



GUIA PER AVALUAR L'INSTRUMENT DE CRIBRATGE "INTOVIAN"

**CREAT PER IDENTIFICAR FAMÍLIES DE NENS DE 0 A 3 ANYS
EN RISC D'ABÚS I NEGLIGÈNCIA**





European Commission Justice
With financial support from the DAPHNE
Programme of the European Union



GUIA PER AVALUAR L'INSTRUMENT DE CRIBRATGE "INTOVIAN"

CREAT PER IDENTIFICAR FAMÍLIES DE NENS DE 0 A 3 ANYS
EN RISC D'ABÚS I NEGLIGÈNCIA

El projecte "Protecting infants from domestic violence: Development of a diagnostic protocol for infant and toddler abuse and neglect and its implementation to public health system" (JUST/2011/DAP/AG/3283) ha estat cofinanciat pel Programa Daphne (2011-2012) de la Comissió Europea - DG Justícia (80%) i les organitzacions membres (20%).

Aquesta guia és el producte del treball col·lectiu dut a terme en el context del projecte INTOVIAN. Les directrius van ser traduïdes i adaptades a les especificitats nacionals de cada país soci. Els responsables de la traducció i edició de cada país són els següents:

Greek translation and editing: Korina Hatzinikolaou, Vassiliki Karveli, Aggeliki Skoubourdi, George Nikolaidis

Cypriot editing: Evita Katsimicha, Maria-Zoe Hadjicharalambous, Kostas Fanti

English editing: Cecilia A. Essau

Italian translation and editing: Andrea Bollini, Giovanni Visci, Giuliana Fantini

Portuguese translation and editing: Maria Manuela Calheiros

Catalan translation and editing: Lourdes Ezpeleta, Ruth Pérez

Consorti projecte INTOVIAN:

Coordinador del projecte

Institute of Child Health, Department of Mental Health and Social Welfare, Centre for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect (ICH-MHSW), Greece

Membres

University of Cyprus, Department of Psychology (UCY), Cyprus

Associazione Focolare Maria Regina onlus (FMR), Italy

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Portugal

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Spain

Roehampton University, United Kingdom

Avaluador Extern

Professor Vasudevi Reddy, Portsmouth University

Aquesta publicació ha estat finançada pel programa DAPHNE de la Comissió Europea. Els continguts d'aquesta publicació són d'exclusiva responsabilitat dels seus autors i en cap cas s'ha de considerar que reflecteixin la posició de la Comissió Europea.

Febrer, 2015

Taula de continguts

INTRODUCCIÓ DE L'INSTRUMENT "INTOVIAN"	3
Nota introductòria	3
El projecte "Intovian"	3
CAPÍTOL I. PRESENTACIÓ DE L'INSTRUMENT "INTOVIAN"	5
1. Per a què serveix l'instrument "Intovian"?	5
2. Qui pot utilitzar l'instrument "Intovian"?	5
3. A quina població està adreçat l'instrument "Intovian"?	5
4. Quan i on s'hauria d'omplir l'instrument "Intovian"?	5
CAPÍTOL II. INSTRUCCIONS PER AVALUAR ELS ÍTEMS.....	7
CAPÍTOL III. PUNTUACIÓ	21
CAPÍTOL IV. CIRCUITS ESTABLERTS PER LA XARXA DE PROTECCIÓ A LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA EN EL CAS D'IDENTIFICACIÓ D'ABÚS I NEGLIGÈNCIA.....	22
REFERÈNCIES.....	25
ANNEX 1. L'INSTRUMENT DE CRIBRATGE "INTOVIAN"	27

INTRODUCCIÓ DE L'INSTRUMENT "INTOVIAN"

Nota introductòria

El maltractament (abús i negligència) de menors continua sent un problema de salut pública important i complex (OMS, 1999). En particular, sembla que la població de lactants i nens petits té un risc de maltractament desproporcionat en comparació amb els nens més grans (Department of Health and Human Services, 2008). Les estimacions mundials d'homicidi infantil (World Health Organization, 2002) suggereixen que els nadons i nens molt petits, el grup de 0-4 anys d'edat, tenen taxes més altes de risc, més del doble que les dels nens de 5-14 anys d'edat. Els nens petits d'aquestes edats són els més vulnerables per moltes raons, que inclouen la seva dependència, la seva mida reduïda i la incapacitat per defensar-se (Child Welfare Information Gateway, 2014). No obstant això, no tots els casos d'abús i negligència acaben en una mort violenta. La majoria dels nens que han estat víctimes d'abús i negligència creixeran afrontant els seus traumes infantils. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2013), les conseqüències del maltractament infantil inclouen no només l'alteració de la salut física i mental al llarg de tota la vida de la víctima, sinó també efectes a nivell social i ocupacional que poden, en última instància, frenar el desenvolupament econòmic i social del país.

En general, l'evidència mostra que la identificació precoç i la intervenció en l'abús i la negligència poden prevenir o reduir a llarg termini efectes negatius per al nen-víctima (Ethier, Lemelin i Lacharite, 2004; Chartier, Walker i Naimark, 2007; Felitti et al., 1998; Louwers et al., 2013). No obstant això, la violència domèstica contra aquesta població poques vegades es detecta o preveu abans de l'hospitalització, probablement perquè aquesta població té contacte reduït amb altres grups socials fora de la família i perquè els incidents violents es produeixen, amb freqüència, dins o a l'entorn de la família, el que es diu "cercle de confiança" (Finkelhor, 1994; Nikolaidis, 2009). Fins i tot als serveis d'urgències dels hospitals, la detecció precoç de l'abús i la negligència infantil és insuficient (Louwers et al., 2012).

El projecte "Intovian"

L'objectiu del projecte "Intovian" és augmentar l'eficàcia dels serveis de salut infantil europeus en relació amb la prevenció i la detecció precoç d'abús i negligència en nadons i nens petits. Per aquest propòsit, s'ha desenvolupat una eina de detecció per identificar les famílies en situació de risc o amb problemes d'abús i negligència ja establerts que considera específicament el grup d'edat dels lactants i nens petits (0-3 anys). Aquesta eina s'ha construït de tal manera que sigui aplicable als sis països de la UE que han participat en el projecte (Xipre, Grècia, Itàlia, Espanya, Portugal i el Regne Unit). A més, un dels objectius del projecte ha estat que aquesta eina pogués ser implementada per professionals de la salut que treballen a primera línia amb nadons i nens petits durant els exàmens mèdics rutinaris. La majoria de les famílies amb nadons i/o nens petits en països de la UE solen seguir els programes d'exàmens de salut específics a nivell nacional durant els primers anys de vida del nen i, per tant, els professionals poden accedir-hi fàcilment.

La construcció d'aquest instrument de cribratge ha estat facilitat gràcies a diferents eines: a) els instruments de cribratge d'ús comú prèviament publicats en els països europeus, com l'instrument de cribratge "Escape" (Louwers et al., 2013); b) les característiques diagnòstiques descriptives de la qualitat de la relació pares-fill suggerides a l'Eix II del sistema de classificació DC: 0-3R (Zero to Three, 2005), que es va utilitzar en una mostra de 115 díades cuidador - nen de la població general i clínica en sis països (Xipre, Grècia, Itàlia, Espanya, Portugal i el Regne Unit), i c) la retroalimentació feta pels professionals de la salut en els hospitals pediàtrics, serveis de salut infantil de la comunitat i els serveis de benestar social de la família, després d'aplicar dos esborranys de l'instrument de cribratge, per avaluar la **viabilitat funcional** de l'instrument.

CAPÍTOL I. PRESENTACIÓ DE L'INSTRUMENT "INTOVIAN"

L'instrument per a la identificació de les famílies en situació de risc o amb problemes ja establerts d'abús i negligència infantil s'anomena Instrument "Intovian". Aquest consta de cinc (5) ítems relacionats amb indicadors de risc de violència física i/o psicològica, negligència, i amb patrons de relació abusiva o alterada entre el nen i el seu cuidador (vegeu Annex i).

