els tipus d'abús sexual. En primer lloc diríem que poden ser familiars i extrafamiliars. Les primeres solen ser les més freqüents i passen inadvertides durant molt temps si les persones que estan en contacte amb l'infant no valoren una sèrie de manifestacions conductuals que presenta, però és evident que dependran de l'edat del nen o nena violentat. L'incest és la forma més freqüent, i rarament va acompanyat de violència física; per tant, no hi ha lesions residuals. Es tracta de nens o nenes entre vuit i deu anys que es relacionen amb els pares o avis.

Les manifestacions poden dividir-se en quatre grans grups i un cinquè que no sempre s'acompanya de manifestacions clíniques:

1. Les consecutives de la violència de l'acte amb la possibilitat de lesions en àrees genital, anal i bucal. Són els esquinços lineals, estrellats o circumferencials de la mucosa vulvar. L'himen està esquinçat en els casos en què la penetració ha estat consumada. La presència de lesions de tipus hematomes, unglades o ferides pot associar-s'hi. Si la penetració és anal, pot haver-hi pèrdua del to de l'esfínter anal quan s'esdevé repetidament. Atesa la desproporció anatòmica del membre de l'adult i dels orificis de les nenes pre-púbères, cal pensar que poden trobar-se importants lesions a perineu, uretra o bufeta, o bé lesions en el penis del nen per haver estat introduït en algun orifici femení.

2. Les alteracions conductuals consecutives. És evident que també dependran de l'edat, ja que és probable que un nen o nena pre-púber d'edat baixa consideri aquestes actuacions dels adults com una forma normal de comportament familiar i, per tant, es faci molt difícil detectar-les. En edats més avançades, no és estrany que els infants presentin poc interès a participar en activitats de tipus esportiu on hagin de desvestir-se juntament amb altres nens. Entre aquests nens es donen actituds absents, dificultat a establir relació amb gent de la seva edat, fu-

gues de la llar, terrors nocturns, fracàs escolar i dependència exagerada dels pares, entre d'altres característiques.

3. Les malalties venèries són presents, o poden ser presents, a conseqüència d'aquestes relacions. Habitualment no es troben en nens i, per tant, qualsevol manifestació en aquest sentit és suficient. De vegades, sense arribar a manifestacions específiques, poden tenir pruija i dolor a la zona vaginal.

4. Els embarassos en adolescents o pre-adolescents de pare desconegut cal pensar que poden ser una conseqüència d'aquest tipus de relació.

5. Un cinquè grup que pot no oferir manifestacions físiques és el consecutiu de les simples exhibicions o de la col·locació dels genitals de l'adult a qualsevol part del cos dels nens.

El maltractament de tipus sexual acostuma a ser una manifestació del deteriorament profund de les relacions sexuals de la parella, amb l'agreujament que, si bé és un d'ells el que el realitza, l'altre membre de la parella acostuma a estar-ne assabentat i calla perquè veu que el seu company obté el que, amb ell o ella, no havia aconseguit mai.

El maltractament emocional o psicològic

És el més difícil de valorar, en especial per poder establir una veritadera relació de causa-efecte. És conseqüència de qualsevol actuació que tracti de minvar la valoració del subjecte. Són molt conegudes algunes causes com:

1. El rebuig verbalitzat, és a dir, la repetició d'un menyspreu o d'una desvaloració en la dinàmica de la comunicació oral; qualsevol acció del nen és aprofitada per fer palès un menyspreu o rebuig.

2. La manca de comunicació, sigui d'una forma premeditada per tal d'aïllar el nen o bé, si és molt petit, per tal de no oferir-li els estímuls adients per a la seva correcta maduració, o bé d'una forma consecutiva del propi tipus de vida. Aquest darrer aspecte és molt característic dels nivells socio-econòmics mitjans o alts, en els quals no hi ha unes situacions deficitàries en l'aspecte global que afavoreixin la crispació i la resposta violenta, però sí que hi ha un excés de preocupació per fets, com la posició social i laboral, la vida social i les preocupacions altruistes, que allunyen els pares de la cura personal dels seus fills, deixant a mans de terceres persones aquesta feina. Són nens que acostumen a tenir cobertes les seves necessitats materials, però tenen un «buit» en l'aspecte de comunicació pares-fills que condueix a l'aïllament.

3. L'educació en la intimidació, és a dir, la repressió institucionalitzada dins de la família. Són nens educats en la por de si el que fan és o no

correcte i, per tant, amb la creació d'inseguretats plantejada des del criteri desigual de l'educador.

4. Exigències superiors a les pròpies de l'edat o a les pròpies de l'individu en qüestió. És molt freqüent que les famílies idealitzin el que desitgen dels seus fills i fixin uns nivells d'exigència que no són adequats en unes edats determinades. Per exemple, famílies molt meticuloses i molt preocupades per la pulcritud que exigeixen als seus fills de dos anys una manera de menjar acurada i sense fer potineries, o bé el nen de sis anys a qui s'exigeix una escriptura sense errades ortogràfiques.

5. L'insult i la desvaloració continuada és una de les formes d'educar. És un fet relativament corrent la utilització d'aquesta forma educativa dintre de la nostra societat. Hi ha qui considera que rebaixant les persones amb l'insult i la desvaloració s'aconsegueix que se superin. Si això pot donar resultats en el món de l'adult i en el món competitiu dels negocis, en el cas del nen aconseguirà «rebaixar-lo» encara més.

Si, com s'ha vist, hi ha una llista molt tipificada de causes que són vehicle de maltractaments emocionals, les manifestacions que presenta el nen són molt àmplies i variades. En ocasions fins i tot hi ha repercussions sobre el creixement somàtic. Són nens que poden presentar retards o aturades del creixement, però el que és cert és que presenten conductes més o menys anòmales. Les manifestacions es divideixen en:

1. Variacions de la normalitat, és a dir, trastorns o problemes transitoris que entren dins d'uns límits normals. En són exemples l'ansietat de la separació que pot presentar el nen que comença a caminar o els terrors nocturns que acostuma a tenir entre els tres i els quatre anys.

2. Trastorns reactius o comportaments desencadenats i mantinguts per determinades condicions de l'ambient, de manera que modificant aquest s'acostumen a resoldre. No són equivalents d'ambient patògen, sinó que és un ambient que pot ser corregit fàcilment.

3. Trastorns del desenvolupament. Normalment el desenvolupament posseeix una harmonia preestablerta, quant a la successivitat i la simultaneïtat de les adquisicions. En aquests casos apareixen dificultats evolutives. En són exemples el retard en l'evolució motora per problemes en assumir l'esquema motor, la immaduresa intel·lectual, els problemes d'aprenentatge i els relacionats amb l'aparició de la parla.

4. Trastorns de les funcions, és a dir, dificultats en l'adquisició de les funcions, i així es poden presentar problemes en l'alimentació (manca de gana, hàbits anòmals), problemes del son, problemes en la regulació esfinteriana (els nens de més de dos anys que es fan pipí damunt) o trastorns motors.

5. Trastorns neuròtics i relacionals. Aquests requereixen l'existència prèvia d'una certa estructuració de la personalitat; per tant, es presentaran en nens de cinc o més anys. Aquests trastorns es manifesten en

forma de símptomes, com les fòbies, les obsessions, les manies, les depressions, les estructures ansioses, les necessitats de dependència excessiva que fa adoptar estructures pròpies de temps anteriors i manifestacions histèriques. També pot manifestar-se en forma d'inhibicions i en dificultats de conducta.

6. Trastorns de la conducta que es poden manifestar en forma de:

- a) perversions sexuals amb aïllament del nen en un món propi;
- b) eretisme, és a dir, conducta hiperactiva però mal organitzada i deficientment regulada;
- c) hàbits compulsius, és a dir, repetitius i sense un fi útil, com serrien tics, mossegar-se les ungles, arrencar-se els cabells o masturbarse;
- d) addicció a tòxics;
- e) conductes agressives associades a manca d'afectivitat;
- f) conductes antisocials com robatoris, fugues, intents de suïcidi, etcètera;
- g) conductes psicopàtiques, és a dir, actuar per impulsos presentant comportaments inacceptables i sense elaboració prèvia.

7. Trastorns psicòtics, és a dir, una absència d'organització de la personalitat amb una greu pèrdua de contacte amb la realitat.

8. Trastorns psicossomàtics, és a dir, derivacions directes de les tensions psíquiques cap al terreny somàtic.

Totes aquestes manifestacions, difícils de demostrar, no vol dir que siguin menys greus que les consecutives de maltractaments de tipus físic. És evident que, de la mateixa manera que l'edat del nen ens diferenciava algunes de les lesions òssies, també l'edat, la intensitat i la freqüència de l'«agressió» condicionaran l'aparició del tipus de simptomatologia. En els casos lleus hi haurà trastorns del desenvolupament, mentre que en les formes més greus i intenses les manifestacions seran del tipus emocional i de l'esfera de la relació, característiques de la neurotizació.

L'abandonament i les negligències

Són un dels tipus que es veuen més sovint en la pràctica quotidiana; aquesta mateixa freqüència fa que molts professionals i ciutadans els acceptin com un fet de la vida diària i no els considerin una manera de maltractar els infants. Succeeix sempre que les persones que teòricament haurien de responsabilitzar-se de la cura i l'educació dels nens són incapaces de proporcionar afecte, estimulació, suport i protecció als infants en les diferents etapes evolutives, i aleshores inhibeixen el seu funcionament òptim. Aquest tipus de maltractament tant es pot trobar a les capes altes com a les baixes de la societat (fig. 5); el que es diferen-

Nivell sòcio-econòmic i cultural	TIPUS DE MALTRACTAMENT			
	Físic	Psicològic	Negligències	Sexual
Baix	XXX	X	XXX	XX
Mitjà-alt	X	XXX	XX	XX

FIGURA 5. Diferent predomini del tipus de maltractaments segons els diversos nivells econòmics, culturals i socials.

ciarà seran les motivacions, ja que en uns casos serà l'absència «de tot» el que motivarà la situació material i moral d'abandonament, mentre que en l'altre nivell oposat serà la preocupació «social» el que farà que els nens es mantinguin a segon terme. Les manifestacions són:

1. Retard pondo-estatural; hi ha una aturada o un creixement alentit per sota del tercer percentil.
2. Retard maduratiu en les adquisicions. Trobarem que especialment els lactants per sota dels dos anys no han adquirit la possibilitat de seure o de posar-se drets, caminar o bé parlar; tot això motivat per la manca d'estimulació.
3. Trastorns del comportament en relació a l'entorn. Agressió als qui els envolten o bé autostimulació per suplir la que no ve de l'entorn.
4. Gana, que motiva manifestacions de desnutrició.
5. Higiene defectuosa, tant corporal com de les robes que porten. Aquests nens acostumen a portar les ungles molt llargues i brutes, com també cabells llargs, bruts i amb existència de paràsits (polls).
6. La roba que porten pot ser o bé poc neta o bé inadequada per a l'època de l'any, ja que es posen el que troben o el que els donen.
7. Malalties degudes al dèficit qualitatiu alimentari, com podrien ser l'escorbut o el raquitisme.
8. Absència de cura en el curs d'activitats perilloses o bé durant períodes de temps llarg que motiven o faciliten l'accidentabilitat repetida.
9. Absència de vacunacions.
10. Relacions paradoxals amb el nucli familiar més pròxim, i així es pot comprovar com somriuen als estranys, estan apàtics amb la família o bé s'adapten de meravella a les condicions d'un internament, a un centre sanitari o social.
11. Manca de compliment de tractaments mèdics de malalties agudes importants o cròniques.
12. Manca d'interès perquè el nen rebi una correcta assistència sanitària.

ESPECÍFICS	INESPECÍFICS	
<i>Físics en els nens</i>	<i>Comportament dels nens</i>	<i>Actituds dels pares</i>
<p>Lesions cutànies: de diferents tipus en diferent moment evolutiu en nens que no tenen autonomia en parts del cos protegides amb formes geomètriques determinades</p> <p>Fractures òssies: en nens lactants antigues recents traumàtiques</p> <p>Lesions oculars</p> <p>Lesions neurològiques</p> <p>Lesions visceral</p> <p>Lesions a regions genitals</p> <p>Malalties sense atenció mèdica</p> <p>Malalties venèries en pre-adolescents</p> <p>Retard pondo-estatural no consecutiu de malaltia orgànica</p> <p>Intoxicacions inexplicables</p> <p>Embaràs en pre-adolescent de pare desconegut</p> <p>Malalties inexplicables (simulació dels pares)</p> <p>Adquisicions maduratives retardades</p>	<p>Sempre és al carrer sense vigilància</p> <p>Cansament habitual</p> <p>Posat indiferent</p> <p>Por de l'adult</p> <p>Tendència a la solitud</p> <p>Agressivitat desproporcionada en les seves reaccions</p> <p>Dificultat de relació</p> <p>Inquietud pel plor d'altres nens</p> <p>Dificultat d'adaptació a situacions quotidianes</p> <p>Conduïtes o coneixements sexuals poc freqüents per l'edat</p> <p>Transtorns de les funcions</p> <p>Trastorns de conducta</p> <p>Trastorns psicòtics</p> <p>Relacions paradoxals amb desconeguts</p> <p>Absències escolars injustificades</p> <p>Adaptació fàcil a insituficions</p> <p>Por d'anar o tornar a la llar</p> <p>Poc interès a participar en activitats esportives</p>	<p>Poca preocupació per la higiene dels fills</p> <p>Poca preocupació per la vestimenta</p> <p>Poca vigilància en les activitats perilloses</p> <p>Despreocupació per l'assistència sanitària als fills:</p> <ul style="list-style-type: none"> vacunacions malalties cròniques medicina preventiva <p>Discordança entre les seves explicacions sobre l'etiologia de les lesions i aquestes</p> <p>Tardança a portar el nen a visitar</p> <p>Addició a alcohol - drogues</p> <p>Excés de vida social i laboral</p> <p>Deficits socials i laborals</p> <p>Inmaduresa i joventut</p> <p>Promiscuitat</p> <p>Desconeixement de la situació escolar</p> <p>Aïllament personal</p> <p>Vida familiar caòtica</p> <p>Sobreprotecció</p> <p>Delinqüència</p> <p>Rebuig verbal i públic dels fills</p> <p>Càstigs desmesurats als fills</p>

FIGURA 6. Indicadors dels maltractaments. (No vol dir que es presentin tots. És la combinació d'unes lesions determinades, amb uns determinats comportaments dels nens i actituds dels pares, el que fa obrir els ulls del professional o del ciutadà.)