1. Per a què serveix l'instrument "Intovian"?

L'objectiu de l'instrument "Intovian" per a la identificació de les famílies en situació de risc o amb problemes ja establerts d'abús o negligència en nadons i nens petits és detectar els indicadors de risc per l'abús i negligència, o per patrons de relació abusiva en qualsevol nen entre 0 i 3 anys portat a un centre d'atenció mèdica (primària o terciària) amb el seu cuidador. En general, el cribratge es defineix com el primer pas d'un procés d'avaluació de maltractament infantil real o del risc de violència familiar, abús i negligència en qualsevol nen (0-3 anys) de la població general. "Intovian" va ser creat amb l'objectiu general que un professional de la salut l'utilitzi com un instrument complementari durant l'examen del nadó/infant en la primera visita de la família als serveis de salut. Cal destacar que l'instrument "Intovian" **no substitueix cap eina ni cap altre examen** que els professionals porten a terme en la seva feina quotidiana, però se'n recomana l'ús com una eina complementària per a l'avaluació del risc d'abús i negligència en les relacions de cura i custòdia. Està orientat per fer un simple "criatge" de qualsevol família amb un nadó/infant que pugui presentar problemes de relacions abusives discriminant dues grans categories: 1) la sospita d'abús i negligència, o de patró de relació abusiva que indicaria la necessitat d'una intervenció o de proves addicionals d'avaluació i 2) l'exclusió de maltractament.

2. Qui pot utilitzar l'instrument "Intovian"?

Els professionals d'assistència sanitària i social que treballen amb nens de 0 a 3 anys i les seves famílies en serveis d'atenció primària (és a dir, els centres de salut infantil de la comunitat) o en el tercer nivell d'atenció (és a dir, els hospitals infantils, consultoris pediàtrics). Es tracta d'una llista de verificació que hauria de completar algun dels següents especialistes: personal d'infermeria, pediatres, treballadors i assistents socials, visitadors a domicili, psicòlegs i psiquiatres infantils.

3. A quina població està adreçat l'instrument "Intovian"?

L'instrument "Intovian" s'adreça als nadons i nens petits d'edats compreses entre 0 i 3 anys, acompanyats als serveis de salut o d'atenció social pels seus cuidadors. L'acompanyant pot ser qualsevol persona de qui depèn el nen.

4. Quan i on s'hauria d'omplir l'instrument "Intovian"?

L'instrument s'hauria d'utilitzar durant la primera admissió o examen del nadó/infant. No obstant això, també es pot emprar en una etapa posterior amb les famílies que consulten de forma regular. S'hauria de completar l'eina després d'haver observat les interaccions cuidador-nen a la consulta, la sala d'espera o el domicili.

CAPÍTOL II. INSTRUCCIONS PER AVALUAR ELS ÍTEMS

L'instrument "INTOVIAN" consisteix en una breu llista de preguntes que es contesten aproximadament en 5 minuts. L'avaluador ha de respondre TOTES les preguntes basant-se en les seves observacions i/o la seva opinió clínica personal. Les directrius de la classificació Zero to Three (2005, p.46) pel que fa a la qualitat de la interacció cuidador-nen suggereixen centrar l'observació en els punts següents:

- La qualitat del comportament de la interacció cuidador-nen,
- El to afectiu de la interacció cuidador-nen,
- La implicació psicològica dels dos participants de la interacció i
- La informació que proporciona la família i/o d'altres professionals.

Si la família objecte d'estudi té més d'un nadó/infant entre 0 i 3 anys cal completar **un qüestionari per a cada nen**. En cas que el menor estigui acompanyat per més d'un cuidador, cal omplir el qüestionari considerant el cuidador responsable del nen durant més hores al dia. No obstant això, si s'observa algun indicador de risc relacionat amb l'altre cuidador que també acompanya al nen, si us plau informeu-ne a l'espai obert de la pregunta 5) Si són molts els cuidadors que acompanyen al nen i no es pot aplicar el criteri de temps transcorregut amb el nen, es pot triar per prioritat la mare i, després, el pare per contestar el qüestionari.

Nota: El símbol indica que només es pot donar una resposta.
El símbol indica que podria donar-se més d'una resposta.

Les preguntes

Els primers quatre (4) elements es refereixen a la recopilació d'informació relacionada amb les característiques demogràfiques del nen, com l'edat i el sexe, i també la identitat de la persona que l'acompanya. Considerant el fet que l'instrument "Intovian" s'ha desenvolupat inicialment i provat en entorns d'investigació, era necessari mantenir l'anonimat del nen, del seu cuidador i del professional. No obstant això, també és molt recomanable que s'utilitzi aquesta eina en entorns clínics i, per tant, podria incloure's en el registre de salut del nen. Així, doncs, és possible que es disposi de més informació demogràfica de la família del nen ja recollida en la primera visita. A continuació trobareu un anàlisi més detallada de cada ítem de l'instrument.

Pregunta a. Data (dd/mm/aaaa):

Aquí s'escriu la data en la qual s'ha respost l'instrument. L'instrument "Intovian" no s'ha de completar en una data diferent de la data d'examen del nen, sinó durant la reunió amb la família o quan s'acabi.

Pregunta b. Edat del nen (en mesos):

S'enregistra l'edat del nen en mesos complerts.

Pregunta c. Sexe del nen:

Aquest ítem recull el sexe anatòmic del nen.

Pregunta d. Qui acompanya el nen:

Aquí es poden assenyalar totes les respostes que corresponguin. Aquest ítem, el van suggerir professionals de la salut que van participar a la prova pilot de l'instrument "Intovian", basant-se en el fet que qui acompanya el nen també és una persona que n'és responsable. No obstant això, tenint en compte que la persona que acompanya el nen podria ser o no el seu cuidador, s'hauria d'investigar preguntant, per exemple, qui és la persona adulta que té cura de <nom del nen> de forma freqüent? Segons la resposta obtinguda es poden omplir els següents cinc ítems.

Qui acompanya el nen (relació amb el nen)? [Si us plau, marqueu totes les opcions que es corresponguin.]

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mare/madrastra | <input type="checkbox"/> Pare/padrastra |
| <input type="checkbox"/> Mare adoptiva/d'acollida | <input type="checkbox"/> Pare adoptiu/d'acollida |
| <input type="checkbox"/> Germana | <input type="checkbox"/> Germà |
| <input type="checkbox"/> Àvia | <input type="checkbox"/> Avi |
| <input type="checkbox"/> Altre familiar (ex.: tieta): _____ | <input type="checkbox"/> Altre familiar (ex.: tiet): _____ |
| <input type="checkbox"/> Dona-Altra relació (Si us plau, especifiqueu-la): _____ | <input type="checkbox"/> Home-Altra relació (Si us plau, especifiqueu-la): _____ |

Pregunta 1a: En el cas d'observar una marca/trauma físic o d'haver estat informat d'un accident, la història que explica el cuidador és consistent?

Aquesta pregunta té per objecte detectar indicadors de risc per possible abús físic del nen. Si la resposta és "No" (vegeu la casella ombrejada al qüestionari), el risc d'un possible maltractament augmenta i es recomana una avaluació addicional. En qualsevol cas, la presència d'aquest indicador de risc no és una evidència d'abús del nen. A més, també podria ser que els pares informessin d'un accident que no hagués deixat marques al cos del nen. En aquest cas, per decidir si l'explicació és coherent, es recomana demanar més informació sobre les circumstàncies de l'accident. Es pot formular una pregunta oberta com "com va passar aquest accident?", procurant que l'actitud envers el cuidador NO sigui crítica ni sentenciosa. A més a més, és important detectar si hi ha altres senyals de trauma físic en el cos del nen que denotin cronicitat, com traumatismes anteriors del mateix tipus (per exemple, contusions amb coloració diversa: blava/verda/groga). Per tal d'avaluar la coherència de la història, es poden considerar els dos aspectes següents:

1) Explicació del cuidador

El professional ha d'avaluar si el cuidador sempre explica la història de la mateixa manera, si descriu de forma consistent el mateix lloc, el mateix moment o les mateixes circumstàncies (per exemple, quan es va produir l'incident, qui hi havia, què estaven fent, què va passar). El professional ha de prestar atenció a si la informació té sentit i si inclou detalls precisos (per exemple, descripcions específiques del lloc, el moment, les persones, els objectes i els esdeveniments). En realitat, aquests detalls permeten contextualitzar l'esdeveniment. A més, per avaluar la consistència de la història, la investigació ha de tenir en compte si el lloc i l'hora estan associats amb una rutina regular diària del nen o de la díade (cuidador-nen). Es pot considerar, també, l'informe del cuidador sobre els pensaments i sentiments experimentats durant els fets. La precisió de la història es pot confirmar encara més si el cuidador és capaç de fer verbalitzacions específiques produïdes en el moment de l'esdeveniment (per exemple, "Jo li vaig dir: «Calla!»"), pensaments específics (per exemple, "quan va passar vaig pensar immediatament «per què el vaig deixar sol?!»") o sentiments (per exemple, "estava preocupat").