13. Nen que inexplicablement «no es fa», és a dir, sense que aparentment tingui un motiu, no augmenta de pes, de talla, i no té un estat anímic relacional correcte.

El cas extrem és el dels nens deixats en condicions infrahumanes durant hores i hores en habitacions tancades, mentre els seus pares o la resta de familiars són a buscar recursos materials per sobreviure, o bé per la incompetència d'aquests adults per exercir convenientment les funcions de pares.

Tots aquests elements són indicadors específics de les diferents varietats de maltractaments, però, com s'ha vist, no sempre és fàcil poder establir una relació directa entre les lesions i el fet de l'abús. Malgrat que hi ha lesions la causa de les quals és evident que és el maltractament, sempre s'ha d'intentar diferenciar-les d'altres possibles causes. No existeixen unes lesions definitives, però cal tenir present que la repetició d'algunes, sumada a les característiques del comportament familiar i també de l'estructura del nucli familiar, ha de formar un conjunt d'elements que, barrejats, han d'arribar a encendre la llum dels professionals o dels profans, fins al punt de fer-los pensar que es troben davant d'un nen maltractat en qualsevol dels tipus esmentats. És important, per fer aquesta suma d'elements, conèixer i valorar el que se'n diu indicadors inespecífics (fig. 6).

INDICADORS INESPECÍFICS

Són totes aquelles dades que es poden extreure de la dinàmica personal i de la parella o de la família, recollides per actuació directa damunt dels nens o bé mitjançant el diàleg o l'observació.

Es compon d'una llista molt extensa. Això no vol dir que hagin d'existir tots alhora, però sí que cal tenir presents tots aquests indicadors, ja que, si bé valorats un per un no demostren res, gairebé sempre van associats els uns amb els altres i han de servir de toc d'alarma.

Esmentarem entre d'altres:

- a) mare jove, menor de vint anys, sola, sense formació,
- b) pares joves i immadurs,
- c) promiscuïtat,
- d) addicció a les drogues,
- e) excés de preocupació per la vida social,
- f) excés de preocupació per la vida material,
- g) aïllament personal,
- h) abandonament del nen en centres hospitalaris sense acompanyament o amb acompanyament gairebé nul per part dels pares,
- i) realització de visites de curta durada mentre el nen està internat,

- j) pares que mentre els fills petits són a la llar es despreocupen totalment d'ells i de les seves activitats,
- k) desconeixement per part dels pares de les tasques i relacions escolars dels fills,
- l) poca valoració dels èxits escolars dels nens,
- m) correcció verbal i agressiva dels fills per raons mínimes,
- n) manca d'escolarització comprovada del nen,
- o) desig que els fills estiguin sempre a l'escola, fet que provoca crisi els caps de setmana i en períodes vacacionals,
- p) menyspreu pels treballs dels fills,
- q) incompareixença dels pares a les citacions dels mestres,
- r) foment dels hàbits amb coaccions,
- s) despreocupació per la salut i per la correcció de les malalties,
- t) històries referides pels fills pre-adolescents i adolescents,
- u) foment d'una vida desordenada i inapropiada per al nen,
- v) irritabilitat dels pares quan els fan preguntes,
- x) constant manca de supervisió, especialment quan el nen fa accions que poden ser perilloses,
- y) portar els nens a la guarderia molt d'hora al matí i anar-los a buscar molt tard,
- z) vida caòtica a la llar.

També caldrà incloure dintre d'aquest apartat els aspectes purament socials, com poden ser: la insuficiència de recursos, l'atur, els habitatges superpoblats, la manca d'educació, l'emigració, la delinqüència habitual, els embarrassos no desitjats, el canvi en la vida professional o emocional de la parella amb motiu del naixement del fill, etc.

Després d'aquest repàs, encara ens pot quedar el dubte que sigui realment un maltractament el cas del nen que tenim davant. La dinàmica que cal emprar serà sempre d'una correcta valoració de la història dels pares, de la història matrimonial, dels aspectes de vulnerabilitat de l'infant i de la naturalesa de l'incident.

COM ARRIBEN AQUESTS NENS ALS PROFESSIONALS?

És evident que qualsevol persona que coneix les necessitats d'un nen, els seus drets, i veu com es violen aquests o no se satisfan aquelles pot conduir un nen maltractat i la seva família a una institució on facin l'actuació rehabilitadora i/o punitiva.

Els centres en els quals es descobreixen més casos són els destinats a la salut (centres d'assistència mèdica) o a la formació (escola), però no es poden oblidar els centres de serveis socials. Aquests darrers llocs reben famílies de sectors deficitaris o marginals, que hi van per tal de sol·licitar ajut. Això vol dir que aquesta població està més «vigilada».

Aquesta atenció comporta un coneixement de les seves «intimitats» i, per tant, la possibilitat de demostrar problemes del tipus dels maltractaments.

Abans de cloure aquest capítol volem fer una mena de resum de com pot arribar el nen a aquests tres centres (escolars, sanitaris o socials) i quins són els recursos professionals per assolir el diagnòstic. Els nens tard o d'hora van a escola, lloc on s'exerceix o s'hauria d'exercir un control social damunt d'ells i de la seva família; acudeixen als serveis sanitaris, en especial quan tenen lesions; i recorren als serveis socials, bé per voluntat pròpia, bé perquè els responsables dels serveis socials van a la recerca d'aquestes famílies.

A les escoles, el mestre té l'oportunitat d'observar el nen com a persona i pot valorar les actituds enfront del treball que li proposa, els hàbits i l'aprenentatge; també pot observar el nen dins dels grups i pot veure l'ambient familiar mitjançant les històries referides pel nen i per les entrevistes efectuades. El nen maltractat pot aparèixer a l'escola amb manifestacions variades però que en general entren en el següent esquema:

1. El nen que presenta lesions físiques i manifestacions de negligències fa cap a l'escola d'una forma irregular i sense justificacions de les faltes i presenta lesions cutànies del tipus blaus a zones cobertes en moments evolutius diferents (pot presentar hematomes a les orelles) i d'extensió desigual. Les manifestacions cutànies acostumen a ser més exagerades després de períodes de vacances escolars. Hi ha presència de lesions antigues no ateses mèdicament, brutícia a la roba i al cos, gana, vestimenta inapropiada per a l'època de l'any, estructuració inadequada del llenguatge, rendiment escolar deficitari amb concentració inadequada, manifestacions d'afectivitat anòmala i conductes antisocials; també s'hi donen canvis sobtats en el rendiment.

2. El nen que ha estat en un ambient de maltractament emocional és aquell que pot presentar retard del creixement, inhibició en el joc, problemes de son, hàbits anòmals en el menjar i en el control dels esfínters, conducta de rebuig social, llenguatge deficitari i formes d'expressió inadequades. És una criatura que, tot i tenir dificultats en l'aprenentatge i l'escolarització, no vol marxar de l'escola a la llar, ja que és més ric el que rep a l'escola que el que troba a casa seva.

3. L'infant que ha sofert agressions sexuals és un nen que pot tenir dificultats en la marxa, té pruija a la regió genital, fa olor de semen, té dificultats per seure, no vol anar a vestidors generals on altres companys poden veure'l despulat, presenta canvis sobtats en el rendiment escolar i fa comentaris de fets de relació sexual inapropiats per a l'edat.

Anades a centres d'assistència sanitària. És evident que als centres hospitalaris hi van tots aquells que presenten les lesions físiques (cutànies, òssies, òrgans interns) ja descrites, que van acompanyades d'histò-

ries clíniques on hi ha un període de temps entre el moment de l'assistència i el dels fets, i que expliquen un mecanisme de producció que és discordant amb les lesions que presenten. A més a més, entre els antecedents existeix una història d'«accidents» previs. Però també cal tenir en compte els nens que hi van repetidament a visitar-se sense motiu aparent, els nens que són abandonats als centres, els que són poc visitats pels pares mentre estan hospitalitzats, els nens hospitalitzats amb pares que s'entretenen amb la televisió i fent tertúlies amb altres adults, les famílies que insisteixen a ingressar un nen a l'hospital per malalties teòricament banals i les actituds inicials dels nens que tenen por dels adults i passen després a una comunicabilitat i una obertura ràpides i importants. Als serveis ambulatoris, seran els nens amb retards pondo-estaturals de causa no orgànica els que presentin manifestacions de mancances higièniques, alimentàries i emocionals, o aquells que tenen conductes antisocials i tendència a les addiccions a drogues els qui hi acudirán més sovint. La falta d'immunitzacions, com també altres deficiències higiènic-sanitàries, alteracions conductuals, problemàtica derivada d'escolaritat deficitària i malalties originades pel dèficit social en què està immersa la família, són el tipus de manifestacions que s'acostumen a veure en els serveis ambulatoris. Però també s'hi veuen actituds dels pares entre les quals cal assenyalar les dels que repetidament no acudeixen a les visites concertades, el descontrol de les malalties cròniques i/o greus, la forma de correcció verbal o física de forma agressiva durant les visites, la manca de presentació dels llibres de salut i també els casos de malalties de transmissió sexual i embarassos de pares desconeguts en pre-adolescents i/o adolescents.

En els serveis socials, els nens acostumen a ser vistos en conjunt amb la família, que té tota una problemàtica social molt variada. El nen, però, pot arribar acompanyat de persones alienes a la família i que coneixen l'existència dels maltractaments. En els casos en què apareix tota la família, aquesta acudirà, entre d'altres coses, per mancances personals, socials o per problemes d'aïllament, de relació. Seria molt important que a l'estudi de totes aquestes famílies s'hi incorporés un historial sistematitzat dels nens, ja que la simptomatologia descrita anteriorment pot presentar-se també en aquests nens.



MESURES TERAPÈUTIQUES

És molt difícil afrontar les mesures terapèutiques en un tema amb tantes variants. I és pràcticament impossible que un sol professional n'assumeixi la tasca.

El procés per establir quina ha de ser la mesura que s'adopti passa, en primer lloc, per una individualitzada i acurada avaluació de la situació del nen i de la família. Això permetrà conèixer les mesures rehabilitadores i protectores per al nen i les mesures rehabilitadores per a la família que caldrà prendre. En aquest moment, ja és indispensable l'actuació coordinada dels professionals de diferents camps.

En aquest primer pas s'han de valorar dos aspectes: el primer és l'establiment d'unes mesures protectores per a l'infant per poder esbrinar la realitat del cas, i el segon que la repercussió futura que tindran els fenòmens viscuts pel nen no tenen un paral·lelisme amb les manifestacions externes que el nen presenta.

Els passos que s'estableixen des del moment en què s'arriba al diagnòstic han de fer-se en el menor temps possible. La coordinació entre els diferents professionals ha de superar les possibles tanques que de vegades suposen el protagonisme i el personalisme de cada un d'ells. Actuar en equip vol dir aportar els coneixements des d'una òptica concreta i diferenciada per aconseguir arribar a una unitat quant a les mesures que cal adoptar i a la manera de dur-les a terme.

Sense fer grans diferenciacions, dintre de l'ampli ventall dels tipus de maltractaments, establimem uns patrons teòrics de les línies que caldria seguir davant d'un nen maltractat per tal d'alliberar-lo d'aquesta situació. En primer lloc caldrà fer la valoració diagnòstica. En aquest moment acostuma a ser un —o com a màxim dos— el professional que té o ha tingut relació amb el nen o amb la família. Per un costat, és el metge o el mestre i, per l'altre, l'assistent social. Cadascun d'ells pot tenir una idea parcial però no errònia del que ha passat a la família fins al moment. És aleshores que cal seure i entre tots analitzar la situació real. Aquest equip multidisciplinari de valoració caldrà que sigui integrat per professionals que coneguin la situació de l'entorn familiar amb totes les mancances o amb tots els excessos i de l'entorn social en què es mou la

família per tal de conèixer la relació entre els membres; els hàbits laborals, culturals; les hores dedicades al lleure i la situació del nen; tant la relació que estableix amb la família com les repercussions que han tingut els maltractaments en el seu procés maduratiu i de desenvolupament.

En aquest punt, exposarem les normes que regeixen les actuacions a la ciutat de Manchester, que diuen:

«Tothom qui es preocupa —i, per tant, és responsable fins a cert punt— d'un infant el benestar del qual es qüestiona ha de saber què fer per tal d'aconseguir:

- »a) avaluar l'atenció que rep i tractar la seva condició física i emocional;
- »b) evitar el dolor i les lesions posteriors, possiblement més greus i que representen sovint una amenaça immediata;
- »c) assegurar-se que, mentre sigui possible, la seva intervenció no perjudica les estructures i les relacions familiars, com tampoc les relacions amb els altres professionals, més del que sigui estrictament necessari per garantir la seguretat i el benestar de l'infant;
- »d) adaptar-se a la llei i als reglaments professionals. Aquesta guia representa una ajuda per aconseguir els objectius esmentats i es basa en la idea que l'autonomia i la independència professionals mai no poden ser absolutes i que els interessos de l'infant i de la família són més ben tractats per un grup multidisciplinari cooperant» (*Manchester City Guidelines*).