Exemple: *Inicialment el cuidador va dir que la germana de la criatura hi era present, però després va dir que estaven sols amb el nen.*

2) Explicació de la marca/trauma físic

El professional ha d'avaluar si l'explicació del cuidador sobre com es va produir el trauma físic és consistent i explica prou bé el traumatisme del nen o si hi ha altres explicacions possibles. Per exemple, s'ha d'avaluar si hi ha senyals d'alerta de violència física cap al nen que no són coherents amb la història o que són clarament un senyal de maltractament, com les marques d'estirar o sacsejar el nen (per exemple, estirar els cabells i les orelles), de colpejar el nen amb la mà o amb un objecte, de cremar el nen (per exemple, amb una cigarreta, aigua calenta, un aparell elèctric), d'asfíxia, etc. També s'ha de considerar si el trauma informat és compatible amb el desenvolupament motor del nen i/o dels seus germans. Per exemple, les contusions, que podrien ser compatibles amb caure en caminar o córrer, o caure des d'una certa altura, s'haurien d'investigar més si el cuidador es refereix a un nadó que encara no pot caminar.

Exemple d'una història inconsistent: *El cuidador suggereix que la marca/trauma físic es deu a una caiguda accidental, però la marca física es troba en una part del cos del nen que no és consistent amb una caiguda d'aquesta naturalesa. El cuidador diu que el nen va caure, però té una marca a la part interna del braç o en ambdós costats del coll.*

Pregunta 1b: En cas d'observar una marca/trauma físic o d'haver estat informat d'un accident, l'accident/trauma físic es podria haver evitat o previngut amb una supervisió adequada per l'edat del nen?

Aquest ítem avalua un indicador de risc de negligència, abandonament i falta de cura del nen. Si la resposta és "Sí", es recomana una avaluació addicional. Per avaluar si l'incident podria haver-se evitat o no es suggereix l'exploració dels elements següents: i) si el cuidador o qualsevol altre adult era present supervisant l'infant, ii) si la supervisió proporcionada per l'adult era apropiada per l'edat del nen (per exemple, hi havia algú a prop d'un nen de 12 mesos que acaba de començar a caminar? El nen jugava amb joguines o objectes apropiats per l'edat?) i iii) si el lloc era prou segur per a un nadó o un nen petit (per exemple, estaven fora del seu abast els objectes tòxics o nocius, com bateries, telèfons mòbils). A més, aquí, es pot avaluar si la supervisió era apropiada no només per l'edat del nen, sinó també per la seva etapa de desenvolupament. Per exemple, pot esperar-se que un nen de 3 anys tingui prou control motor per caminar de manera estable i independent, però un nen en particular pot presentar retard en el desenvolupament motor i, per aquesta raó, no haver arribat a les fites motores esperades dels nens de la seva edat. En aquest cas, s'espera que el cuidador proporcionï la supervisió ajustada a les necessitats específiques de cada nen.

En avaluar la manca de supervisió és essencial prendre en consideració les dimensions del temps i el context. Els diferents contextos exigeixen una supervisió diferenciada. A més, la manca de supervisió durant un període de temps curt mentre el nen descansa al llit o juga a la seva habitació és qualitativament diferent de la manca de supervisió durant poc temps mentre el nen explora el veïnat o el parc.

Exemple: *El nen va caure a la banyera i el cuidador no hi era present. O bé, el nen té un tall a la mà perquè un ganivet estava al seu abast, el nen va tenir un accident mentre el cuidador llegia un llibre a un banc del parc i el nen voltava sense supervisió.*

Pregunta 2a: La interacció cuidador-nen està caracteritzada per l'enuig i/o l'hostilitat?

Aquesta pregunta té com a objectiu avaluar els indicadors de risc de patrons de relació abusius entre cuidador-nen. Es valora aquest ítem com a positiu quan **qualsevol** dels implicats (els dos participants de la interacció, el cuidador o el nen) expressen emocions d'ira i/o hostilitat. La ira i/o l'hostilitat haurien de ser les emocions predominants de la interacció cuidador-nen.

En general, quan la ira i/o l'hostilitat són les emocions predominants de la interacció cuidador-nen, les interaccions són “dures i brusques, sovint falta reciprocitat emocional” (Zero to Three, 2005, p.49). Per tal de decidir si la ira i/o l'hostilitat són les emocions predominants de la relació cuidador-nen es pot observar la qualitat de la interacció (per exemple, els comportaments d'ambdós, cuidador i nen), el to afectiu de la interacció (per exemple, les emocions més comunes i que els participants comparteixen més freqüentment), i la qualitat i el grau d'implicació psicològica entre el cuidador i el nen. A continuació trobareu les característiques descriptives del comportament, to afectiu i implicació psicològica que poden observar-se en una relació i interacció hostil tal com se suggereixen a la classificació Zero to Three (2005).

A. Qualitat conductual de la interacció

1. El cuidador i/o el nen poden expressar el seu enuig a través de les expressions facials. El nen pot acompanyar les expressions facials d'ira amb moviments que comuniquen la seva voluntat d'evitar i/o mantenir lluny el cuidador.
2. El cuidador pot expressar la ira i l'hostilitat a través de declaracions verbals, caracteritzar el nen com a exigent i “difícil de cuidar”, i/o burlar-se del nen o molestar-lo.
3. El cuidador pot tractar el nen de manera brusca i insensible (vegeu més endavant la pregunta 3).
4. El cuidador pot ser insensible als senyals del nen o no percebre'n les necessitats i intencions.
5. El nen pot semblar espantat, ansiós, inhibit o agressiu.
6. El nen pot mostrar un comportament desafiant o resistent envers el cuidador.
7. El nen pot mostrar comportaments temerosos, vigilants i d'evitació.

B. To afectiu

1. La ira i/o hostilitat són les emocions predominants en la interacció entre el cuidador i el nen.
2. És probable que un observador noti tensió moderada o considerable entre el cuidador i el nen, i una notable manca de gaudi o entusiasme.
3. El nen pot expressar un rang limitat d'emocions en comparació amb el que s'espera per la seva edat.

C. Implicació psicològica

El cuidador pot veure la dependència del nen com a exigent i aclaparant, i pot molestar-li la necessitat del nen (Zero to Three, 2005). Pot semblar que a la diada li falti implicació psicològica, o que estigui implicada en una relació tensa, irritada o hostil.

Pregunta 2b: La interacció cuidador-nen està caracteritzada per la fredor i/o la desafecció?

Aquesta pregunta té com a objectiu avaluar els indicadors de risc dels patrons de relació cuidador-nen emocionalment abusius. S'ha de valorar aquest ítem com a positiu quan o bé els dos participants de la interacció, o bé el cuidador o el nen expressen emocions de fredor i/o desafecció/desinterès. La fredor i/o la desafecció han de ser les emocions predominants de la interacció cuidador-nen.

En general, el cuidador pot mostrar una implicació o connexió amb el nen només esporàdica o infreqüent. La manca de connexió sovint es reflecteix en la baixa qualitat de l'atenció directa o indirecta (cura alternativa proporcionada) que ofereix el cuidador. Per decidir si la fredor i/o desafecció són les emocions predominants de la relació cuidador-nen, es pot observar la qualitat conductual de la interacció (per exemple, el comportament de tots dos, cuidador i nen), el to afectiu de la interacció (per exemple, les emocions més comunes o compartides més sovint entre la díada), i la qualitat i el grau d'implicació psicològica entre el cuidador i el nen (Zero to Three, 2005). A continuació, trobareu les característiques descriptives del comportament, to afectiu i implicació psicològica que poden observar-se en una relació i interacció caracteritzades per la fredor o la desafecció tal com se suggereixen a la classificació Zero to Three (2005).

A. Qualitat conductual de la interacció

1. El cuidador és insensible i/o no respon als senyals del nen, manté una actitud distant i desconnectada cap a ell.
2. El cuidador pot emetre verbalitzacions per connectar amb el nen, proporcionar informació detallada i descriure les experiències quotidianes de la díada, però a la interacció observada entre el cuidador i el nen li manca calidesa, previsibilitat i reciprocitat.
3. El cuidador ignora, rebutja o no aconsegueix consolar al nen.
4. El cuidador no sap associar el comportament del nen amb el que sent el nen (el seu estat intern).
5. El cuidador no percep quan és necessari protegir el nen de fonts de dany físic o emocional, o abús per part d'altres per la seva postura freda i distant cap al nen.
6. El cuidador i el nen sovint semblen estar desconnectats, amb poc contacte ocular o proximitat física.
7. A causa de la falta d'ajuda pel desenvolupament en la criança, pot semblar que el nen tingui retard en les habilitats motores i de llenguatge. Alguns nens, però, poden ser precoços en les habilitats motores i de llenguatge, i usar aquestes capacitats com a part d'un estil de caràcter inhibid amb els adults.

B. To afectiu

1. La tristesa pot ser l'emoció predominant de la interacció.
2. La manca d'emoció, el retraïment o una varietat limitada en l'expressió d'emocions poden caracteritzar el to afectiu d'aquest tipus d'interacció cuidador-nen.

C. Implicació psicològica

1. El cuidador demostra no adonar-se dels senyals o les necessitats del nen en les discussions amb els altres o en la interacció amb el nen.
2. Per a l'observador, la interacció cuidador-nen suggereix falta de vida i de plaer.

Pregunta 2c: La interacció cuidador-nen està caracteritzada per tensió i/o una ansietat excessiva?

Aquesta pregunta té com a objectiu avaluar els indicadors de risc de patrons de relació cuidador-nen emocionalment abusius. S'ha d'avaluar aquest ítem com a positiu quan les interaccions entre el cuidador i el nen són tenses i constretes, amb poc sentit de gaudi relaxat o mutualitat. La tensió i/o una ansietat excessiva han de ser les emocions predominants de la interacció cuidador-nen.

Per decidir si la tensió i/o una ansietat excessiva són les emocions predominants de la relació cuidador-nen, es pot observar la qualitat conductual de la interacció (per exemple, el comportament de tots dos, cuidador i nen), el to afectiu de la interacció (per exemple, les emocions més comunes o que la díada comparteix més sovint), i la qualitat i el grau d'implicació psicològica entre el cuidador i el nen (Zero to Three, 2005). A continuació, trobareu les característiques descriptives del comportament, el to afectiu i la implicació psicològica que poden observar-se en una relació i interaccions amb tensió i ansietat excessiva tal com se suggereixen a la classificació Zero to Three (2005).

A. Qualitat conductual de la interacció

1. El cuidador pot tenir una sensibilitat acusada als senyals del nen i li ofereix el que necessita abans que ho demani.
2. El cuidador expressa preocupació freqüent i pot mostrar-se ansiós en relació amb el benestar de l'infant, el seu comportament o desenvolupament. Per a un observador, el cuidador pot semblar "sobreprotector".
3. El cuidador maneja o manipula físicament el nen de forma que pot semblar maldestra o tensa, amb manca de fluïdesa i sensibilitat.
4. El cuidador pot tenir expectatives poc realistes sobre el nen, o les seves expectatives poden ser incongruents amb el temperament o les capacitats evolutives del nen.
5. El nen pot mostrar-se inusualment dòcil o ansiós al voltant del cuidador.

B. To afectiu

1. L'ansietat és l'emoció predominant de la interacció. Poden ser mostres d'ansietat la tensió motora, el temor, l'agitació, les expressions facials ansioses o de por, i les vocalitzacions o la parla aguda i ràpida.
2. La interacció es caracteritza per comportaments de sobreacció per part del cuidador i del nen.
3. La disregulació emocional i conductual també caracteritza i coexisteix sovint amb dificultats de regulació en el nen.

C. Implicació psicològica

1. El cuidador que està ansiós o tens sovint mal interpreta el comportament i/o afecte del nen i, per tant, respon inadecuadament.

Pregunta 3: El cuidador mou o subjecta físicament al nen d'una manera brusca o dolorosa?

Aquesta pregunta té com a objectiu avaluar un indicador de risc de maltractament físic del nen. Aquest ítem s'avalua com a positiu quan el professional identifica QUALSEVOL dels següents comportaments, no només durant la consulta mèdica al seu despatx, sinó també si s'observen al centre mèdic (incloent-hi l'estona a la sala d'espera o després de la consulta mèdica). Si un altre professional de la salut, com personal d'infermeria, un treballador social, etc., fa referència a qualsevol d'aquestes situacions que no ha observat el professional durant la visita mèdica, es pot considerar aquesta informació per valorar aquesta pregunta .

El professional (metge, personal d'infermeria o un altre professional de la salut) observa o detecta que el cuidador adult fa alguna de les accions següents:

1) Agafa el nen bruscamment:

- Agafa sistemàticament el canell del nen i l'estira bruscamment, en lloc d' "agafar-lo" o "portar-lo" de la mà.
- Agafa el nen bruscamment per la roba o una altra part del cos.
- Agafa al nen abruptament sense cura quan el vesteix o desvesteix durant la consulta.
- Força o imposa al nen a estar-se en una posició que és dolorosa per al nen mentre parla amb el metge.
- Ignora i/o subestima la situació urgent de dolor físic o sofriment psicològic del nen (i continua la seva activitat normal).

2) Agafa el nen de forma dolorosa:

- Subjecta el nen d'una manera que li fa mal (li estreny fortament el braç, la mà, el coll, l'espatlla, etc.; es pot observar que la pell del nen canvia de color per la pressió de subjecció de l'adult).
- Agafa el nen pels cabells, li torça l'orella, el pessiga, el subjecta clavant-li el colze o trepitjant-li el peu.
- Els moviments abruptes o bruscos de l'adult fan que el nen es colpegi en els mobles, parets o altres objectes, cosa que causa dany al nen.
- El clínic detecta lesions causades pels moviments bruscos de l'adult, com ara contusions, hematomes, laceracions, fractures, deformitats de la zona o trauma.

Aquestes lesions, que solen ser múltiples, es poden diferenciar de les lesions que s'expliquen per un accident, ja que s'observen sovint en llocs inusuals del cos. A més, és probable que el professional observi més d'una lesió d'aquest tipus i que semblin haver estat provocades en diferents moments. El cuidador pot semblar incapaç de proporcionar explicacions suficients sobre com van produir-se aquestes lesions o pot ser que les explicacions del cuidador no es corresponguin amb l'avaluació clínica del professional . Alguns exemples d'aquest tipus de lesions són marques al voltant dels canells, contusions per pessics en els braços o cuixes, múltiples contusions de cops en diverses parts del cos, dents trencades, etc.

Les estratègies de restricció descrites anteriorment no es realitzen únicament com a mesures de contenció necessàries quan el nen està fora de control (per exemple, fa una rebequeria exagerada i excessiva) i la contenció és necessària perquè el nen no es faci mal. Els professionals han de recordar que els cuidadors han de contenir i plantejar límits als nens sense danyar-los.

3) Mou el nen per la força o abruptament:

- Fa que el nen s'assegui usant una força exagerada o el llança a la cadira/seient.
- Obliga el nen a caminar empenyent-lo bruscamment i amb força exagerada.
- Aixeca el nen per la força de les aixelles i el porta d'una forma que fa mal al nen.
- Sacseja el nen (per exemple, l'adult agafa al nen per les espatlles o el pit i el sacseja fent que el cap es mogui amb força cap endavant i cap enrere. El nen és incapaç de controlar el moviment del cap).



ATENCIÓ en nadons! Tingueu en compte la “*síndrome de l’infant sacsejat*”.

La síndrome de l’infant sacsejat (SIS) és una forma d’abús físic infantil. Es una condició que passa en nens menors d’un any d’edat, causada per una sacsejada violenta pels braços i les espatlles que fa que el cervell es colpegi amb les parets del crani, i causa hematomes subdurals i hemorràgies en els ulls (Random House Kernerman Webster’s College Dictionary, 2010). Produeix inflamació i sagnat intracranial i símptomes subseqüents posteriors, com ara letargia, convulsions, pèrdua de la consciència i dany cerebral permanent o la mort (American Heritage® Dictionary of the English Language, 2011). Aquest conjunt de canvis clínics i patològics han fet que s’identifiqui com una síndrome diferent i reconeixible (American Academy of Pediatrics, 2001). Els senyals i símptomes de la SIS poden variar de lleus a greus, i de no específics a obvis. El professional ha de sospitar maltractament infantil en presència dels senyals que s’enumeren a continuació associats a la impossibilitat d’explicar-los per lesions accidentals o per altres condicions mèdiques (Camps, 2006; Generalitat de Catalunya, 2008): hemorràgia retinal (és la lesió associada més característica del SIS), hemorràgia subaracnoïdal, focus de contusió cerebral, accident cerebrovascular isquèmic, hematomes subdurals, atròfia cerebral evolutiva amb degeneració quística i la dilatació secundària del sistema ventricular, privació d’oxigen i l’edema cerebral (que condueixen al deteriorament neurològic significatiu en el desenvolupament del nadó a causa de danys en el teixit cerebral), entre d’altres.