És necessari poder mantenir des de l'inici del cas una actitud positiva envers la família. Cal ser francs, cosa que no vol pas dir establir judicis temeraris. La família ha de veure que els professionals que porten el cas són capaços de respectar-los com a individus, d'ajudar-los i, a la vegada, d'encarar-se amb els fets.

També han de ser confidencials, és a dir, només es parlarà dels fets per obtenir-ne un benefici o quan mantenir-los en secret comporti un risc per al nen. Els professionals, però, també han de fer ús de l'autoritat. La família ha de reconèixer l'ajuda que li pot oferir el professional i, per tant, acceptar l'autoritat que això comporta.

Una vegada realitzada l'avaluació, caldrà establir un projecte terapèutic consistent a:

- a) analitzar les necessitats del nen i dels pares conjuntament;
- b) fer tota l'elaboració del pla amb una visió a llarg termini;
- c) establir els mitjans d'avaluació i seguiment.

De la valoració diagnòstica en derivaran dues mesures: la primera serà la necessitat o no de fer una denúncia judicial del cas, i la segona, la conveniència o no de separar el nen de la seva família (fig. 7).

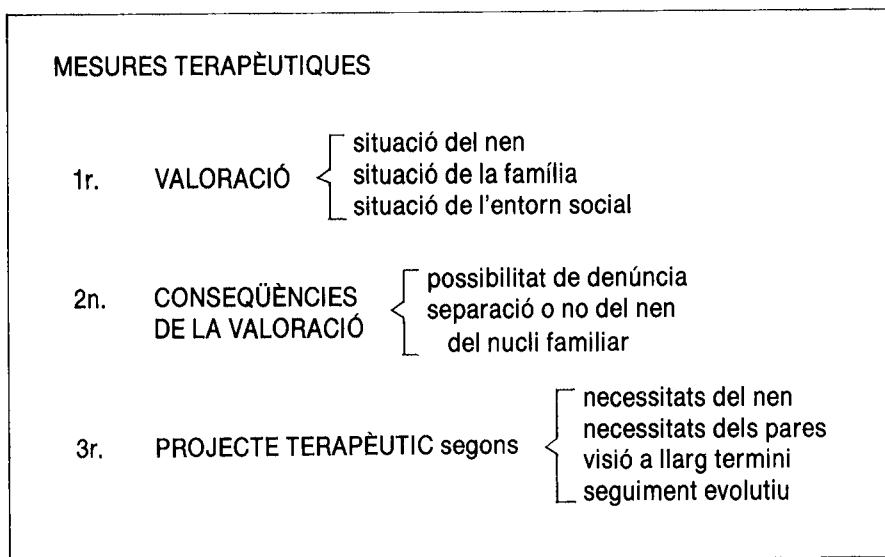


FIGURA 7. Ordre seqüencial per a establir els plans terapèutics.

La possibilitat de judicialitzar el cas és un fet que modificarà tota la dinàmica funcional del procés a seguir. Nosaltres creiem que hi ha casos en què la greu desestructuració del nucli familiar, la personalitat dels pares, juntament o no amb la important repercussió de la situació en el procés maduratiu o en el comportament del nen, fan indispensable cursar una denúncia. Aquesta permetrà valorar si és necessari penalitzar o no la conducta familiar i decidir la possible supressió de la pàtria potestat. Hi ha també uns altres moments en què és important l'ajut de la justícia. És en aquells casos en què, malgrat no existir un elevat grau de deteriorament, la família no valora ni respecta l'autoritat del professional i refusa tota mena d'ajut. Llavors cal que l'equip terapèutic tingui en compte la possibilitat de fer una denúncia. Aquesta acció i les conseqüències que comporta poden motivar la família a participar en el procés rehabilitador.

Tornant enrera i comentant els pilars dels projectes terapèutics, caldrà tenir present que les necessitats dels nens maltractats no són diferents de les dels altres nens: seguretat, estabilitat i afecte, i que els pares que maltracten els seus fills han de ser escoltats i acceptats amb tots els seus defectes, problemes i originalitats. Dificilment es podran establir les capacitats de resposta dels pares si prèviament se'ls ha classificat.

L'altre pilar indispensable és la valoració a llarg termini del nen. Si bé la situació del moment pot ser molt preocupant, tota persona que tracta amb nens des del punt de vista professional sap que el nen està en un procés maduratiu, de creixement, i que va assolint una personalitat al

llarg del temps. L'objectiu és arribar al final del procés maduratiu de la millor manera possible; per tant, el professional s'haurà d'orientar cap a aquest punt final, sense oblidar, però, la necessària actuació immediata, especialment en els nens més petits de dos anys.

Com ja s'ha vist, el projecte terapèutic i la realització d'aquest amb la família no pot ser fet per un únic professional. El metge i el mestre tenen un paper i un lloc a l'equip per fer la valoració de les capacitats del nen, de la seva realitat conductual i de les necessitats a curt i a llarg terminis; és a dir, fonamentalment en la fase inicial, tot i que han de ser consultats a mesura que avanci el tractament. Els assistents socials, psicòlegs o educadors de carrer són els professionals que tindran contacte directe amb el nen i amb les famílies, seran els executors directes del pla. La relació amb la família l'haurà de realitzar un sol professional per tal de guanyar-ne més fàcilment la confiança.

ELS PROJECTES TERAPÈUTICS

De forma general, es divideixen en dos grans tipus: els que mantenen el nen amb la família i els que el separen del nucli familiar.

Manteniment del nen en el nucli familiar

S'utilitzarà en tots aquells casos en què la situació familiar no estigui degradada i quan les repercussions en el nen han estat poc importants. En tots aquests casos caldrà cercar una solució simple dintre del mateix àmbit familiar. Podrien ser-ne exemples el recurs d'un familiar, la participació d'una treballadora social en les tasques de la llar o que el nen vagi a una llar d'infants. El nen pot mantenir els seus punts de referència sempre que l'actuació dels professionals rehabiliti els pares o vetlladors. Aquesta actuació pot realitzar-se de moltes maneres:

- a) la psicoteràpia, amb l'objectiu de millorar el control dels impulsos i el funcionament social i augmentar l'autoestima i la capacitat de mantenir relacions satisfactòries amb tothom;
- b) la teràpia de modificació de conducta, que es fonamenta en la reducció i en la modificació de comportaments específics;
- c) la teràpia familiar, que exigeix una intervenció molt activa; la conducta i la interacció es converteixen en els punts bàsics d'aquest mètode, que entén els maltractaments com una manera inadequada d'enfrontar-se amb les tensions familiars;
- d) treballs en grup, que fan que els pares redueixin els seus sentiments d'aïllament, ja que hi troben unes altres persones amb problemes semblants;
- e) ajut material i educatiu.

Mantenir el nen en el nucli familiar pot anar precedit d'un període de temps molt curt, en el qual se separa el nen de la família per tal de fer el diagnòstic correctament o bé per tal de protegir-lo. Aquest període pot servir també per conscienciar la família de la necessitat d'unes mesures rehabilitadores.

El nen separat de la família

La separació es plantejarà en tots aquells casos en què la seguretat i el seguiment del nen ho facin indispensable. El nen es pot portar: a institucions, a una família acollidora o a adopció. És indispensable també que aquesta mesura vagi acompanyada de les mesures adients de rehabilitació familiar.

S'ha de fer una valoració dels problemes personals del nen i dels problemes familiars per tal d'establir els objectius. Sempre que es pugui, caldrà mantenir un lligam afectiu amb la família, en especial en els casos en què la separació sigui per poc temps.

L'elecció del lloc on es porta el nen ve condicionada per les dificultats, per l'edat i també per la patologia familiar i pels lligams afectius i ètnics.

Com més petit és el nen, més fàcilment s'adapta, en especial com més afecte es respiri a la llar on va a parar. En general, cal dir que la immaduresa dels nens amb retard del desenvolupament afectiu va a favor d'aquest tipus d'actuació, ja que el canvi ric i diversificat li permet fer noves identificacions que afavoriran l'estructuració de la seva personalitat. Cal comptar també amb el fet que hi ha nens caracterials, els quals són més difícilment acceptats per les famílies.

Els tipus de llocs on es pot portar el nen són:

- a) centres d'acolliment social, que a llarg termini no responen a les necessitats del nen i han de considerar-se com un lloc de pas;
- b) les petites comunitats d'acolliment formades per deu o dotze nens, on l'infant pot mantenir la relació amb la seva escola i el seu barri; són especialment indicades en nens difícils rebutjats per famílies acollidores o en casos de sollicituds paternes en situacions de crisi;
- c) famílies acollidores que, a més d'encarregar-se del nen, de protegir-lo i de donar-li suport físic i moral, poden realitzar un important treball de cara a aconseguir-ne la reinserció;
- d) un centre social quan sigui impossible trobar una família per al nen o bé en els casos en què els trastorns del nen facin desaconsellable aquesta mesura;
- e) adopció, com a alternativa per a tots aquells nens provinents de situacions de risc elevadíssim i de famílies molt desestructurades i irrecuperables, i per a aquells que han sofert maltractaments molt greus, precoços i repetits.

Pensem que tots els sistemes són bons; el que cal tenir present a l'hora d'establir les mesures terapèutiques és la necessitat de protegir el nen i reduir la incidència dels maltractaments. Per tant, les mesures s'han d'adaptar als diferents tipus de maltractaments, ja que en els casos de negligències i d'abandonament pot ser necessari un autèntic suport material, atès que tota la situació deriva de les mancances generals de la família. L'actuació damunt de la família ha de ser polivalent. No sols ha d'anar dirigida a millorar la persona i la relació, sinó que també ha de preocupar-se de millorar fets socials i econòmics deteriorats.

Per cloure aquest apartat de les mesures terapèutiques, tornarem a esmentar la necessitat que els professionals que diagnostiquen denunciïn tots aquells casos considerats greus que comportin lesions amb repercussions físiques importants o incapacitat, que afectin l'etapa evolutiva del nen o que suposin un retard maduratiu per manca d'afecte, o quan l'adult utilitzi el nen a benefici propi.

Com s'ha vist al llarg d'aquest capítol, només s'ha parlat dels maltractaments intrafamiliaris. Els extrafamiliaris, per les seves pròpies característiques, no es poden sotmetre a una normativa terapèutica; serà necessari veure des d'una òptica professional i honesta quina ha de ser la resposta social. Només ens queda fer referència als maltractaments institucionals, per dir que el professional ha de ser el qui ajudi, amb el seu comportament ètic o amb el seu enfrontament a determinats estaments superiors, a modificar actituds eternitzades de maltractament al nen i a la infància.



PREVENCIÓ DELS MALTRACTAMENTS

Tothom pot entendre que les mesures preventives de qualsevol fenomen que afecti la salut són rendibles a llarg termini, ja que minimitzen el problema. Això, que sembla tan fàcil d'entendre, no és tan fàcil de posar en pràctica. Si l'aplicació d'una política de mesures preventives en el camp de la salut suposa una despesa econòmica important que no obtindrà resultats ràpids, al tema dels maltractaments als infants, a més a més, s'hi afegeix que és un problema multifactorial. Per aconseguir una autèntica davallada de les situacions de risc seria necessari realitzar canvis econòmics, polítics i socials que moltes vegades no depenen d'un sol país. Tot això ha fet que països amb un nivell socio-econòmic i cultural elevat hagin realitzat només plans parcials de prevenció, ja que és impossible iniciar unilateralment una prevenció dels factors en què gairebé estem implicats tots.

És important que els responsables institucionals entenguin la realitat d'aquest fenomen social dels maltractaments, ja que sens dubte són ells els qui decideixen la distribució de la despesa de la nació i l'aplicació de les mesures econòmiques, socials, educatives i sanitàries. Però a tots els professionals que tractem amb nens sempre ens ha semblat que el nen preocupa el polític en un grau diferent que la resta de ciutadans. El nen és l'adult del demà i formarà un tipus de societat millor o pitjor en relació amb tot el que haurà rebut durant la seva infantesa. És a dir, que planificar una societat millor a llarg termini està en funció d'una correcta política de dedicació a la infància, mantinguda durant anys. Aquest tipus de política d'efectes a llarg termini no sol ser rendible per a aquells qui només volen planificacions a curt termini, de cara als electors dels comicis immediats. El nen no és un elector i, per tant, aquest fet tan simple condiona les planificacions de determinats tipus de política. És indispensable que els diferents professionals que d'una manera o altra vetllen pel benestar del nen siguin els qui defensin els interessos del nen i de la infància. Aquests professionals difícilment poden aconseguir modificar per si sols l'entorn que predisposa al maltractament. Però els seus coneixements teòrics i les seves possibilitats d'apli-

car-los predisposen que les decisions i planificacions realitzades de forma corporativa siguin escoltades amb més força i puguin realment passar comptes a les institucions del que es fa i del que es deixa de fer.

Des del punt de vista sanitari, la prevenció de les malalties va ser considerada, fins no fa gaire, com un aspecte menor de les ciències de la salut. Però cada vegada es veu més clar que la quantitat i la qualitat de vida de les persones estan íntimament relacionades amb les diferents mesures preventives que s'han instaurat des de la infància. En els cas dels maltractaments, el nen és el receptor i és el signe de la malaltia social; les mesures preventives aniran, doncs, dirigides tant cap al nen com cap al macrosistema i al microsistema que l'envolten.

La prevenció de les diferents malalties pot realitzar-se a tres nivells diferents, i així es coneix l'existència de la prevenció primària, secundària i terciària. La prevenció primària és la que pretén la disminució o bé la desaparició de nous casos; per tant, ha d'actuar abans de tota manifestació. La prevenció secundària és la que pretén fer minvar la prevalença d'una malaltia i reduir al mínim les manifestacions després del contacte amb l'agent o els agents desencadenants. La prevenció terciària pretén disminuir la prevalença de les seqüeles i incapacitats, una vegada la malaltia ha fet el seu curs, i també millorar la qualitat de vida de les persones incapacitades i evitar les recaigudes.