Si un menor de dos anys ha tingut convulsions, un episodi aparentment letal o atacs de tos pertusoide, s’ha d’investigar la presència d’hemorràgies retinals amb la finalitat de descartar l’abús físic (Pou, 2009). Si hi ha hemorràgia retinal, pot ser necessari continuar la investigació per descartar l’abús del menor.

Lectures addicionals

National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2015, January 8). *Shaken Baby Syndrome Information Page* [Web page]. Retrieved from <http://www.ninds.nih.gov/disorders/shakenbaby/shakenbaby.htm>

Zuccoli, G., Panigrahy, A., Haldipur, A., Willaman, D., Squires, J., Wolford, J., Berger, R.P. (2013). Susceptibility weighted imaging depicts retinal hemorrhages in abusive head trauma. *Neuroradiology*, 55(7),889-893. doi: 10.1007/s00234-013-1180-7.

Pregunta 4a. Hi ha altres senyals que facin dubtar de la seguretat física del nen?

Recordeu:

Reconèixer abús i negligència infantil pot ser difícil, i requereix escoltar i observar amb atenció. Per tal d’obtenir el quadre complet de l’infant i el seu entorn de criança, el professional haurà de recopilar informació de diferents fonts, que inclouen (1) la història del desenvolupament i mèdica, (2) l’informe anterior o actual d’abús i negligència d’un tercer, (3) l’aparença i el comportament del nen, (4) els senyals o símptomes físics i (5) la interacció entre el cuidador i el nen.

Com a part del joc “brusc o violent” normal de la vida quotidiana dels nens, és possible que presentin talls i contusions en el cos que ocorren mentre s’estan movent o juguen. Aquestes són les lesions que tenen una explicació acceptable i raonable. Per tant, les lesions han de ser interpretades en el context mèdic i evolutiu del nen, i a partir de l’explicació donada pel cuidador del nen.

Per tant, és necessari detectar les lesions amb l’explicació inadequada o inversemblant que sembli insuficient o inconsistent amb la presentació del nen, les activitats normals, les condicions mèdiques existents i l’etapa de desenvolupament. A més, s’ha d’estar alerta a les explicacions que varien entre els pares o cuidadors, i entre els informes que difereixen amb el temps (es dona una versió diferent dels fets a mesura que passa el temps). Justificar una lesió basant-se en els costums i pràctiques culturals també és inadequat perquè les peculiaritats culturals no haurien de ser nocives per al nen.

En aquesta pregunta, el professional ha d’avaluar també si el cuidador deliberadament va posposar buscar tractament mèdic per al nen quan era necessari.

A continuació es presenten els **possibles indicadors d'abús físic**, que poden ser considerats en el context d'aquesta pregunta:

1) Hematomes/blaus

- Hematomes en un nen que no té independència motriu, o en una etapa pregateig o abans de començar caminar.
- Blaus arreu d'una part no òssia del cos o de la cara (per exemple, els ulls, les orelles, les natges, les galtes, les palmes, els braços, els peus, l'esquena, el glutis, l'abdomen, els malucs, la part posterior de les cames).
- Els hematomes al coll, que són generalment una indicació d'intent d'estrangulament.
- Hematomes a la boca o al seu voltant, que és un bon indicador d'alimentació forçada.
- Ulls amb blaus, sense contusions al front.
- Múltiples contusions al cap o en els llocs que és improbable fer-se mal accidentalment.
- Múltiples contusions en grups que es poden veure en els braços o cuixes exteriors.
- Els blaus que mostren el contorn d'un objecte (utilitzat per fer-los), per exemple, marques de cinta, impressions de la mà.
- Hematomes al voltant o darrere del lòbul de l'orella, que són indicatius de lesió per estirar o girar l'orella.
- Blaus als braços, les natges i les cuixes, que poden ser un indicadors d'abús sexual.

2) Lesions tèrmiques (com cremades o escaldades)

- Cremades amb la forma clara d'un objecte; per exemple, de cigarret (petites cremades rodones), de ferro calent, de barres metàl·liques o d'elements de foc elèctrics (caracteritzats per cremades lineals).
- Cremades en una zona que en principi, no hauria d'entrar en contacte amb un objecte calent en un accident (per exemple, a la part de darrere de les mans, les plantes dels peus, les cames, els genitals o els glutis).
- Escaldades a les natges, el perineu i els membres inferiors.
- Escaldades a les extremitats en una distribució en forma de guant o mitja, o amb distribució simètrica.
- Escaldades amb vores delineades.
- Cicatrius velles que suggereixen que el nen no va rebre tractament mèdic.

3) Fractures

- Una o més fractures sense cap condició mèdica que predisposi a tenir ossos fràgils (per exemple, l'osteogènesi imperfecta).
- Inflor i falta d'ús de les extremitats
- Presumptes fractures inadvertides. Com que les fractures causen molt dolor en el moment de produir-se, és difícil que un cuidador no sigui conscient del dolor del nen. No obstant això, les fractures es curen ràpidament en els nens i això els permet utilitzar l'extremitat fracturada sense dolor al cap d'uns dies, amagant així la fractura que ja està curada.

4) Lesions de la medul·la

- Senyals de lesió a la columna, com lesions a les vèrtebres sense trauma accidental confirmat.
- Lesió cervical, que s'associa amb lesions infligides al cap.
- Lesió toracolumbar, que s'associa amb neurologia focal o cifosi inexplicable.

5) Lesions per fred

- Lesions sense explicació mèdica òbvia, com mans o peus vermells inflats.
- Hipotèrmia amb una explicació inapropiada.

6) Mossegades

- Una marca de mossegada humana que no és causada per un altre nen petit.
- Una mossegada d'animal, que indica que el nen no ha estat supervisat adequadament.

7) Laceracions (talls) i abrasions

- Talls, rascades, esgarrapades en un nen que no es mou independentment.
- Múltiples laceracions o abrasions que es distribueixen simètricament en àrees normalment cobertes per la roba, com a l'esquena, el pit o l'abdomen.
- Laceracions o abrasions en els ulls, les orelles i els costats de la cara.
- Laceracions o abrasions al coll, els turmells i els canells, i que semblen marques de lligadures.

8) Traumatismes oculars

- Hemorràgies retinals
- Lesió a l'ull sense confirmació de l'ocurrència d'un trauma accidental o sense una explicació mèdica coneguda.

9) Senyals i símptomes anogenitals

Se sospita que un nen ha sofert abús sexual si estan presents els símptomes següents, i no hi ha cap explicació o l'explicació és inadequada:

- Lesió genital, anal o perianal (que evidencia la presència de contusió, laceració, inflor o abrasió).
- Símptomes anals o genitals persistents o recurrents (per exemple, sagnat o flux).
- Disúria (és a dir, malestar a l'orinar) o molèsties anogenitals.
- Presència d'un o més cossos estranys a la vagina o anus.

Pregunta 4b. Hi ha altres senyals que facin dubtar de la seguretat emocional del nen?

L'abús emocional és generalment difícil de mesurar a causa de l'absència de senyals físics externs clars. A continuació, es presenten alguns **possibles indicadors d'abús i abandonament emocional**, que poden considerar-se en el context d'aquesta pregunta (i no han estat considerats en les preguntes 2a, 2b, i 2c).

1) Interaccions cuidador-nen

- Interaccions cuidador-nen nocives, que es veuen a través d'un patró de relació negativa cap al nen, rebuig, o la utilització del nen com a boc expiatori. Boc expiatori: El cuidador culpa constantment el nen del que li va malament a la vida i de qualsevol dificultat en la vida del cuidador.
- Expectatives inadequades per l'estadi de desenvolupament del nen, com demandes inadequades i recriminacions o reprimendes per no complir-les, l'ús de mètodes de disciplina inapropiats.
- Fracàs per promoure la socialització adequada del nen, com ara l'aïllament.
- Manca de disponibilitat emocional dels cuidadors i manca de resposta envers el nen.

2) Altres possibles indicadors d'abús emocional relacionats amb la interacció cuidador-nen:

- Vinculació anormal entre el cuidador-nen, que es pot observar en forma de vinculació ansiosa, indiscriminada o per l'absència de vincle. A causa d'aquesta manca de vinculació, el nen no respon a la presència o absència del cuidador, perquè ha après que el seu cuidador no respondrà al seu malestar.
- Vinculació indiscriminada o fracàs en la vinculació.
- Retard per aconseguir les fites de desenvolupament, com en el desenvolupament emocional o l'aprenentatge de la parla.

3) Negligència emocional

La negligència és la incapacitat persistent de satisfer les necessitats psicològiques bàsiques del nen i és probable que resulti en el deteriorament greu de la seva salut o desenvolupament.

Alguns possibles indicadors de negligència emocional inclouen:

- El nen es deixa al càrrec d'adults violents o en estat d'embriaguesa.
- El nen es queda sol durant períodes de temps excessius.
- El nen no es porta a la consulta del metge quan està malalt o ferit.
- El nen mostra un marcat canvi en el comportament o estat emocional que es desvia del que es podria esperar per la seva edat i etapa de desenvolupament, o no es pot explicar per causes mèdiques. Exemples d'aquest tipus de comportament o estats emocionals són els següents: por, retraïment, balanceig freqüent del cos, contacte indiscriminat o cerca d'afecte, excés d'amabilitat amb els estranys, aferrament excessiu.

Pregunta 5. Hi ha altres factors de risc que facin dubtar de la seguretat física del nen o que el nen rebí les cures adequades?

Aquesta pregunta es valora positivament quan el professional ha observat altres senyals físics, conductuals o emocionals en el nen, o altres factors de risc en el context del nen que fan dubtar de la seguretat i/o de la idoneïtat de l'atenció que rep. Per contestar "Sí" en aquesta pregunta, la informació indicada no ha d'haver estat enregistrada en les preguntes anteriors. Els senyals o indicadors poden haver estat observats durant la visita a casa de la família, a la consulta o l'examen mèdic, o a la sala d'espera.

Per tal de decidir si el nen "està segur o no ho està", es pot utilitzar el judici clínic i l'experiència del professional. La seguretat es defineix com el manteniment de la integritat física i mental del nen, i l'absència de qualsevol perill de ser ferit de manera física i/o mental.

Per tal de decidir si hi ha alguna raó per "dubtar de la idoneïtat de l'atenció que rep el nen", es pot utilitzar el judici clínic i l'experiència del professional, en avaluar si l'atenció prestada és apropiada per a un nen concret i si viu en un ambient escaient. Un entorn apropiat es pot definir com un entorn que és segur per al nen, tant a nivell físic com mental, i que li proporciona tots els mitjans necessaris per desenvolupar-se d'una manera sana.

Pregunta 5: Si hi ha factors de risc, especifiqueu-los:

Més concretament, en aquesta pregunta es demana que s'escrigui qualsevol altre senyal observat que pugui situar el nen en risc d'abús o negligència. Aquests senyals són diferents als que ja s'han avaluat en les preguntes anteriors.

Per exemple:

Informació de l'observació, ja sigui a la sala d'espera o durant la consulta mèdica:

Observar la interacció del nen amb el cuidador, la interacció entre els pares o la interacció dels cuidadors amb un altre nen. Si es detecta qualsevol senyal que faci dubtar sobre la seguretat i/o la idoneïtat de l'atenció que rep aquest nen, és important informar-ne en aquesta pregunta.

I. Interacció entre el cuidador i el nen:

La interacció avaluada en la pregunta 2 es refereix a la ira i/o l'hostilitat, fredor i/o el desafecció, i la tensió i/o ansietat excessiva. Durant la consulta amb la família o a la sala d'espera es poden haver observat senyals que pertanyen o no a aquestes categories. Si els senyals observats no entren en aquestes categories, però hi ha alguna cosa sobre el nen que us preocupa, és important avaluar encara més aquesta família. Per exemple, si s'observa una intimitat excessiva entre el cuidador i el nen, com ara que el cuidador fa petons a la boca al nen o viceversa, o si hi ha algun contacte inapropiat, això podria cridar l'atenció i es podria interpretar com a sospitós en relació amb l'adequació de la relació entre el cuidador i el nen, i pot semblar important registrar-ho.

Aneu amb compte! La intimitat pot estar subjecta a diferències culturals.

Més exemples:

- El cuidador actua amb expectatives de desenvolupament inadequades. Per exemple, un cuidador pot esperar que el nen faci, digui o pensi coses que no són apropiades per al seu estadi de desenvolupament. Aquest seria el cas d'un pare que espera que la seva filla de 12 mesos parli amb fluïdesa, ja que a aquesta edat els nens només són capaços d'utilitzar un nombre limitat de paraules. *(Codifiqueu-ho aquí si no ho heu contemplat a 4b1.)*
- El cuidador té una comprensió distorsionada del nen. Un pare pot tenir una comprensió distorsionada de les necessitats, intencions, comportament o pensaments del nen. Per exemple, el nen pot estar plorant perquè té dolor i el pare explica que el nen està plorant com quan té gana o està enfadat amb el cuidador. *(Codifiqueu-ho i aquí si no ho heu contemplat a 2a A.)*
- El cuidador respon de forma inapropiada envers les necessitats, intencions, voluntats o comportament del nen. Per exemple, el nen pot estar plorant perquè se sent insegur en un entorn desconegut, i el cuidador es burla o riu de l'infant, o s'enfada amb ell.
- El cuidador sembla recelós quan el nen entra en contacte amb altres persones o el cuidador parla pel nen, encara que el nen sigui capaç de parlar per si mateix.
- El nen no té límits o no respecta els límits que marca el cuidador.
- El cuidador es nega a permetre que el nen parli amb el professional, fins i tot quan és necessari per a l'avaluació.
- Una forma comuna de negligència és la manca de satisfacció de les necessitats bàsiques del nen, com ara: una alimentació adequada, la roba, el manteniment de la temperatura corporal adequada, la higiene i l'assistència mèdica.

Altres possibles indicadors de negligència física poden ser:

- Presència d'infeccions severes i persistents (per exemple, polls al cap).
- Ús constant de roba o calçat inapropiat (per exemple, massa grans o massa petits per la mida del nen, inadequats segon l'època de l'any).
- El nen està sovint brut i fa pudor.
- Dermatitis del bolquer freqüent i sense tractar.
- Falta de creixement del nen dins del patró normal esperat i/o pèrdua de pes tot i tenir una dieta adequada.

II. Observació de la interacció entre els cuidadors del nen:

És possible informar de senyals que fan dubtar de la seguretat i/o adequació de l'atenció que rep el nen mitjançant l'observació de la interacció entre els pares o cuidadors. La ira i/o l'hostilitat, la fredor i/o la desafecció, i la tensió i/o ansietat excessiva podrien caracteritzar la interacció entre els participants (com els cuidadors o pares del nen). Per exemple, es pot observar si sembla que els cuidadors tinguin una relació conflictiva; és a dir, es criden o insulten, o es culpen l'un a l'altre per dificultats relacionades amb el nen. Els factors personals o ambientals poden ser responsables d'aquesta relació conflictiva, que pot produir la discòrdia freqüent o crònica. A més, els cuidadors poden estar involucrats en conflictes relacionats amb la custòdia, o poden haver estat implicats prèviament amb la policia i/o els serveis de protecció infantil. Tingueu en compte que **l'exposició d'un nen a la violència en la parella es considera una forma de maltractament.**

III. Observació de la interacció entre els pares/cuidadors amb un altre nen:

L'observació acurada de la interacció entre els pares del nen amb un altre nen podrà donar encara més informació de la seva avaluació clínica i la presa de decisions. El professional pot observar i assenyalar com a alarmant qualsevol indicador dels ja descrits en relació a altres nens de la família. També val la pena destacar les diferències o similituds en la interacció entre els cuidadors i els altres fills, si s'observen.

Altres indicadors de risc que poden augmentar la probabilitat de relació abusiva del cuidador i el nen (la llista no pretén ser exhaustiva):

◆ **Discapacitat del nen, trastorns mentals o del desenvolupament, o síndromes físiques**

Alguns nens són més vulnerables que d'altres. Els nens amb discapacitats, trastorns de salut mental, trastorns del desenvolupament i/o amb síndromes físiques poden ser menys capaços de protegir-se i són particularment dependents dels adults per la seva seguretat i benestar. A més, la criança d'un nen amb necessitats especials requereix molta atenció i és una tasca molt exigent que sovint porta als cuidadors als seus límits de cansament, ansietat, decepció, etc. Com a professional de la salut, cal vigilar especialment la possibilitat d'abús o negligència en aquests nens.