Quan ens referim als maltractaments, aquesta divisió i el seu concepte queden establerts de la següent manera:

- a) *Prevenció primària.* És la que va encaminada a aconseguir l'eliminació de les situacions de risc que afecten les famílies. És un tipus d'acció dirigida principalment cap al grup social d'origen o cap a la societat, encara que també pot anar cap a l'individu, en el sentit d'aconseguir la modificació d'actituds personals mitjançant l'actuació damunt del grup. La forma de realització serà suprimir totes les situacions socials i personals de risc, potenciar els sistemes de defensa de la persona, és a dir, educació i qualitat de formació; i, per fi, sensibilitzar els professionals i la població general, com també elaborar i realitzar programes correctes de formació dels professionals.
- b) *Prevenció secundària.* És la destinada a les famílies o als nens en situació de risc de ser maltractats. És un tipus d'acció dirigida cap als individus o grups d'individus units pel nexa familiar, educatiu o de convivència. Consisteix en el diagnòstic precoç, és a dir, en la identificació d'aquestes famílies o d'aquests nens en situació de risc. En aquest tipus de prevenció és indispensable l'adopció de mesures terapèutiques precoces en el moment en què s'estableix la detecció; si no, no és ètic aquest tipus de mesures de diagnòstic precoç.
- c) *Prevenció terciària.* És la que va dirigida a fer que no es donin noves agressions en els nens i a establir les mesures protectores

MESURES PREVENTIVES

Prevençió primària — Reduir les situacions de risc

- millora social
- millora de la condició personal

Prevençió secundària — Detecció precoç de les situacions de risc en llocs on inevitablement coincideixen pares i nens

- centres sanitaris
- centres escolars

Prevençió terciària — Reduir la incidència de noves agressions

FIGURA 8. Esquema dels diferents tipus d'actuacions preventives.

adients. És una acció individual, encara que no s'hi poden excloure la reeducació, la rehabilitació i la millora del microsystema per tal que existeixi una correcta adaptació posterior (fig. 8).

Sempre és fàcil plantejar què s'ha de fer, però no sempre és fàcil fer-ho. Com després veurem, l'autèntica prevençió primària consisteix en l'establiment d'autèntics canvis socio-polític-econòmics. Per aconseguir aquestes modificacions caldria que els responsables polítics mundials vetlessin per la qualitat de vida de l'ésser humà d'una manera ben diferent de com ho han fet fins ara. L'establiment altruista de les diferents mesures de tipus social no acostuma a ser la realitat: darrera d'elles, en moltes ocasions, hi ha un interès de tipus polític que hi posa límits o bé fa que, en lloc d'arribar al punt més alt de millores, aquestes es mantinguin en nivells inferiors. Creiem que ocultar aquesta realitat seria contribuir encara al maltractament.

Hi ha un altre aspecte que també influeix en l'aplicació d'aquestes mesures. Hi haurà situacions personals límit o gairebé límit en les quals serà difícil poder aconseguir canvis. Les persones que en el seu fons personal no «tinguin» res sembla que haurien de ser receptives a tot, però en moltes situacions aquest «no-res» és tan important que tanca l'entrada de tot allò que pugui suposar canviar el seu estat.

PREVENCIÓ PRIMÀRIA

Els aspectes de supressió de les diferents situacions de risc i la potenciació dels sistemes «defensius personals» es dividiran en tres apartats: social, familiar i individual. Algunes d'aquestes mesures són pròpies d'un sol país, però n'hi ha d'altres que difícilment poden tenir èxit si no s'apliquen conjuntament a diferents països.

En el camp social els esforços aniran dirigits cap als següents punts:

- a) redistribuir els béns i els recursos econòmics per tal d'anivellar les desigualtats i aconseguir una millora de les classes socials més necessitades;
- b) crear nous llocs de treball;
- c) promoure el treball digne i que forma part fonamental de l'activitat d'una persona, no solament com un mitjà amb el qual s'aconsegueix el suport econòmic, sinó també com a realització personal de l'home;
- d) millorar l'espai destinat a l'hàbitat familiar per tal que a cada unitat familiar es pugui mantenir coberta la intimitat individual i es puguin satisfer les necessitats higièniques del conjunt;
- e) promoure la salut amb la creació d'una assistència sanitària per a tothom, amb qualitat en els aspectes assistencial i preventiu;
- f) redistribuir l'horari laboral de tal manera que l'home disposi de temps lliure en què pugui preocupar-se de la família, establir relacions socials i practicar activitats artístiques i/o esportives;
- g) rehabilitar el valor de l'esperit, en el sentit més ampli, enfront de la matèria;
- h) establir una educació del nen que contempli una completa formació humana, no solament que li doni uns coneixements temporals;
- i) reduir la competitivitat i educar el nen en el valor que té, ja que, quan no és ben entesa, pot conduir a la frustració i a la violència;
- j) reduir la violència com a forma de solució dels problemes, cosa que afebliria les formes indirectes de violència que afavoreixen la creació de models acceptats socialment;
- k) reconèixer plenament els drets del nen i de la infància dintre de la societat;
- l) modificar el concepte que els fills són propietat dels pares;
- m) modificar l'actitud social d'acceptació del càstig corporal suau infligit als nens;
- n) modificar les estructures econòmiques que només vetllen per potenciar l'enriquiment desmesurat d'uns països en perjudici d'uns altres.

En el camp de la família, les mesures que cal adoptar anirien dirigides a aconseguir:

- a) l'estabilitat de la vida de la parella, amb satisfacció de les necessitats físiques i emocionals;
- b) el coneixement i la comprensió del que és un infant i la seva maduració;
- c) el reforçament de l'estructura familiar, de mica en mica desacreditada.

És evident que, en aquest camp de la vida familiar, la forma d'aconseguir aquests objectius passa per alguns dels aspectes socials esmentats anteriorment, però, pel que fa referència pròpiament a l'individu, passa per programes de formació. Aquests es diferenciarien dels que van orientats totalment cap a l'adult —com serien els de formació de les embarassades i les parelles en situació de futura paternitat o els de formació de pares en general— i d'aquells altres que van dirigits cap als joves —com serien els que es realitzarien durant els darrers anys escolars, en què es fa educació per a la salut i educació de tipus de relació de parella. No es pot oblidar que per poder endegar aquests plans formatius de pares cal un suport social durant els dos primers anys de vida dels nens, amb la creació de llars d'infants obertes les vint-i-quatre hores del dia o bé d'horaris flexibles. En tots aquests programes formatius es pretén:

- a) fomentar les relacions emocionals positives entre la parella i de pares a fills;
- b) fomentar els mecanismes afavoridors de la tolerància a la frustració;
- c) establir les bases per a una paternitat responsable tant abans com després del naixement;
- d) establir els coneixements suficients per mantenir unes relacions sexuals satisfactòries amb el coneixement dels mètodes anticonceptius adequats;
- e) fomentar les relacions personals per tal de no caure en l'aïllament;
- f) ensenyar a distribuir el temps lliure i el temps de treball per no caure en estats de tensió i d'esgotament;
- g) fomentar el coneixement de les característiques evolutives i de maduració dels infants, com també les seves necessitats nutritives i afectives;
- h) adequar el coneixement dels diferents sistemes de correcció per tal que no siguin violents en l'aspecte físic o verbal.

En el camp individual, les mesures aniran dirigides a aconseguir una millora global de la formació de la persona en el sentit més ampli: serà sempre mitjançant recursos educatius.

Un dels problemes per establir tots aquests plans és obtenir la participació de tots aquells pares marginats socialment i poc aptes per ex-

pressar-se. La dificultat no és solament de participació, sinó també d'e-laboració d'uns programes adequats a aquestes persones per tal que no s'acompleixi un efecte negatiu en desprestigiar la seva imatge a través del mateix programa.

Un altre aspecte que s'ha apuntat en els primers paràgrafs ha estat la sensibilització dels professionals que d'una manera o d'una altra es relacionen amb la infància i el públic en general. Els primers difícilment podran tenir cura d'un aspecte relacionat amb la seva labor quotidiana, si no ho coneixen. És important, doncs, que en els programes de formació de pre-graduat o en els de formació continuada de postgrau es tracti dels temes relacionats amb els maltractaments a la infància i als infants. Fins no fa gaires anys, aquest tema no era inclòs en els programes de formació dels professionals, i això, entre d'altres coses, contribuïa a fer que no es tingués en compte aquest fenomen, ja que es desconeixia totalment. En l'actualitat, encara que de forma parcial, es dona una informació que permet que el professional conegui els trets fonamentals dels maltractaments i en el moment en què tingui davant un nen maltractat pugui pensar en aquest tipus de manifestació. Caldrà que els programes destinats a formació de professionals incloguin una visió àmplia del problema i una visió especialitzada a cadascuna de les diferents disciplines, però podem dir que haurien d'incloure concepte, manifestacions familiars i extrafamiliars, aspectes sociològics, diagnòstic diferencial, tractaments interdisciplinaris, prevenció, aspectes de l'evolució normal del nen i de l'evolució del nen maltractat i aspectes legals.

La sensibilització de l'opinió pública és un tema que té una doble vessant, ja que poden ser els mateixos professionals o les institucions encarregades de vetllar pel nen els que facin la campanya, però també hi ha possibilitat que es faci des dels mitjans de comunicació. En aquest cas és imprescindible que els responsables d'aquests mitjans estiguin ben informats del tema i de què és el que cal transmetre a la població. No s'ha d'anar a fer la notícia sensacionalista que només serveix per «vendre» i que, a més a més, predisposa la gent en contra de les famílies en què s'han donat maltractaments. S'ha de fer entendre als periodistes que cal que arribi al públic la visió del fenomen dels maltractaments, del que s'aconsegueix amb la detecció precoç i les greus repercussions sobre el nen quan no hi ha cap mena d'actuació. Cal també que cada vegada es posi més èmfasi en la necessitat d'una actuació rehabilitadora de les famílies.

Però l'actuació dels mitjans de comunicació també pot ser indirecta. Atès que tots aquells models de vida que es difonen pels mitjans de comunicació són fàcilment imitats, cal que es mesurin molt bé quines imatges de la família i de la relació educativa pares-nens es difon. Cal que es presentin imatges realistes de les dificultats i dels goigs que diàriament acompanyen la tasca dels pares. La relació correctiva dels nens o nois no ha d'anar mai guiada per la violència física o pel rebuig verbal; cal donar els aspectes diferenciats de la correcció educativa del nen.

PREVENCIÓ SECUNDÀRIA

Anirà dirigida a la detecció precoç dels nens i de les famílies en situació de risc. S'entén per infants en situació de risc aquells que, pel fet de tenir unes característiques personals «diferents» o especials i viure en el si d'una família amb dificultats de contenció dels problemes, tenen unes possibilitats de ser maltractats superiors a les de la resta de la població. I les famílies en situació de risc són les que tenen unes característiques d'instabilitat, desestructuració i manca de seguretat que fan que els menors que conviuen al seu interior no rebin les atencions físiques i psíquiques adients o bé no disposin de les capacitats suficients per afrontar les tensions. Molts dels exemples d'aquests tipus de famílies i nens han estat esmentats en els capítols primer i tercer en els apartats de l'explicació de la possible hipòtesi del fenomen i en els indicadors inespecífics per arribar a fer el diagnòstic. A l'hora de valorar aquestes situacions de risc, hi ha la possibilitat que es faci d'una manera poc real. La majoria de factors i situacions de risc han sortit de casos diagnosticats de maltractaments. És evident que una gran majoria prové de medis socio-econòmics poc afavorits. És a dir, en prendre aquests tipus de família com a model, anem reforçant la segregació i marcant més aquestes famílies amb totes les mancances que les envolten. És més fàcil diagnosticar nens maltractats en aquests nivells perquè tots els mitjans socials i sanitaris estan per damunt d'ells, encara que dir això sembla un contrasentit. Fetes aquestes consideracions, caldrà tenir present que les situacions de risc que s'han conegut a través d'aquests casos no són les úniques.

La detecció precoç de nens i famílies en situació de risc pot ser feta en qualsevol dels centres de serveis socials, serveis de salut pública, departaments de psicologia, departaments de pediatria, centres de policia del menor, on el professional, en la seva pràctica diària, té un contacte amb el nen. Però hi ha uns llocs idonis on la coincidència dels nens-pares i professionals s'esdevé d'una manera gairebé obligada. Aquests llocs són els consultoris prenatals, els centres d'assistència primària i les escoles.

Perquè hi pugui haver un efecte realment preventiu és indispensable que tots els professionals coneguin les manifestacions de la síndrome de l'infant maltractat, com també dels indicadors inespecífics, i que es coordinin les tasques entre ells per tal que s'estableixi un seguiment que ofereixi els recursos suficients per modificar la situació de risc en què el nen es troba.

La detecció precoç en els períodes prenatal i perinatal. L'embaràs i el naixement d'un fill són moments idonis per establir una valoració dels conflictes existents entre la parella, el cercle d'influències que rep del seu món laboral o de les relacions interpersonals, i també del conjunt social que l'envolta. La intervenció ha de ser molt precoç perquè les

influències negatives que es presenten en el fill durant aquest període prenatal i durant els dos primers anys de vida tenen una greu repercussió sobre la seva maduració posterior. Encara que en els capítols previs s'ha parlat de diferents indicadors inespecífics, cal recordar-ne alguns que durant l'embaràs o el període neonatal tenen molta importància perquè demostren la situació de risc. Aquests serien, entre d'altres: l'edat molt jove de la parella o bé de la mare; el desig o no del futur fill, com també del sexe; possibles manifestacions de rebuig (no fer plans, no parlar-ne, no augmentar de pes); manifestacions depressives; dificultats relacionals entre la parella; sollicitud d'avortament amb canvi posterior d'idea; dificultats laborals i/o econòmiques; drogaaddicció; aïllament familiar; desconeixement dels nens i de la seva realitat quotidiana; primera vista després de les vint setmanes de gestació; menys de cinc consultes mèdiques durant l'embaràs; plantejament transitori de cedir l'infant en adopció; pares amb antecedents personals de maltractaments o negligències durant la seva infància; temperament violent i càstigs desmesurats als altres fills; refús de contacte amb el nen una vegada ha nascut; plantejament d'una vida molt dedicada al treball o a la relació social; visió diferent, més estressant i amb valoració negativa de la futura vida amb el fill. Si bé tots aquests punts són orientatius, el que té més valor orientador és el grau d'estimulació que els pares ofereixen al fill.

El seguiment i la intervenció s'han de dirigir a potenciar conductes emocionals positives envers els fills i minimitzar aquelles que poden conduir a la negligència, a l'abús o a l'abandonament. Cal establir també les possibles ajudes materials mínimes que necessita la família i no cal dir que convé plantejar precoçment, durant el període prenatal, les possibles adopcions en els casos de rebuig directe o en el de tipus indirecte. Dintre dels programes de seguiment, és molt important poder anar al domicili de la família durant el temps posterior al naixement per fer la valoració i donar un suport *in situ*; cal que es faci una primera visita molt precoç i després anar fent una programació interrelacionada amb els serveis d'assistència sanitària primària i els serveis socials.

En el període postnatal. La detecció precoç es realitzarà en els consultoris mèdics d'assistència extrahospitalària mitjançant l'establiment d'un programa de visites programades de tipus preventiu. Amb aquest sistema de visites es pot valorar el desenvolupament físic i maduratiu del nen, fer les oportunes consideracions sobre les futures necessitats de l'infant, comprovar el seguiment de tots els programes d'immunitzacions, dietètic, de comportament, que es fixin, a més d'establir una relació de coneixement de la situació familiar quant a dinàmica de parella i de relació pares-fill.

És evident que la intervenció anirà dirigida a potenciar les conductes emocionals positives i modificar les que poden conduir a negligències o abusos, sense oblidar els ajuts socials necessaris.

Però hi ha un altre lloc on també es tornarà a establir un filtre de detecció, i és l'entrada a l'escola. En aquest moment tornen a donar-se unes circumstàncies afavoridores, que són la confluència pares-nens i educadors, el plantejament que els pares es fan per portar el nen a l'escola i la receptivitat a determinats consells que provenen de l'escola. Els contactes que s'estableixin per aconseguir l'entrada del nen a una escola es poden aprofitar per fer la valoració real de la família. En aquest moment es demanen moltes dades a la família i és fàcil introduir-ne algunes de referides a aquells indicadors inespecífics o de les actituds educatives i correctores dels nens. Però l'educador també pot detectar a qualsevol nivell escolar, amb la seva tasca diària, la possibilitat de situacions de risc. La relació amb els pares, l'actitud del nen, el seu comportament relacional, el manteniment o no d'un nivell de treball, la il·lusió o el desencís per les tasques a realitzar, el suport que sembla rebre de la família, el tipus de vestit que porta, i també l'estat higiènic, els trastorns conductuals, l'estat d'ànim del nen davant del cap de setmana o les vacances, les visites de les famílies durant el curs escolar, la participació en les activitats de lleure, són elements que poden ser valorats pels mestres diàriament. L'estudi conjunt amb la resta de professors de l'escola servirà per establir el pla d'actuació pluridisciplinari.

PREVENCIÓ TERCIÀRIA

Va dirigida als nens que estan en situació degradada pels maltractaments i, per tant, com a tal prevenció té uns objectius limitats. Es pot dir que l'única acció factible és alleujar les ferides i aconseguir l'establiment del pla rehabilitador. En aquest tipus d'accions poden diferenciar-se els plans dedicats a ajudar el nen i els dedicats a ajudar els pares.

Entre els programes que van dirigits al nen, cal assenyalar les persones que hi comparteixen les hores de lleure; això servirà perquè l'aïllament minvi i per donar una visió més positiva de la vida social. Aquests tipus de programes acostumen a fer-se mitjançant associacions de voluntaris o de famílies substituïdes.

Pel que fa als programes per a pares, es poden assenyalar els següents:

- a) infermeres domiciliàries de salut comunitària, que són vistes de bon ull i poden proporcionar ajut a determinats problemes mèdics i de salut, però que també poden prestar ajuts de tipus social si escau;
- b) serveis d'ajut domiciliari quant a tasques domèstiques;
- c) telèfons permanents on els pares puguin exposar els dubtes i consultar què cal fer en unes situacions determinades, fins i tot en moments de crisi.

Una altra forma d'establir ajut és la formació de centres de suport familiar, on temporalment poden anar els nens i on se'ls ajuda a fer treballs escolars, se'ls dóna menjar i se'ls educa; alhora que serveix per alliberar els pares i fer minvar situacions d'estrès, també pot servir per fer connexions d'actituds familiars. És interessant també poder disposar de llars d'infants per a situacions de crisi on puguin anar els nens en moments en què l'ambient de tensió s'incrementi, i a més a més hi puguin acudir sense haver de dur a terme tràmits burocràtics.



EVOLUCIÓ

Com ja s'ha vist en capítols anteriors, el concepte de maltractament engloba una sèrie molt àmplia de fets relacionats amb cura inadequada dels nens. Aquesta sèrie de patrons de maltractaments són heterogenis tant en la classificació com en l'etiologia, però també en els seus efectes.

Parlar de les conseqüències dels maltractaments a mitjà i a llarg terminis no és fàcil. Són nombrosos els factors que dificulten la possibilitat d'establir unes característiques evolutives més o menys constants en els nens maltractats. No creiem que sigui possible delimitar-ne un perfil específic i únic. De la mateixa manera que no existeix un model únic de maltractaments, no hi ha un únic patró evolutiu.

És evident que l'evolució d'alguns casos és fatal. Aquests són els casos mortals, la incidència dels quals, segons les dades aportades per diferents autors, està en relació amb els criteris utilitzats per fer-ne el diagnòstic. Com es pot suposar per tot el que s'ha comentat en l'apartat de diagnòstic, no tothom arriba a la convicció que el nen que té davant, amb unes lesions greus, és una víctima de maltractaments. És obvi, doncs, que es poden donar diagnòstics d'accident a casos de maltractament. Són moltes les morts infantils que són certificades com a intoxicació, mort sobtada o infecció en nens desnodrits i en què, si s'esbrina més a fons tot el que envolta aquell nen i la seva família, s'arriba a la convicció que s'és davant de casos de maltractaments.

Les estadístiques de mortalitat ens ofereixen xifres molt desiguals, com són les ofertes per Manciaux i Strauss de París, que situen els casos en un 3,4%, i les d'un informe del Consell d'Europa, que les col·loca en un 28%.

En els casos més corrents, que són els que sobreviuen, el ventall de possibilitats evolutiu és condicionat per moltes variables. Entre aquestes cal esmentar: els diferents tipus de maltractaments que el nen ha sofert, l'edat en el moment en què s'inicien, la seva durada, la possibilitat que dins de l'ambient desestructurat en què es troba hi hagi algú que ofereixi un estímul positiu, el diferent tractament que s'estableixi una vegada s'hagi conegut el cas, el tipus de context socio-cultural i econò-

mic que envolta la família, els temps establerts per valorar l'evolució i, a més a més, la possibilitat que s'utilitzi com a grup comparatiu un grup de tipus molt semblant o molt diferent.

Durant uns anys, els diferents investigadors donaven una responsabilitat important dels efectes evolutius a les lesions de tipus físic, però darrerament són cada vegada més nombrosos els que donen més importància a les negligències i als dèficits afectius com a responsables dels efectes evolutius a mitjà i a llarg terminis. S'ha arribat a dir que en els casos de maltractament físic on no semblava que hi hagués negligències els defectes evolutius eren conseqüència de dèficits que no s'han sabut demostrar.

Existeix un aspecte sobre el qual cal investigar i incidir i del qual els diferents estudiosos parlen cada vegada més. És el que creu que el que realment té més incidència en l'evolució i la maduració és el microsistema o el macrosistema social deteriorat que envolta aquests nens. Tesis defensades per autors com Elmer, Martin o M. Lynch.

S'ha comprovat, en estudis evolutius de casos de nens amb maltractament de tipus físic comparats amb nens que vivien en el mateix tipus d'ambient però que no havien sofert maltractaments, que el resultat evolutiu en ambdós grups era molt similar. És a dir, té més influència en el futur del nen el model de família deteriorada o desestructurada que no pas l'acte de maltractar físicament.

Hi ha uns factors procedents de l'àmbit familiar que no es poden oblidar; entre ells, els següents: les frustracions de tipus laboral, personal, econòmiques o culturals; les formes de segregació personal o laboral; la discòrdia familiar mantinguda; la pertorbació emocional dels pares; l'existència d'un ambient de rebuig, d'hostilitat o de repressió constant. Però també hi ha factors que vénen condicionats pels mateixos professionals o institucions que s'ocupen del tractament o de l'ajut a aquest nen. Entre aquests factors cal recordar: els successius canvis de domicili (pas de la llar familiar a una família d'acolliment, per anar a la pròpia llar o a una adopció definitiva), les llargues separacions dels nens i dels pares en els programes de tractament, que contribueixen a deteriorar encara més la situació, i el retard a aconseguir l'establiment d'una teràpia rehabilitadora per als pares.

L'eliminació precoç de tots aquests factors suposarà un gran benefici per al nen, ja que, en cas contrari, es crearan problemes en la relació, en l'establiment de models conductuals enfront dels càstigs i en l'afectivitat, i tots ells poden iniciar una espiral que condueix a crear un adult maltractador.

Com ja hem esmentat abans, les conseqüències personals aniran en relació amb l'edat del nen, però hi ha una edat en què els maltractaments semblen més freqüents. És l'edat pre-escolar. A continuació us oferim algunes característiques del desenvolupament d'aquests nens. S'hi pot veure que hi ha una inseguretat en el vincle d'unió entre els dotze i els divuit mesos. Quan han estat maltractats físicament, els nens

ignoren o rebutgen la persona de referència; en els casos de negligències hi ha un patró ambivalent als dotze mesos i d'ignorància als divuit mesos. En els casos de maltractament emocional existeix també una ignorància de la persona de referència. Pel que fa a l'autoestima, es pot observar que en general hi ha un baix nivell, que és més accentuat en els nens que han estat objecte de maltractament de tipus físic. En aquests casos és evident que la persona de referència rebutja el nen amb la seva actitud i això fa que el nen es percebi a si mateix com una persona no digna. Un altre aspecte a considerar és el fet que el nen evita activament el contacte amb la persona de referència encara que aquesta no l'exclougui.

Pel que fa a la relació amb altres nens, els casos que han sofert maltractament de tipus físic acostumen a tenir dificultats per establir relacions inicials amb altres nens quan són aquests els qui inicien l'apropament i el contacte, mentre que acostumen a aconseguir bones relacions quan són ells els qui es dirigeixen als altres. En els casos de maltractament emocional troben dificultats per establir relacions i en general es pot dir que tenen tendència a l'aïllament.

Una altra característica és que els és difícil controlar tot el que passa al voltant seu. Quan veuen altres nens que ploren o bé es pensen que estan en situació d'adversitat, els nens que han estat maltractats físicament tenen por i fugen o bé demostren la seva agressivitat. En general, són nens que mantenen una hipervigilància de tot el que succeeix al voltant seu que els condueix a una situació de defensa consecutiva de les experiències que han sofert.

Pel que fa al desenvolupament cognitiu, cal dir que és en l'àrea del llenguatge on existeixen les alteracions més importants. Alteracions que són les d'incidència més freqüent i són assenyalades per tots els autors. El retard en l'adquisició del llenguatge es configura d'acord amb la següent hipòtesi. Dintre de les primeres manifestacions de relació lingüística, el «no» és una de les primeres; fins i tot abans que el nen l'expressi verbalment ja l'utilitza amb les seves gesticulacions i reaccions. Aquest «no» ha servit perquè el nen hagi estat castigat en nombroses ocasions, ja que els adults de referència han considerat que la seva actitud de negativitat, pròpia de la seva evolució, és una manifestació de maldat. El nen en aquesta situació relaciona el «no» amb els càstigs, i frena el seu limitat llenguatge inicial. Un segon factor d'aquesta hipòtesi és que, en general, les persones que es mouen dintre de l'ambient dels maltractaments no acostumen a ser gaire expressives verbalment: tenen una pobresa comunicativa verbal. És a dir, el nen no disposa d'un model estimulador per a les adquisicions lingüístiques, i això és un nou factor negatiu per a ell. Per fi, en tercer lloc, quan el nen és ja més gran i arriba a aquelles edats en què constantment pregunta a tothom qui conviu amb ell, difícilment troba respostes estimuladores per continuar preguntant, ja que les persones de referència acostumen a irritar-se i no són més que un nou fre a l'adquisició lingüística.

Tot i que moltes vegades els maltractaments són previs al naixement, amb un embaràs en el qual la mare es preocupa de tot menys del fill que porta, es continuen en el període neonatal i postnatal, és a dir, existeixen sempre. Per tal de fer més entenedora l'evolució, establím divisions per edats. Així, considerem que el nen pateix els maltractaments de forma predominant en el període pre-escolar; les conseqüències a curt termini seran les següents:

- a) la inseguretat i la manca d'un model on pot adquirir confiança;
- b) el retard en l'adquisició de nous paràmetres de desenvolupament;
- c) l'absència d'un joc estable;
- d) la dificultat per establir relació amb l'adult;
- e) la manifestació d'oposició a l'ambient que l'envolta, demostrada d'una forma exagerada;
- f) la imatge negativa de si mateix;
- g) agressivitat.