◆ **La depressió materna o paterna durant el període perinatal és un factor de risc que afavoreix l'abandonament o negligència**

L'infanticidi és rar, però les freqüències més altes es presenten en el context de la malaltia postpart (Spinelli, 2004). Tenir cura d'un nen petit és una tasca exigent, fins i tot per als adults sans. En conseqüència, quan el cuidador pateix problemes de salut mental, la cura d'un nadó pot arribar a ser extremadament difícil i exigent. Cal estar al corrent de les famílies que puguin tenir problemes de salut mental i avaluar en quin grau els problemes de salut mental dels cuidadors afecten l'atenció i la cura del nen.

CAPÍTOL III. PUNTUACIÓ

La puntuació de l'instrument "Intovian" no condueix a cap diagnòstic d'abús i negligència (AiN) del nen. Per contra, una única resposta positiva només reflecteix que el professional ha identificat un indicador de risc per sospitar de maltractament infantil o d'un patró de relació abusiva entre cuidador-nen, que cal avaluar més per tal de confirmar o rebutjar la sospita.

Com més puntuacions positives, més indicadors de risc ha identificat el professional. El professional ha de començar el procés d'avaluació i valorar si s'ha d'activar el protocol nacional o de la institució en què treballa per a casos sospitosos de AiN (és a dir, més exàmens, la remissió a serveis socials de l'hospital, etc.) sense demora.

És important recordar que l'instrument "Intovian" és una eina complementària que no substitueix cap altre procés de cribatge que ja s'estigui seguint. A més, l'objectiu de l'eina no és avaluar el nivell de risc d'abús ni de negligència infantil (és a dir, alt, baix, mitjà), sinó més aviat avaluar la presència o absència de risc en un moment concret com és la visita de la família al professional. No obstant això, el nombre de respostes positives als següents elements hauria de conduir a una decisió més sòlida per prendre mesures immediatament.

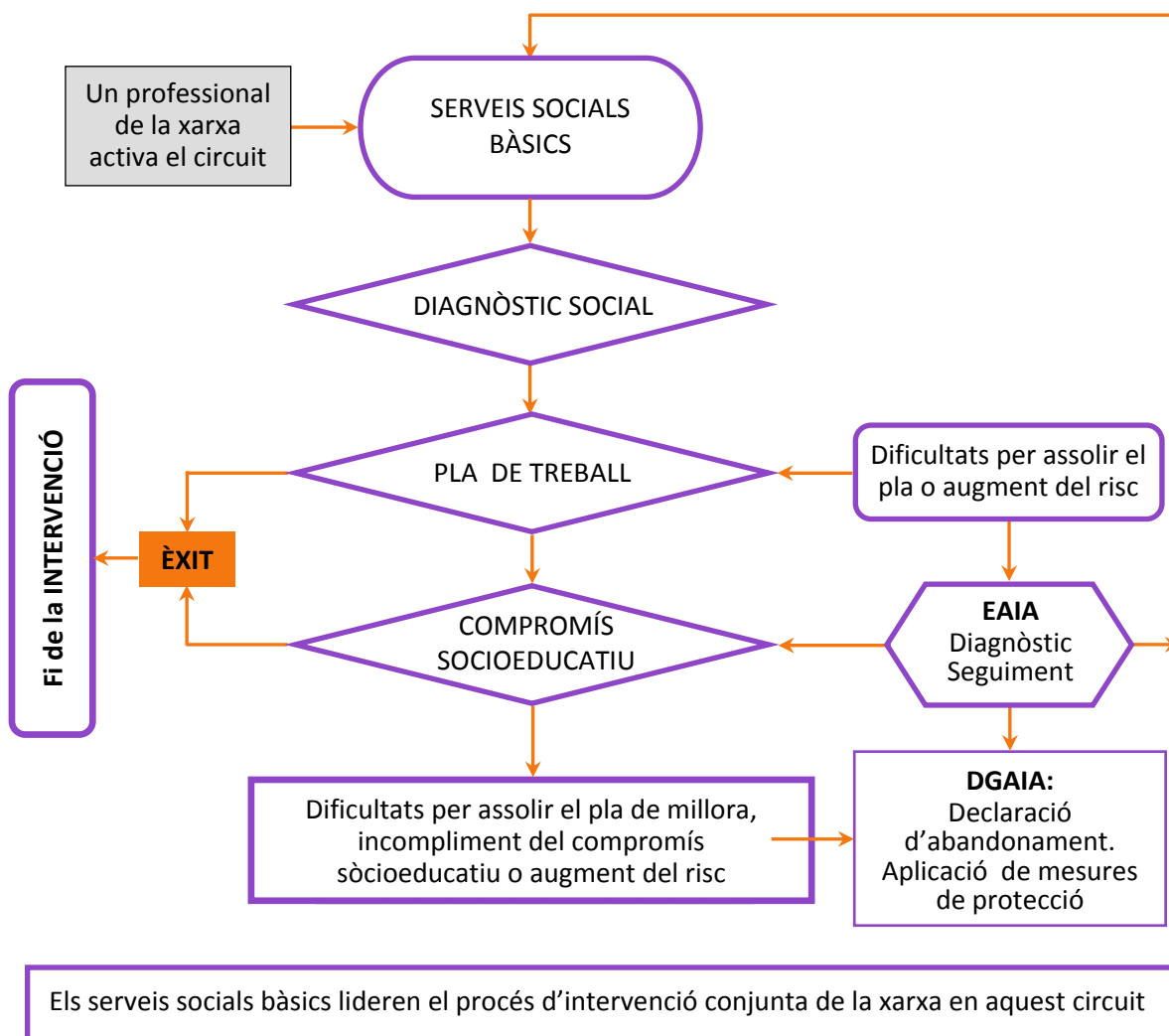
En particular:

Pregunta	Respost de risc (Sí / No)	Acció
P1a.	No	Necessita avaluació/intervenció addicional
P1b.	Sí	Necessita avaluació/intervenció addicional
P2a.	Sí	Necessita avaluació/intervenció addicional
P2b.	Sí	Necessita avaluació/intervenció addicional
P2c.	Sí	Necessita avaluació/intervenció addicional
P3.	Sí	Necessita avaluació/intervenció addicional
P4a.	Sí	Necessita avaluació/intervenció addicional
P4b.	Sí	Necessita avaluació/intervenció addicional
P5	Sí	Necessita avaluació/intervenció addicional

CAPÍTOL IV. CIRCUITS ESTABLERTS PER LA XARXA DE PROTECCIÓ A LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA EN EL CAS D'IDENTIFICACIÓ D'ABÚS I NEGLIGÈNCIA

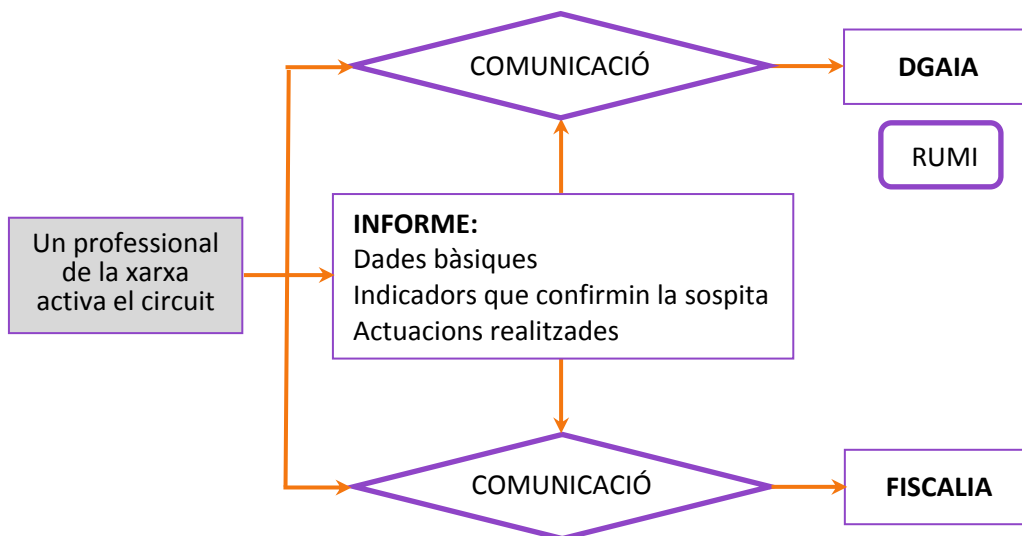
Una vegada el professional ha identificat algun risc, és necessària una avaluació addicional per confirmar-lo i, posteriorment, decidir quina és la intervenció més adient. La xarxa de protecció a la infància i adolescència té establerts uns circuits d'actuació en funció de la gravetat de l'abús identificat. Aquests circuits es descriuen al Protocol comarcal per a la intervenció en xarxa en situacions de risc i/o maltractament a la infància i l'adolescència del Consell Comarcal del Vallès Occidental (2011, pp. 82-84) i es reproduïxen a continuació.