De tots aquests punts, pensem que cal comentar més àmpliament els dos primers. Es pot comprovar en la vida diària que són moltes les famílies que desconeixen el desenvolupament normal d'un nen i, a més a més, aquesta ignorància fa que amb la seva actitud quotidiana es desafavoreixin les noves adquisicions dels nens. En el cas dels nens maltractats no solament passa això, sinó que el nen és castigat moltes vegades per actes normals, propis de les adquisicions que marquen el seu desenvolupament, com poden ser l'inici de la deambulació, la tafaneria o el negativisme. Aquests càstigs són motivats perquè les noves habilitats, actituds o adquisicions produeixen un canvi inesperat i no desitjat en la vida familiar. Amb la repressió de tots aquests actes per part dels familiars, s'aconsegueix que el nen posi un fre a les seves adquisicions. El nen no sols té una manca d'estimulació per al seu desenvolupament, sinó que a més té també un reforç negatiu.

L'altre aspecte que cal remarcar és el fet que el nen en aquesta situació no té patrons de referència per a la seva conducta: no hi ha regles de «joc», ja que, mentre que en uns moments determinats el nen és premiat o si més no s'accepta la seva conducta, n'hi ha d'altres en què pel mateix acte conductual és castigat i menyspreat. És impossible que en aquest ambient el nen agafi confiança, sinó que creix insegur.

Les conseqüències a llarg termini en el nen que pateix maltractaments en el període pre-escolar són:

- a) dificultats en la vida escolar amb impossibilitat de seguir les normes de conducta del centre, de mantenir una correcta relació amb els mestres i també d'assolir un nivell d'aprenentatge idoni;
- b) exagerada agressivitat, amb respostes inadequades enfront de situacions límit;
- c) comportament inestable, amb dificultats en la seva conducta;

- d) nivell elevat de delinqüència, de relació amb grups marginals i de conductes asocials;
- e) dificultats en l'esfera de la socialització;
- f) manca d'iniciativa.

Ja hem esmentat que, en tot el que fa referència al nen maltractat, no es poden fer generalitzacions fàcils; són moltes les variables que hi intervenen i, per tant, si bé hi ha uns trets comuns, també hi ha unes característiques molt individualitzades. Un d'aquests aspectes és el de les mesures terapèutiques. A l'hora de decidir-se a aplicar una mesura terapèutica, cal valorar molt bé tots els antecedents del cas, però també cal valorar totes les conseqüències que poden derivar de la seva aplicació. Dins de la medicina, es considera que aplicar un tractament a una síndrome és fer terapèutica simptomàtica. En el cas de la síndrome del nen maltractat o apallissat, això s'ha de tenir molt present, ja que, si només es fa un tractament dirigit al nen, les conseqüències poden ser nefastes. Per tant, en parlar d'evolució, s'han de tenir en compte també alguns aspectes dels «tractaments». La institucionalització d'un nen o fer-lo anar amb famílies substitutes no tenen cap mena de sentit si aquest nen ha de tornar amb la seva família i aquesta no rep cap tipus de tractament o suport. Quan això succeeix, el nen torna a la llar i hi troba una situació pitjor que quan la va abandonar. A la desconexió amb la seva família, motivada per la separació, s'afegeixen els nous models de referència que ha adquirit i que no troba en tornar al seu ambient d'origen. En aquests casos, la futura evolució dels nens serà l'aïllament, la inestabilitat personal i el rebuig de la societat. A més a més, té dificultats per integrar-se en els models que ha après, i d'aquest fet en deriven conductes asocials i marginals, però també cal tenir present que, en tornar a la llar familiar, probablement serà maltractat una altra vegada.

Fins ara no s'ha esmentat la possibilitat que es donin lesions físiques permanents degudes als maltractaments de tipus físic. Totes són imprevisibles, ja que sempre depenen del tipus d'agressió produït, amb quina forma i amb quin objecte s'han produït. Cal tenir presents les ortopèdiques o les dismòrfiques com a conseqüència de lesions òssies o cutànies i les neurològiques, que poden ser les més greus, segons la localització dintre del sistema nerviós, ja que no és el mateix una paràlisi d'una part d'una extremitat com a resultat de la lesió d'un nervi que la paràlisi de mig cos o la impossibilitat de parlar com a conseqüència de lesions en el cervell. Totes aquestes seqüeles modificaran la personalitat del nen agredit a proporció de la gravetat i de les limitacions que comporti la lesió. Aquest nen, a més, prèviament, ja patia una situació d'inestabilitat pel sol fet de viure dintre d'un ambient desestructurat. No es pot separar gairebé mai el maltractament de tipus físic de l'emocional, i en molt poques ocasions a les seqüeles físiques no s'afegeixen manifestacions conductuals o de dèficit evolutiu.

A continuació oferim dades d'alguns estudis realitzats per tal de fer la

valoració evolutiva dels nens maltractats. Són uns resultats que s'han de prendre com a resultats parcials que no poden generalitzar-se. Donen una visió de les diferents característiques fins ara esmentades.

A Denver, entre els anys 1974 i 1979, H. P. Martin va fer un estudi evolutiu de 50 nens amb edats compreses entre vint-i-dos mesos i tretze anys que havien estat hospitalitzats per maltractaments d'un total de 159; és a dir, només va aconseguir el seguiment del 36%. Aquest autor va observar que un 33 % dels nens presentaven retard del creixement, un 43% trastorns de tipus neurològic i un 43% trastorns dels llenguatge. Dintre d'unes característiques generals de personalitat i/o comportament segons les edats, va trobar que 33 nens dels 50 tenien unes ganes de viure inferiors a la mitjana; 31 tenien greus problemes de comportament; 26 tenien sentiments d'inferioritat; 12 mostraven tendència a l'aïllament; 12 tendència a l'oposicionisme; 11 eren nens amb un estat d'hipervigilància; i 9 nens topaven amb dificultats escolars. En els comentaris que va fer respecte a l'estudi cal assenyalar l'absència de relació entre la gravetat dels maltractaments i les manifestacions dels nens i la importància de l'abandonament afectiu i el rebuig per damunt del maltractament físic.

A París, P. Strauss i M. Manciaux van dirigir un estudi durant els anys 1972 i 1974, realitzat durant cinc anys i mig, en 70 nens en edats entre onze mesos i sis anys. Tots aquests nens tenien una procedència socio-econòmica deficitària. Entre aquest nens hi va haver 6 morts i 19 van tenir seqüeles físiques. Dels 54 nens dels quals es va aconseguir fer un seguiment complet, 24 vivien amb les seves famílies i 30 vivien fora però hi mantenien una relació normal. L'evolució escolar de 12 d'aquests nens va ser difícil i es va descobrir retard escolar en 8 casos i retard d'adquisició dels coneixements de l'escola maternal en 6 casos. Van sorgir 10 casos d'inadaptació escolar amb problemes afectius greus. Tots els que es van considerar normals en el moment de l'estudi eren els nens més joves i aquells que havien rebut tractament precoç.

L'any 1982, M. Lynch i J. Roberts, anglesos, van oferir el resultat d'un estudi evolutiu realitzat en 42 nens que havien estat apallissats i el nivell de procedència socio-econòmica dels quals era molt variat. El 67% d'aquests nens tenien menys d'un any quan van anar a l'hospital. Com a grup de control es van agafar els germans que no havien estat maltractats. Els resultats de l'evolució van ser molt semblants a tots dos grups. Encara que s'hi van trobar petites diferències en el creixement, el desenvolupament psicomotor, la maduració i l'adquisició del llenguatge, no van ser estadísticament significatives.

Un estudi interessant per a l'evolució a llarg termini és el d'un grup d'escolars format per 232 nens de Filadèlfia que durant el seu període d'escolarització van ser considerats pels seus mestres com a abandonats, apallissats o rebutjats en 131 casos, mentre que els altres van ser considerats normals. Al cap de quaranta anys el sociòleg McCord va comprovar que l'índex de delinqüència juvenil va ser superior en el grup

dels nens que havien estat maltractats i que existia una proporció del 50% dels maltractats-delinqüents que van ser castigats per crims importants. En canvi, no hi havia cap diferència entre els dos grups pel que fa a la taxa de divorcis, alcoholisme o èxit professional.

La important repercussió que el fenomen dels maltractaments té en l'àrea del llenguatge en el nen petit va ser estudiada pel Departament de Psicologia de la Universitat de Saint Louis. Es va comprovar que, dintre dels diferents tipus de maltractaments, era més greu la repercussió de les negligències que no l'apallissament sobre el desenvolupament del llenguatge.

Com veiem, són nombroses les manifestacions deficitàries que es poden presentar en aquests nens i depenen en part d'un correcte diagnòstic precoç, sumat a l'aplicació d'una correcta teràpia rehabilitadora. Tot i que ja és previsible, hi ha un estudi de P. Giblin que, efectivament, demostra que en els casos en què s'apliquen recursos i la interacció mare-nen és favorable la posterior evolució del nen és més bona.

Convé no oblidar tampoc que els professionals podem establir plans terapèutics que tinguin una influència negativa en provocar canvis d'ambient, amb el risc d'afegir-hi més inestabilitat emocional i conductual. L'orientació sempre ha de tenir com a objectiu trencar el cercle vicios del nen maltractat, futur pare maltractador.



L'EXPERIÈNCIA D'ALGUNS CASOS VISCUTS

És cert que l'home té el gran defecte o la gran virtut —depèn de com s'interpreti— de no acceptar en els seus esquemes mentals coneixements, idees o successos nous o que s'allunyin d'allò a què habitualment està acostumat. Quan s'esdevé aquest fet, polemitza, discuteix i investiga abans d'admetre com a cert allò que veu extraordinari o inhabitual. En el fenomen dels maltractaments s'ha donat sovint aquesta situació. Quan, en els primers anys de la dècada dels setanta, es va difondre l'existència de la síndrome del nen apallissat entre els diferents professionals mèdics i de serveis socials, molts van dubtar que «aquell fenomen» succeís arreu: creien que «allò» només passava en determinades cultures anglosaxones, difusores inicials dels fets punyents i de la descripció científica. De mica en mica l'evidència els va fer rendir i la divulgació del fet ha contribuït a aconseguir que gairebé tothom conegui que aquest fenomen, tan difícil d'entendre, succeeix arreu. És en aquest sentit que volem oferir la història d'alguns casos viscuts personalment. Cal que tinguem present sempre que a casa nostra, o a casa dels veïns, també es pot donar el maltractament infantil.

El primer dels casos és el primer dels viscuts per mi, en la meua experiència professional al principi de la dècada dels setanta. Cosa que no vol dir que abans no hagués visitat algun nen maltractat, però el fet de no pensar en la possibilitat que fossin els maltractaments els causants de les manifestacions va fer que no els diagnosticués. Es tracta d'un nen de deu mesos que assistia en règim de mitja pensió a una llar d'infants del barri del Carmel. Aquest nen era membre d'una família d'immigrats que feia uns deu anys que vivia al barri. La família era formada per sis persones: tres adults i tres nens. Els adults eren els pares i una àvia. El pare era un home que treballava en el ram de la construcció però que, a conseqüència del seu alcoholisme progressiu, havia anat perdent els diferents llocs de treball. Això havia motivat que anessin a viure en una mena de cova excavada a la muntanya del Carmel. La mare era una dona molt oberta, treballadora a la llar i que en els darrers anys anava pidolant pel barri per tal d'aconseguir menjar i roba. El tercer

adult de la casa era una àvia de setanta anys impossibilitada des de feia un temps, a conseqüència d'una lesió neurològica. Els tres fills eren de sis i tres anys i deu mesos. Tots vivien a la mateixa dependència de la casa, on no hi havia aigua corrent, i en l'espai on convivia es feien totes les activitats de la vida diària. Entre els antecedents familiars cal dir que el pare havia fugit de casa seva durant l'adolescència perquè estava tip del règim autoritari que hi imperava. El nen assistia a la guarderia esmentada, ja que era una guarderia que atenia els nens de les famílies en situació socio-laboral deficitària. Quan va ser atès per primera vegada, el nen anava brut, amb roba inadequada, tant per excés com per defecte, no estava correctament alimentat i presentava un retard de pes i alçada per la seva edat. A més, no s'aguantava assegut per si sol i la seva resposta davant dels estímuls era irregular. Era un nen que assistia a la guarderia de forma bastant irregular, i l'ajudaven en els aspectes materials tant com podien. Un dia la mare va aparèixer a la guarderia dient que el seu marit l'havia apallissada, que li havia negat el menjar i que l'havia amenaçat de tornar a brutalitzar-la si intentava moralitzar-lo en relació a l'alcohol i la noia joveneta que el marit havia portat a casa per tal de mantenir-hi relacions sexuals. Al cap d'uns quinze dies, la mare va comparèixer novament, sense el fill, a la guarderia dient que no volia tornar més a casa seva ja que el marit l'havia agredida físicament i sexualment davant dels fills i la noieteta, que novament tenia a casa, i a més li havia dit que, si tornava, la mataria. En aquestes circumstàncies, la mare va fugir i durant una setmana el nen no va anar a la guarderia. Llavors es va anar al domicili per tal de veure la situació i s'hi van comprovar el dèficit higiènic-sanitari de l'habitable, l'absència de la mare, del pare i de la noieteta, la presència de l'àvia ajaguda a terra amb manifestacions evidents de desnutrició i de brutícia i la presència del nen també a terra ajagut i lligat a una caixa de fruita. El nen presentava manifestacions de desnutrició, brutícia, lesions d'encetament i erosions amb butllofes a l'àrea genital (estava envoltat de pipí i caques), i a més presentava lesions d'erosions i hematomes als braços i a les cames, llocs per on estava lligat. No cal dir que l'infant va ser retirat de la família. És un cas clar de nen que, dins d'un ambient general de dèficits socials, materials i de qualitat humana baixa, pateix unes situacions matingudes de negligències (involuntàries les consecutives de la situació de dèficit i voluntàries les consecutives del fet final) i de lesions físiques motivades pel fet d'estar lligat a una caixa.

El segon cas és el d'un nen de quatre anys, primer fill d'un matrimoni amb dues criatures. El pare tenia una malaltia de tipus mental que no li impedia de fer vida laboral normal. Vivien en una casa petita per a les necessitats familiars, en un barri marginal d'una ciutat del cinturó de Barcelona. A temporades, el pare havia tingut problemes d'atur. Als cinc mesos d'edat, en un context evolutiu normal i amb bona corba pseudo-estatural, va ser portat a un centre mèdic d'infància per somnolència després d'una caiguda del bressol quatre dies abans. Deien que

aquesta caiguda s'havia esdevingut quan, en intentar incorporar el nen, aquest va caure de costat. Una vegada explorat, es va diagnosticar un hematoma subdural traumàtic de localització bilateral que va tenir una evolució favorable. No es va emprendre cap actuació de tipus judicial, però sí que des dels serveis socials es va fer un seguiment de la família sense aconseguir modificar les situacions de manca material, ja que no es pretenia res més. Quan el nen tenia dos anys, novament va ser atès en el mateix centre hospitalari per un quadre clínic caracteritzat per hematomes diversos, fractura supracondília del braç dret amb luxació del radi, fractura de l'os ilíac esquerre, signes radiològics de fractures antigues i aixafaments vertebrals, i a l'ull esquerre es podia apreciar un iris amb inflamació i cataracta traumàtica. El nen fou acompanyat al centre sanitari per la seva mare, que en un primer moment va explicar que l'infant havia caigut per un marge mentre jugava al camp. Els professionals que van rebre el cas van dubtar de la relació etiològica, però van voler fer una valoració més acurada de la família. Durant la primera setmana d'estada al centre, el tracte dels pares va ser correcte i demostren molt interès pel cas. Al començament de la segona setmana la mare va anar a trobar el metge i li va confessar que el factor etiològic de les lesions havia estat la pallissa que el pare havia donat al nen, fet que era habitual. Es va fer una denúncia judicial (inici de la dècada dels setanta) i la resposta va ser que el nen continués amb la seva família.

L'evolució del nen fou relativament bona, encara que va presentar seqüeles com cataracta traumàtica i limitació de la mobilitat del braç.

Al cap de dos anys novament va anar a parar a un centre sanitari. L'assistent social del barri on vivia seguia el cas des de feia temps i havia anat lluitant per aconseguir la separació del nen de l'ambient familiar, però no podia. En aquesta ocasió el petit va aparèixer ple de blaus per tot el cos i amb ferides diverses per l'esquena i orina amb sang. En aquests moments no presentava lesions òssies. Es va fer una exploració per valorar-ne l'estat evolutiu i conductual, i es va veure que realment tenia un comportament amb dificultats per a la socialització tant amb adults com amb nens i manifestacions de retard en adquisicions com llenguatge i manipulació. Es va tornar a fer una denúncia i finalment es va aconseguir retirar la pàtria potestat a aquesta família, en què, si bé hi havia una persona responsable directa, el pare, amb problemes psiquiàtrics sense tractament, la mare era encobridora dels fets.

El tercer és el cas d'un nen de tretze anys que viu en un barri perifèric d'una gran ciutat. Els pares estan separats des de fa més de cinc anys. La mare té cura dels fills i fa treballs domèstics en diferents cases sense estar assegurada. A la llar viu també un germà de la mare que és pensionista, amb greus limitacions físiques de tipus motor. Aquesta persona, amb el seu sou fix, ajuda econòmicament la família. El nen acudeix tot sovint a un servei d'urgències hospitalari proper al domicili per crisis de bronquitis asmàtica. Pateix crisis greus que motiven llargues hospitalitzacions, ja que sovint torna a empitjorar quan se li diu que serà donat

d'alta. Aquest fet no és estrany, ja que l'asma té un component psicossomàtic important, però sí que preocupa la gran influència que té. Després d'alguns mesos sense haver d'ingressar, torna amb una nova crisi, però el canvi de caràcter del nen crida l'atenció. No ha estat mai un nen gaire comunicatiu amb els companys, però ara encara és més tancat. Solucionada la crisi, és donat d'alta. Al cap de pocs dies, l'hospital rep una trucada de l'escola on assisteix el nen interessant-se per la seva salut, ja que manifesten que fa més de cinc mesos que el nen no hi acudeix. Es connecta amb els serveis socials. Al cap de poc temps el nen torna a ingressar a l'hospital per crisi d'asma. Es demana a la mare per l'escolarització del fill i ella respon que el nen assisteix a escola. El segon dia de l'internament, la mare no torna a l'hospital. El nen va millorant progressivament i respon amb evasives a les preguntes de la seva situació escolar. En aquest moment arriba una ordre de retenció del noi. El familiar que vivia amb ells va denunciar la mare per haver-li robat la llibreta on cobrava la pensió. Diu, a més, que la mare obligava el nen a quedar-se a casa, imposant-se mitjançant actituds violentes. El nen és portat a un pis d'acolliment i hi experimenta una gran millora dels seus atacs d'asma. Això explica els empitjoraments del nen durant les estades a l'hospital: tenia por de tornar a casa seva. El nen en cap moment no havia comentat res que fes pensar en una situació de tensió a la llar; a més, la mare adoptava una actitud aparentment correcta amb el fill. L'única situació anòmala, valorada en conèixer els fets, era la manca de relació del nen amb els altres infants, la seva indiferència a les propostes de llegir i escriure. Segons l'escola, el noi portava un retard importantíssim, la qual cosa condicionava la seva vida relacional, ja que volia amagar el fet.

Un altre cas, el quart, tracta de la història d'un nen de set anys. Aquest era el tercer fill d'una parella sense problemes econòmics, amb llocs de treball fixos, que vivien en el barri cèntric d'una gran ciutat, sense addicció a drogues i amb una vida relacional normal. La relació entre els diferents fills era normal, sense problemes de gelosia ni manifestacions de competència. Els nens mantenien una bona comunicació amb els altres i amb els adults i havien fet sempre un correcte desenvolupament. Durant els darrers cinc anys, els pares havien incrementat el seu ritme de treball, de tal manera que marxaven de casa a les set del matí i no hi tornaven fins a les deu del vespre; els dies festius, preparaven tasques del treball per a la setmana següent i sortien amb amics.

Els nens disposaven de tota mena d'aparells electrodomèstics per entretenir-se: vídeo, televisió, ordinadors, trens elèctrics, etc. Estaven a cura d'una mainadera a sou que se n'ocupava diàriament. La relació directa amb els pares era molt pobra, ja que gairebé només podien estar amb ells algunes hores del cap de setmana, sense que els pares participessin, però, en els seus jocs i demostrant-los un rebuig verbal constant. El nen de set anys, des que havia iniciat l'EGB, no volia que cap company anés a jugar a casa seva, ja que deia que els seus pares no ho

volien, però la causa real era la continuada absència d'aquests. A més, cada vegada parlava menys dels pares.

El seu comportament durant els dos darrers anys havia experimentat un canvi important. No volia anar a escola, no hi treballava, algunes vegades no es controlava l'orina, a les nits es despertava i anava al llit dels seus pares, no col·laborava en cap tasca de la llar ni tampoc volia vestir-se sol, i a més es mossegava constantment les ungles. L'escola havia notat aquest canvi i, parlant amb el nen, van aconseguir conèixer-ne el possible motiu. El nen deia que tots els seus companys explicaven les coses que feien amb els seus pares, on anaven els caps de setmana... Deia també que en els darrers anys s'havia sentit rebutjat pels seus pares, ja que gairebé no hi podia parlar i que tenia vergonya de fer-hi referència.

Aquest és un cas molt característic dels maltractaments que podem trobar entre nosaltres. Normalment, quan se sent parlar de nens apallissats, de nens maltractats físicament o bé de nens objecte de maltractaments sexuals, la gent es pensa que això no va per a ells i rebutja el fet. L'opinió pública té la idea que només són maltractats els nens que reben bufetades o agressions físiques, però no veu que diàriament s'està fent un rebuig verbal dels nens i que les situacions laborals excessives també modifiquen les respostes dels adults davant de les sol·licituds dels nens. Cal entendre aquest aspecte dels maltractaments, perquè tots podem actuar com a maltractadors en qualsevol moment, especialment quan la nostra estabilitat personal es vegi modificada per circumstàncies externes. El nen, malgrat el que es diu, segueix essent un ciutadà de segona categoria, físicament és més feble, i l'adult se n'aprofita. Només cal anar pel carrer i observar. Es pot veure sovint que molts adults corregeixen els nens amb una bufetada, a base d'abusos verbals o amb intimidacions també verbals. Si això passa al carrer, lloc visible per a tothom, un es pregunta com deu ser la correcció d'aquests nens en la intimitat de les seves llars.

En aquesta exposició de casos de maltractaments, no es pot oblidar el cas d'un nen de vint mesos que acudeix amb uns veïns seus a un servei d'urgències hospitalari. Els veïns van entrar a la llar d'ell per una finestra perquè sentien plorar un nen de forma continuada durant més de vint-i-quatre hores. En entrar van comprovar la deixadesa del pis: era ple de brutícia acumulada. Van trobar el nen sol al pis, en una habitació on també hi havia un gos. El nen anava molt brut i nu, amb importants lesions cutànies a l'àrea dels bolquers, i mostrava un important retard maduratiu. No caminava, la manipulació física era pobra, el llenguatge escàs, i tenia greus problemes per establir relació amb els adults i amb els altres nens. Patia d'un estrabisme molt acusat que li dificultava la visió i feia maniobres d'autoestimulació repetidament. Aquestes maniobres consistien a mantenir la mà dreta a la boca fent acció de xumar constantment, aguantant-la amb la mà esquerra. La família era del tipus monoparental, constituïda per una mare jove, sola, la qual el

pare de la criatura havia abandonat pocs mesos després del naixement i que no tenia altres mitjans econòmics que els que podia aconseguir mitjançant treballs inestables com la recollida de capses en grans magatzems o el repartiment de propaganda per les cases. Si bé no semblava que fes un rebuig conscient del fill, era evident que no tenia ni temps material ni disposava dels mitjans econòmics suficients per mantenir-lo. En valorar el cas, es va fer una rehabilitació sòcio-econòmica de la mare, la qual va renunciar el nen, ja que deia que es veia «incapaç de dur a terme una vida laboral i familiar alhora i que fos positiva per a tots». El nen va passar a adopció després de la seva recuperació física.

Per acabar aquesta exposició, també volem esmentar un cas que es pot considerar de la «vida diària»; és un cas que mai no omplirà les primeres planes de la premsa, però que té una repercussió important per al nen. Es tracta d'una nena de vuit anys, filla d'un matrimoni de classe social mitjana, amb treball estable tant el pare com la mare. El pare treballa en una companyia s'assegurances i la mare és empleada d'un banc. Tenen tres fills i la resta de la família (avis, oncles, etc.) no viu a la mateixa ciutat que ells. Els pares sempre han mantingut una relació correcta amb els fills, però amb formes de correcció molt intransigents. Són gent amb un nivell cultural mitjà, però desconeixen totalment com és el desenvolupament d'un nen, quines són les seves capacitats adquisitives i de resposta segons les diferents edats. A mesura que la nena va anar adquirint autonomia, va ser castigada i reprimida perquè no actués de forma espontània per tal de vetllar per la conservació de l'estètica de la llar, per la seguretat dels objectes fràgils i per aconseguir ordre i pau al gust dels adults.

A partir del moment en què els nens van anar a escola, es va imposar un règim molt estricte d'horaris de menjar, de dormir, de lleure, ja que es pensaven que la millor manera d'adaptar els nens al món dels adults era crear un sistema de viure propi de l'adult des dels primers anys. No deixaven que anessin a jugar al parc o a casa d'altres nens perquè s'embrutaven i/o contribuïen a desordenar la llar.

Els pares no van conèixer mai els professors dels seus fills, ja que deien que ells portaven els nens a l'escola perquè allà els eduquessin i que la família no tenia res a dir-hi, que una cosa era l'educació a la llar i una altra l'educació a l'escola. En cap moment no van ajudar els fills a realitzar les tasques escolars, ni tampoc s'interessaven per l'actuació dels fills a l'escola.

La nena de vuit anys anava configurant un caràcter cada vegada més tancat: no explicava mai res del que feia a casa i, quan se celebraven festes o actes comunitaris en els quals havien de portar objectes de casa per participar-hi, mai no duia res i sempre deia que se n'oblidava. Els mestres, malgrat estar-ne estranyats, mai no van investigar profundament per què no hi havia visita dels pares.

En el darrer curs escolar la nena va començar molt bé, aconseguia uns nivells alts, en especial en els treballs manuals, que mai no volia portar a

casa seva ja que deia que quedaven molt bé a la classe. Aquesta actitud també va estranyar els mestres.

Uns dies abans de Carnestoltes es va fer a l'escola un concurs de treballs manuals i es va donar un premi al millor treball. La nena del cas que ens ocupa el va guanyar. Quan li van donar el premi, els mestres li van dir que els seus pares estarien molt contents d'ella; la nena va agafar la seva obra, un nino de fang, i el va llençar a terra. La sorpresa va ser molt gran. Posteriorment van parlar amb la nena, la qual va explicar que ella a casa seva no comptava, mai no feia res bé segons els seus pares, i que qualsevol iniciativa era tallada pels crits dels pares. Sempre sentia la mateixa frase: «Només fas que complicar-nos la vida; sense tu estaríem molt més tranquils.»