Circuit d'actuació per abús baix o moderat



EAIA: Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència
DGAIA: Direcció General d'Atenció a la Infància

Circuit d'actuació en casos de sospita fonamentada d'abús greu



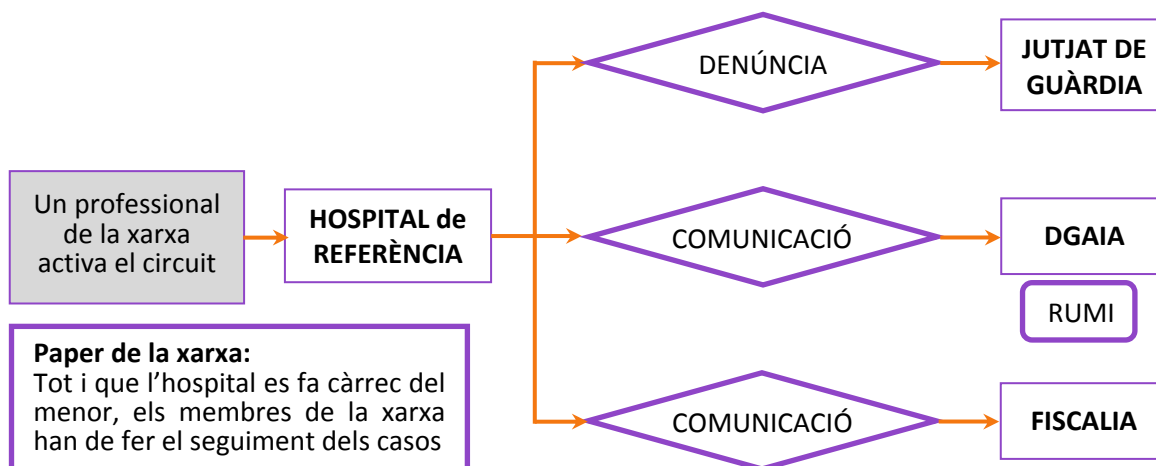
Situacions de sospita fonamentada d'abús sexual o de maltractament greu, en les quals, tot i els indicadors detectats, el diagnòstic no permet confirmar en aquesta primera valoració la certesa de maltractaments i en les quals esdevé necessària la protecció immediata del menor.

EIA: Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

DGAIA: Direcció General d'Atenció a la Infància

RUMI: Registre Unificat de Maltractament infantil

Circuit d'actuació en casos de certesa d'abús greu



Situacions greus i amb certesa de diagnòstic.

Són situacions en les quals el professional que atén un menor comprova que hi ha indicadors evidents que una altra persona n'ha abusat o l'ha maltractat greument.

Aquesta situació inevitablement comportarà la protecció immediata del nen i la intervenció del sistema judicial des de l'inici.

- American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect (July, 2001). Shaken baby syndrome: Rotational cranial injuries. Technical report. *Pediatrics*, 108, 206-210.
- Campos, R.M. (2006). El síndrome del niño sacudido. *Cuadernos de Medicina Forense*, 43-44, 39-45. doi: 10.4321/S1135-76062006000100003
- Consell Comarcal del Vallès Occidental (2011). *Protocol comarcal per a la intervenció en xarxa en situacions de risc i/o maltractament a la infància i l'adolescència*. Disponible a http://www.ccvoc.cat/ccvoc2/recursos/recursos/protocol_comarcal.pdf
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2007). Childhood abuse, adult health, and health care utilization: Results from a representative community sample. *American Journal of Epidemiology*, 165, 1031-1038.
- Ethier, L. S., Lemelin, J. P., & Lacharite, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1265-1278.
- Felitti, V.J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse, *Child Abuse & Neglect*, 18, 409-417.
- Generalitat de Catalunya (2008). *Protocol d'actuació clínic assistencial de maltractaments aguts a la infància* (2ª ed.). Obtingut de http://canalsalut.gencat.cat/web/contenut/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/violencia_i_maltractaments/documents/arxiu/prot2006infancia.pdf
- Louwens, E.C.F.M., Korfage, I.J., Affourtit, M.J., Scheewe, D.J., van de Merwe, M.H., Vooijs-Moulaert, A.F., et al. (2012). Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments. *Pediatrics*, 130, 457-64.
- Louwens, E.C.F.M., et al. (2014). Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency department. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1275-1281.
- Nikolaidis, G. (2009). Types and Characteristics of Violence against Children: Theoretical Transformations and Recent Evidence. In Nikolaidis, G. & Stavrianaki, M. (Eds), *Violence in family: Evidenced-based Practice and Practice-based Evidence*. Athens: KΨM (in Greek)
- Pou, J. (2009). Maltrato infantil. Actuación en urgencias. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. *Asociación Española de Pediatría*, 167-172.
- Spinelli, M.G. (2004). Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives *American Journal of Psychiatry*, 161, 1548-1557.
- USDHHS-U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families (2008). *Child maltreatment 2006*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services: Available at <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5713a2.htm>
- WHO - World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO Press.
- Zero to Three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (revised)*. Washington, DC: Author.

ANNEX 1. L'INSTRUMENT DE CRIBRATGE "INTOVIAN"

Instrument per a la identificació de famílies en risc d'abús o negligència infantil, o amb abús o negligència confirmats

Aquest instrument s'ha elaborat per tal que els professionals de la salut i dels serveis socials puguin aplicar-lo a famílies de la població general amb nens de 0 a 3 anys. Si us plau, contesteu totes les preguntes basant-vos en les vostres observacions i/o en la vostra opinió personal. Marqueu un cercle de cada línia ☑.

Data resposta(dd/mm/any): ___ / ___ / ____ Edat del nen (mesos): ___ Sexe del nen: Masculí ○ Femení ○

Qui acompanya el nen (relació amb el nen)? [Si us plau, marqueu totes les opcions que es corresponguin]

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mare/madrastra | <input type="checkbox"/> Pare/padrastre |
| <input type="checkbox"/> Mare adoptiva/d'acollida | <input type="checkbox"/> Pare adoptiu/d'acollida |
| <input type="checkbox"/> Germana | <input type="checkbox"/> Germà |
| <input type="checkbox"/> Àvia | <input type="checkbox"/> Avi |
| <input type="checkbox"/> Altre familiar (ex.: tieta): _____ | <input type="checkbox"/> Altre familiar (ex.: tiet): _____ |
| <input type="checkbox"/> Dona-Altra relació (Si us plau, especifiqueu-la): _____ | <input type="checkbox"/> Home-Altra relació (Si us plau, especifiqueu-la): _____ |

Pregunta	Sí	No	No aplicable
1 En el cas d'observar una marca/trauma físic o d'haver estat informat d'un accident: a) La història explicada pel cuidador és consistent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) L'accident/trauma físic es podria haver evitat o previngut amb una supervisió adequada per l'edat del nen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 La <u>interacció</u> entre el cuidador i el nen es caracteritza per: (a, b, c NO són excloents, en pot marcar més d'una)			
a) Enuig i/o hostilitat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b) Fredor i/o desafecció?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c) Tensió i/o ansietat excessiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3 El cuidador mou o subjecta físicament el nen d'una manera brusca o que li fa mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4 Hi ha altres senyals que facin dubtar:			
a) de la seguretat física del nen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b) de la seguretat emocional del nen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5 Hi ha <u>altres factors de risc</u> que facin dubtar de la seguretat física del nen o que el nen rebi les cures adequades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<i>Si n'hi ha, especifiqueu-los:</i>			

Consorti projecte INTOVIAN:

Coordinador del Projecte

Institute of Child Health, Department of Mental Health and Social Welfare, Centre for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect (ICH-MHSW), Greece

Membres

University of Cyprus, Department of Psychology, Cyprus

Associazione Focolare Maria Regina onlus (FMR), Italy

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Portugal

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Spain

Roehampton University, United Kingdom

Avaluador Extern

Professor Vasudevi Reddy, Portsmouth University