A partir d'aquest moment es va establir una relació amb la família i realment es va comprovar que aquesta nena era una filla no desitjada. Els pares tampoc no s'havien preocupat mai de millorar els seus coneixements sobre el creixement i el desenvolupament d'un nen. Creien que l'autoritarisme en què ells havien estat educats era la millor manera d'educar. Una vegada establert un correcte coneixement de la situació, es va planificar l'actuació rehabilitadora, que va donar bons resultats. Aquest cas ens demostra la importància del mestre i de l'escola en la detecció de situacions de risc i de nens maltractats. El mestre i el metge són dos elements clau en el diagnòstic.



REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- ALTEMEIER, W. A., O'CONNOR, S., VIETZE, P. M., et al., «Antecedents of child abuse» *The Journal of Pediatrics*, núm. 100 (1982), 823-829.
- ALTEMEIER, W. A., VIETZE, P. M., SHERNOD, K. B., et al. «Prediction of child maltreatment during pregnancy», *American Academy of Child Psychiatry*, núm. 18 (1979), 205-218.
- BELSKY, J., «The determinants of parenting: A process model», *Child Development*, núm 55 (1984), 83-96.
- BRASSARD, M. R., GERMAIN R., i HART, S. N., *Psychological maltreatment of children and youth*, Nova York, Pergamon Books, Inc., 1987.
- CALVO ROSALES, J., i CALVO FERNÁNDEZ, J. R., *El niño maltratado*, Madrid, Ed. Cea, 1986.
- CARMI, A., i ZIMRIN, H., *Child abuse*, Berlín, Springer-Verlag, 1984.
- CRIVILLÉ, A. *Parents maltraitants, enfants meurtris*, París, Ed. ESF, 1987.
- «Els professionals enfront dels pares que maltracten els fills», *Papers d'Estudis i Formació*, Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, núm. 3, (1988), 25-36.
- DARGALLO REVENTÓS, J., MARTÍNEZ ROIG, A., i DOMINGO SALVANY, F., «La síndrome del nen apallissat», *Monografies Mèdiques*, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, núm. 23 (1981).
- DELGADO, A., GÁRATE, J., SANTAOLAYA, J. M., et al., «Síndrome del niño maltratado», *Medicine* 85 (1987), 3.577-3.584.
- DE PAUL OCHOTORENA, J., *Los malos tratos y el abandono infantil*, San Sebastián, Universidad del País Vasco, 1987.
- Maltrato y abandono infantil: identificación de factores de riesgo*, Vitoria, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1988.
- DOMINGO SALVANY, F., «Predicció i prevenció de l'abandonament i el maltractament a l'infant», *Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria*, núm. 45 (1985), 209-216.
- «El pediatra extrahospitalario ante los malos tratos a los niños: signos de sospecha y conducta a seguir», *MTA*, núm. 10 (1989), 33-43.
- DUBOWITZ, H., «Prevention of child maltreatment: what is known», *Pediatrics*, núm. 83 (1989), 570-577.

- FLÓREZ LOZANO, J. A., i BERMÚDEZ MORENO, M. T., «Tipos de malos tratos», *Pediatría*, núm. 51 (1988), 19-28.
- FONTANA, V. J., *The maltreated child*, Springfield Ill. Ch., C. Thomas, 1964.
- GIL, A., «Physical abuse of children», *Pediatrics Suppl.*, núm. 44 (1969), 857-864.
- GIMÉNEZ SALINAS I COLOMER, E., «Justícia i maltractaments o maltractaments de la justícia», *Papers d'Estudis i Formació*, Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, núm. 3 (1988), 9-24.
- GINESTON, B., FRISON, B., OZEEL, M., et al., «Aspects psychologiques des mauvais traitements», *Médecine Infantile*, núm. 86 (1979), 767-781.
- GREEN, F. C., «Abuso y abandono del niño. Un problema de alta prioridad para el médico familiar», *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, núm. 2 (1975), 329-339.
- HANSOM, R., *Institutional abuse of children and youth*, Nova York, Harworth Press, 1982.
- HEINDL, C., KRALL, C. A., i SALUS, M., *The nurse's role in the prevention and treatment of child abuse and neglect*, U. S., Department of Health, Education and Welfare, Dhew Publication, 1979, 79-30202.
- JONES, D. N., PICKETT, J., OATES, M. R., i BARBER, P. R. H., *El maltractament dels infants*, Barcelona. Ed. Pòrtic, 1987.
- KEMPE, C. H., SILVERMAN, F. N., STEELE, B. F., et al., «The battered child syndrome», *JAMA*, núm. 181 (1962), 17-24.
- KEMPE, C. H., i HELFER, R. E., *Helping the battered child and his family*, Filadèlfia, Lippincot Co., 1972.
- KEMPE, R. S., i KEMPE, C. H., *Niños maltratados*, Madrid, Ed. Morata, 1979.
- LYNCH, M. A., i ROBERTS, J., «Predicting child abuse: signs of bonding failure in the Maternity Hospital», *British Med. J.*, núm. 1 (1977), 624-626.
- MARTÍNEZ ROIG, A., «Els maltractaments a la infància contemplats des d'una perspectiva multidisciplinària», *Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria*, núm. 46 (1986), 351-352.
- «Paper de l'hospital en el diagnòstic i la prevenció dels maltractaments», *Fer Ciutat*, núm. 16 (1987), 23-27.
- «El fenomen dels maltractaments als menors», *Informatiu de l'Institut de Drets Humans de Catalunya*, núm. 12 (1988), 4-14.
- «Malos tratos institucionales», *Revista Treball Social*, núm. 110 (1988), 202-206.
- «La problemàtica dels maltractaments infantils», *Qüestions de Vida Cristiana*, núm. 141 (1988), 7-21.
- MARTINEZ ROIG, A., DOMINGO SALVANY, F., LLORENS TEROL, J., et al., «Psychological implications of the maltreated child syndrome», *Child Abuse and Neglect*, núm. 7 (1983), 261-263.
- MCNEESE, M., i HEBELER, J. R., *The abused child. A clinical approach*

- to identification and management *Clinical Symposia*, Nova Jersey, CIBA Pharmaceutical Company, 1977.
- MEADOW, R., «Münchhausen syndrome by praxy», *Arch. Dis. Child*, núm. 57 (1982), 92-98.
- MONTANÉ, M. J., «El acogimiento familiar», *Menores*, núm. 8 (1988), 21-33.
- QUEROL, X., «Violencia hacia el niño», *Arch. Ped.*, núm. 33, sup. 1 (1982), 307-312.
- QUILÍS, R., *Estudis sobre la infància maltractada*, Barcelona, Ed. Amarantos, 1988.
- RABB, J., i RINDLFLEISCH, N., «A study to define and assess severity of institutional abuse neglect», *Child Abuse and Neglect*, núm. 9 (1985), 285-294.
- REQUENA, C., «La societat i els maltractaments», *Qüestions de Vida Cristiana*, núm. 141 (1988), 22-40.
- ROSE, S. J., *Recognition of child abuse and neglect pocket picture guide*, Londres, Gower Medical Publ. Ltd., 1985.
- ROSENBERG, N. M., MEYERS, S. H., i SHACKLETON, N., «Predicción de malos tratos a los niños en el contexto ambulatorio», *Pediatrics* (ed. esp.), núm. 14 (1982), 431-434.
- ROUSSEY, M., DABADIE, A., BETREMIEUX, P., et al., «Des sévices pas toujours évidents: l'enfant secoué», *Arch. Françaises Pédiatr.*, núm. 44 (1987), 441-444.
- ROUYER, M., i DROUET, M., *L'enfant violenté*, París, Éd. Le Centurion, 1986.
- RUBIN, S., «Children as victims of institutionalisation», *Child Welfare*, núm. 11 (1972), 6-18.
- STRAUSS, P., i MANCIAUX, M., *L'enfant maltraité*, París, Éd. Fleurus, 1982.
- TOMKIEWICZ, S., «Violences et négligences envers les enfants et les adolescents dans les institutions», *Child Abuse and Neglect*, núm. 8 (1984), 319-335.
- WALKER, C. E., BONNER, B. L., i KAUFMAN, K. L., «The physically and sexually abused child», Nova York, Pergamon Books, 1988.
- WASSERMAN, G. A., GREEN, A., i ALLEN, R., «Going beyond abuse: maladaptature paterns of interaction in abusing mother-infant pairs», *Jour. Amer. Acad. of Child Psychiatry*, núm. 22 (1983), 245-252.



Índex

El fenomen dels maltractaments	7
Plantejament del problema	7
Record històric del fenomen dels maltractaments infantils	12
Definició i diferents tipus de maltractaments	23
Diferents formes de maltractaments	29
Manera d'arribar a diagnosticar els casos	35
Indicadors específics	36
Indicadors inespecífics	49
Com arriben aquests nens als professionals?	50
Mesures terapèutiques	53
Els projectes terapèutics	56
Prevenició dels maltractaments	59
Prevenició primària	61
Prevenició secundària	65
Prevenició terciària	67
Evolució	69
L'experiència d'alguns casos viscuts	77
<i>Referències bibliogràfiques</i>	85

COL·LECCIÓ «CULTURA POPULAR»

1. Llorenç Prats, Dolors Llopart, Joan Prat, LA CULTURA POPULAR A CATALUNYA. Estudiosos i institucions (1853-1981)

Aquest estudi eminentment documental segueix un fil històric a través del qual es presenten les principals iniciatives personals i institucionals relacionades amb la cultura popular a Catalunya des dels primers treballs sobre literatura popular el 1853 fins els nostres dies. En una primera part, s'ocupa de la història del folklore a Catalunya des de la Renaixença fins la Guerra Civil. La segona part abasta l'època franquista. El breu apèndix final intenta una reflexió sobre l'etapa actual. Una obra utilíssima i de referència inevitable per als estudiosos de la nostra cultura popular.

2. Gabriel Janer Manila, PREGONER DE QUIMERES

En aquest aplec de treballs diversos (ponències, articles, conferències...) l'autor insisteix en els conceptes de cultura i educació que ha plantejat al llarg de la seva obra: una cultura que, pel seu afany d'esdevenir popular, es constitueix en consciència de la col·lectivitat, en procés de cohesió, en instrument d'identificació col·lectiva.

3. LA CULTURA POPULAR A DEBAT (edició a cura de D. Llopart, J. Prat i Ll. Prats)

Recull de les ponències presentades al Seminari de Cultura Popular organitzat per l'Institut Català d'Antropologia (1983-1984) i que es desenvolupa a partir de dos grans eixos: la cultura popular com a camp d'estudi i la cultura popular com a camp d'acció. Al llarg d'aquests treballs el lector trobarà un ampli registre de les diverses reflexions que, a l'entorn de la denominació de cultura popular, s'han produït i s'estan produint encara al nostre país.

4. G. Janer Manila, PEDAGOGIA DE LA IMAGINACIÓ POÈTICA

Una reflexió entorn de la incidència dels llenguatges poètics en les estructures que configuren la imaginació de l'home. Una sèrie de propostes didàctiques sobre allò que ha d'ésser la pedagogia de la imaginació. Una incitació a la feina d'estimular la descoberta del joc d'imaginar. D'interès especial per a mestres, pedagogs i animadors culturals.

5. Isidre Vallès i Rovira, ARTESANIA, ART I SOCIETAT

Contràriament als que consideren l'art com a producte derivat o secundari de l'artesania, aquesta obra distingeix els camps propis d'una i altra d'aquestes activitats i estableix que tenen un objectiu clarament diferenciat. Per tal de demostrar-ho, l'autor analitza les èpoques i els condicionaments de llur aparició i desenvolupament i posa de manifest la incidència de factors discriminatoris –socials, culturals i objectuals– que distanciaven qualitativament l'artesania de l'art i col·locaven aquest en una posició hegemònica.

6. Fundació Serveis de Cultura Popular, CALENDARI DE FESTES DE CATALUNYA, ANDORRA I LA FRANJA

Estudi antropològic, inventari i descripció de totes les celebracions populars, amb nombroses informacions històriques, geogràfiques i artístiques. L'inventari més complet que mai s'hagi fet sobre el nostre patrimoni festiu, fruit de cinc anys de treball d'un equip d'experts i col·laboradors i milers de consultes directes i documentals. Més de 8.000 festes descrites. Més de 30.000 referències bibliogràfiques. Índex de festes classificades tipològicament i per denominació. Índex de poblacions, que remet a les festes que se celebren a cada lloc, amb indicació de les festes majors. Una bibliografia general i per comarques amb més d'un miler d'obres referenciades... Volum extraordinari, enquadernat en tela.

Cultura Popular, 7

El problema del maltractament dels infants no és d'avui. Al llarg del temps han estat objecte d'una brutalitat i d'una indiferència indicibles. Però el fenomen amb el qual hem d'enfrontar-nos coincideix, paradoxalment, amb el període històric de la màxima valoració de la infantesa. Ens deixen sobretot perplexos aquells maltractaments que es produeixen al si de la família, ja que considerem la família com aquell lloc càlid que hauria d'afavorir el creixement harmònic de l'infant. Amb tot, hi ha altres tipus de mals tractes de què sovint són víctimes els petits. El doctor Martínez Roig ens en parla en aquest llibre. Nascut a Barcelona el 1946, doctorat en Medicina per la Universitat de Barcelona, Antoni Martínez Roig és especialista en pediatria, metge adjunt del Servei de Pediatria de l'Hospital del Mar de Barcelona, membre de diverses societats científiques i un dels fundadors de l'Associació Catalana per la Infància Maltractada (ACIM). Ha publicat diversos articles sobre el tema en revistes nacionals i estrangeres. És, doncs, un dels millors experts en aquest camp.

